

Flávio Braga de Freitas
Márcia Luíza Pit Dal Magro
Elizangela Felipi
(Orgs.)



GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

uma estratégia para trabalho com
grupos nas políticas públicas


ARGOS
Editora da Unochepecó

ISBN: 978-85-7897-323-0

GRUPOS DE
DESENVOLVIMENTO
HUMANO:

uma estratégia para trabalho com
grupos nas políticas públicas



Flávio Braga de Freitas
Márcia Luíza Pit Dal Magro
Elizangela Felipi
(Orgs.)

GRUPOS DE
DESENVOLVIMENTO
HUMANO:
uma estratégia para trabalho com
grupos nas políticas públicas



Chapecó, 2020



Reitoria

Reitor: Claudio Alcides Jacoski

Pró-Reitora de Graduação e Vice-Reitora: Silvana Muraro Wildner

Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão, Inovação e Pós-Graduação: Andrea de Almeida Leite Marocco

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Márcio da Paixão Rodrigues

Pró-Reitor de Administração: José Alexandre de Toni

Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Vanessa da Silva Corralo

Este livro ou parte dele não podem ser reproduzidos por qualquer meio sem autorização escrita do Editor.

G892 Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos nas políticas públicas [recurso eletrônico] / Flávio Braga de Freitas, Márcia Luíza Pit Dal Magro e Elizangela Felipi (Orgs.). – Chapecó, SC : Argos, 2020.
303 p.: PDF [e-Book]. – (Perspectivas; 34) –

Inclui bibliografias

ISBN: 978-85-7897-323-0

1. Promoção da saúde. 2. Desenvolvimento humano.
3. Políticas públicas. 4. Saúde mental. I. Freitas, Flávio Braga de. II. Dal Magro, Márcia Luíza Pit.
III. Felipi, Elizangela. IV. Título.

CDD: Ed. 23 -- 658.31

Catálogo elaborado por Viviane Formighieri Müller CRB 14/1598
Biblioteca Central da UnoChapecó



Todos os direitos reservados à Argos Editora da UnoChapecó

Servidão Anjo da Guarda, 295-D – Bairro Efapi – Chapecó (SC) – 89809-900 – Caixa Postal 1141
(49) 3321 8218 – argos@unochapeco.edu.br – www.unochapeco.edu.br/argos

Coordenadora: Rosane Natalina Meneghetti Silveira

Conselho Editorial

Titulares: Clodoaldo Antônio de Sá (presidente), Cristian Bau Dal Magro (vice-presidente),
Rosane Natalina Meneghetti Silveira, Cesar da Silva Camargo, Gustavo Lopes Colpani,
Vanessa da Silva Corralo, Hilario Junior dos Santos, Leonel Piovezana,

Circe Mara Marques, André Luiz Onghero, Cleunice Zanella.

Suplentes: Maria Assunta Busato, Rodrigo Oliveira de Oliveira, Rosana Maria Badalotti,
Josiane Maria Muneron de Mello, Reginaldo Pereira, Idir Canzi.

SUMÁRIO

| [clique no título para acessar o artigo](#) |

Glossário de termos

Apresentação

Luiz Carlos Osório

Introdução

Flávio Braga de Freitas

Elizangela Felipi

Márcia Luíza Pit Dal Magro

PRIMEIRA PARTE

ASPECTOS HISTÓRICOS, TEÓRICOS E

METODOLÓGICOS DO GRUPO DE

DESENVOLVIMENTO HUMANO

Constituição histórica do Grupo de Desenvolvimento Humano

Elizangela Felipi

Márcia Luíza Pit Dal Magro

SUMÁRIO

| [clique no título para acessar o artigo](#) |

Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na rede de políticas públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de

Grupos Interativos

Flávio Braga de Freitas

Fernanda Karla Metelski

Bruna Bertollo

Vivanceli Brunello

Grupos interativos: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico

Flávio Braga de Freitas

Fernanda Karla Metelski

SEGUNDA PARTE

CONTRIBUIÇÕES DOS GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Grupos de Desenvolvimento Humano como prática de promoção da saúde mental na Atenção Básica

Cristina dos Santos Padilha

Bruna Bertollo

Maria Elisabeth Kleba

SUMÁRIO

| [clique no título para acessar o artigo](#) |

Grupos como espaços de educação permanente em saúde: reflexos do prisma da formação

Fernanda Karla Metelski

Carine Vendruscolo

Gessiani Fatima Larentes

Vivanceli Brunello

Contribuições dos Grupos de Desenvolvimento Humano para o cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais de saúde

Elizangela Felipi

Larissa D’Maiella Akkari Klimeck Kammer

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Murilo Cavagnoli

Interfaces das práticas grupais desenvolvidas por uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Fernanda Karla Metelski

Carine Vendruscolo

Gabriela Rebeschini

Flávio Braga de Freitas

Betina Hörner Schindwein Meirelles

SUMÁRIO

| [clique no título para acessar o artigo](#) |

TERCEIRA PARTE

EXPERIÊNCIAS DE GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O trabalho com famílias: relatos de experiências com grupos interativos no CREAS I e CAPSi II

Ana Paula Machado

Cassintia Santin Gasparetto

Daiana Cristina Sebenello

Karina de Witt

Para além do cumprimento da medida socioeducativa: relato de experiência com grupo de jovens

Irme Salete Bonamigo

Jozeane Moreira Paz

Silvia Rosana da Cunha

Luto de pais que perderam filhos: o grupo como uma experiência transformadora

Juliana Angela Albiero Salvi

Maria Helena Pereira Franco

Taiacu Thuitza Melo

SUMÁRIO

| [clique no título para acessar o artigo](#) |

Hiperutilização da Atenção Primária e os Grupos de Desenvolvimento Humano

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Janaína Antonello

Ronaldo Rodrigues de Oliveira

Larissa D'Maiella Akkari Klimeck Kammer

Raica Moterle

Sobre os autores

Créditos

Glossário de termos

Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH): ação coordenada no interior das políticas públicas cujo objetivo principal é capacitar os profissionais para realizarem atendimentos em Grupos Interativos e a realização destes grupos nos serviços públicos. Ao nos referirmos aos “Grupos” de Desenvolvimento Humano, estamos mencionando as diversas configurações temáticas dos grupos de GDH realizados na prática.

Grupos Interativos (GI): proposta teórico-metodológica que serve como referencial às ações do GDH.

Terapeutas: nos grupos realizados pelo GDH participam dois ou três profissionais na coordenação. Empregamos o termo terapeuta e coordenador do grupo como sinônimos, pois são profissionais que exercem a função principal na coordenação dos grupos. Os outros dois profissionais que dividem o papel na coordenação dos grupos denominamos de coterapeuta ou co-coordenador.

Apresentação

Luiz Carlos Osório

Quando, em meados de 2018, fui convidado a fazer a palestra inaugural do I Simpósio Municipal de Trabalhos com Grupos em Chapecó, fui agradavelmente surpreendido com o que encontrei lá no tocante às abordagens grupais na área de saúde. O Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) criado por Flávio Braga de Freitas evidenciou ser uma nova e já consolidada referência para o trabalho com grupos no país.

Depois do “*boom*” das terapias grupais nas últimas décadas do século XX, houve um preocupante decréscimo na capacitação de profissionais para trabalhar com grupos na área de saúde. No entanto, a demanda para fazê-lo só crescia e havia uma pressão nos órgãos públicos para atendê-la, sem que, no entanto, se fornecessem condições para tal capacitação se fazer. E de repente encontro em Chapecó a sensibilidade dos órgãos públicos locais somada à iniciativa e ao talento do criador do GDH para desenvolver um modelo assistencial na área de saúde pronto para servir de referência para o restante do país. E com um grande potencial para se expandir para outras áreas, como a educacional e a institucional, tanto no âmbito público quanto no privado.

Este livro nos apresenta uma abordagem interdisciplinar, apoiada numa respeitável plataforma teórica, constituída pelos conhecimentos oriundos da psicanálise, dos grupos operativos e da teoria da complexidade, essa última um dos pilares do pensamento sistêmico que veio revolucionar a abordagem dos grupos, terapêuticos ou não, a partir da segunda metade do século passado.

Não vou aqui me antecipar tentando resumir o que os leitores encontrarão nas próximas páginas, o que seria um desserviço aos autores. Ninguém melhor do que eles para nos apresentar os conceitos e a *práxis* resultante dessa louvável iniciativa expressa pelo GDH. Parabéns a todos e minha certeza que seu trabalho pioneiro terá a repercussão que merece no âmbito dos que abordam os sistemas humanos. E este livro é o que se fazia necessário para divulgar tão notável contribuição aos que labutam para dar conta das demandas de saúde mental no Brasil.

Não quero, contudo, encerrar esta breve apresentação sem enfatizar a riqueza da metodologia dos grupos interativos empregada pelo GDH, tanto para os pacientes (aqui transformados em agentes de seu processo terapêutico) quanto para os profissionais envolvidos no processo, todos irmanados no esforço para desenvolver o potencial humano de transformação ou, como diz metaforicamente o coordenador do GDH, “o potencial humano de transformar limão em limonada”.

Introdução

Flávio Braga de Freitas

Elizangela Felipi

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Este livro tem como foco a ação denominada “Grupo de Desenvolvimento Humano” (GDH), a qual vem sendo desenvolvida na cidade de Chapecó, oeste do estado de Santa Catarina, desde 2012. Inicialmente situada no âmbito dos serviços públicos de saúde do município, em seguida esta ação foi ampliada para os serviços de assistência social e, mais recentemente, para escolas públicas municipais e estaduais e equipamentos de segurança pública.

Compreendemos que o GDH se caracteriza como uma tecnologia social na perspectiva proposta por Dagnino, Brandão e Novaes (2004)¹, tendo em vista seu caráter participativo e inovador para capacitar os profissionais de diferentes áreas de formação e atuação para o trabalho com grupos, bem como, ofertar esses grupos no interior dos serviços públicos. Também porque o GDH é construído a partir da necessidade local de ajudar as pessoas a lidarem com situações que geram sofrimento psíquico, problema que emerge como importante

1 Dagnino, R. P.; Brandão, F. C.; Novaes, H. T. Sobre o marco analítico-conceitual da tecnologia social. In: FBB – Fundação Banco do Brasil. **Tecnologia Social: uma estratégia para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FBB, 2004.

demanda de usuários de diferentes políticas públicas, e como desafio para os profissionais que atuam nessas.

Os grupos realizados nos serviços por meio do GDH se assementam nos referenciais teóricos dos grupos operativos, nos fundamentos psicanalíticos e na teoria da complexidade, dando origem a uma abordagem denominada de Grupos Interativos. Esta pressupõe características horizontalizadas, em que os participantes do grupo discutem seus problemas, falam sobre seus conflitos humanos e em conjunto buscam solução desses. A partir dos fundamentos que sustentam essa proposta de intervenção e a forma como ela é organizada e conduzida, torna-se possível um espaço qualificado de sustentação para compartilhar e elaborar dramas humanos.

Nesses espaços em que o falar e o escutar, escutar-se, ser escutado, escutar o outro, reverbera um efeito terapêutico, amplia-se a capacidade de cada participante do grupo de se desenvolver como pessoa, o que o torna capaz de lidar com os problemas inerentes ao processo de viver a vida sem ou com menos adoecimentos. Com isso, pretende-se trabalhar em prol da diminuição da patologização, da cristalização da doença e assim evitar consultas clínicas, exames complementares desnecessários e a medicamentação excessiva. Esta tecnologia social pode contribuir com a diminuição dos gastos desnecessários com a saúde (doenças) e ajudar a aliviar os encargos sociais a elas relacionados. Como desdobramento, contribuir com a gestão pública no investimento em práticas preventivas e de promoção da saúde.

As ações do GDH se inscrevem no âmbito da educação permanente, contando com encontros sistemáticos para estudos teóricos, técnicos e supervisões individuais e coletivas para seus coordenadores, bem como, espaços de suporte emocional para os profissionais

que conduzem os grupos. Também se pauta na perspectiva do matri-
ciamento, em que o profissional especialista presta suporte ao profes-
sional generalista para o atendimento de demandas específicas, neste
caso, aquelas relacionadas à saúde mental.

Atualmente, integram o GDH 106 profissionais das políticas
públicas, os quais possuem diferentes formações, como: psicólogos;
pedagogos; assistentes sociais; fisioterapeutas; nutricionistas; médi-
cos; educadores físicos; fonoaudiólogos; farmacêuticos; dentistas. Es-
tes já realizaram centenas de grupos nos diversos serviços públicos,
atendendo a milhares de usuários da rede. São exemplos dos grupos
realizados: nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), grupos com usuá-
rios acometidos por Transtorno Mental Comum, com transtorno ali-
mentar, com fumantes; nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),
grupos com psicóticos, com mães que perderam filhos, com mulheres
vítimas de abuso e incesto; no Centro de Referência Especializado de
Assistência Social (CREAS), grupos com adolescentes em Medidas
Socioeducativas, com famílias de crianças com direitos violados; nas
Escolas Públicas Municipais e Estaduais, grupos com pais de crianças
com problemas escolares, com estudantes, com professores; na Peni-
tenciária, com apenados usuários de drogas.

Em 2016 foi aprovado projeto de pesquisa em edital conjunto
da Fapesc e CNPq, a fim de financiar os estudos que vêm sendo reali-
zados sobre esta proposta, assim como fortalecê-la por meio da pro-
moção de eventos e divulgação de obras científicas como essa, bem
como, a produção de material didático. Esses estudos vêm ocorrendo
desde 2015, momento em que a Unochapecó, por meio de pesqui-
sadores da área da Psicologia, se aproximou da ação desenvolvida
pela prefeitura, a convite dos coordenadores da proposta, agregando,

posteriormente, outros pesquisadores e outras Instituições de Ensino Superior.

Em 2018 foi realizado o primeiro simpósio a fim de divulgar e discutir a experiência dos Grupos de Desenvolvimento Humano. Esse contou com a participação de mais de seiscentas pessoas, entre profissionais das políticas públicas da região oeste de Santa Catarina, bem como, acadêmicos e docentes das universidades.

Este livro expressa os resultados das pesquisas que foram e vêm sendo realizadas, em que se buscou sistematizar a proposta teórica e metodológica do GDH e avaliar as experiências desenvolvidas. Também traz relatos de experiências de Grupos de Desenvolvimento Humano realizados em diferentes serviços públicos, relatos esses qualificados pelas mesas-redondas realizadas durante o simpósio de 2018, com a participação de pesquisadores das universidades. Nesse simpósio, o GDH contou com a presença de Luiz Carlos Osório, importante autor brasileiro na área de trabalhos com grupos, o qual, após uma profícua troca de conhecimentos práticos e teóricos, aceitou o convite para fazer a apresentação deste livro.

A presente obra está organizada em três partes. A primeira parte, denominada “Aspectos históricos, teóricos e metodológicos do Grupo de Desenvolvimento Humano”, recupera o percurso histórico da constituição da proposta do GDH, o inscrevendo no contexto das políticas públicas brasileiras, e dando destaque aos seus protagonistas no território. Também traz a sistematização da proposta teórica e da metodologia empregada. A segunda parte, intitulada “Contribuições dos Grupos de Desenvolvimento Humano para as Políticas de Saúde”, dá ênfase às pesquisas realizadas no contexto dessa política pública, mostrando sua centralidade para a elaboração da ação, que está em

estreito diálogo com seus princípios e diretrizes. Já a última parte, intitulada “Experiências de Grupos de Desenvolvimento Humano nas políticas públicas”, está centrada no relato de experiência de Grupos de Desenvolvimento Humano realizados em diferentes serviços públicos de Chapecó.

PRIMEIRA PARTE

Aspectos históricos, teóricos
e metodológicos do Grupo de
Desenvolvimento Humano

Constituição histórica do Grupo de Desenvolvimento Humano

Elizangela Felipi
Márcia Luíza Pit Dal Magro

Remontar a origem do Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) é retomar a história de vida pessoal e profissional do médico psiquiatra, coordenador do GDH, Flávio Braga de Freitas, os movimentos da saúde mental no Brasil e a prática grupal como ferramenta de trabalho terapêutico. Desde a sua residência em psiquiatria nos anos 1980, na Clínica Pinel em Porto Alegre, ao que parece, a semente da potencialidade da prática grupal no atendimento à saúde mental foi plantada, talvez porque justamente sua residência se deu nessa instituição que era referência no Brasil no atendimento à saúde mental, com práticas humanitárias e prioritariamente na perspectiva grupal.

Desde a década de 1960, Marcello Blaya Perez, fundador da Clínica Pinel em Porto Alegre, oferecia formação em saúde mental de uma forma bastante diferenciada ao que se tinha à época, priorizando atendimento grupal, interdisciplinar e horizontalizado, o que atraía profissionais de vários lugares do Brasil, bem como, de outros países vizinhos. Foi nessa clínica que David E. Zimmerman, um dos grandes nomes da psicoterapia psicanalítica de grupo no Brasil, fez sua formação em psiquiatria, atuando também como professor e supervisor.

A lógica inscrita no “DNA” do GDH, de terapêutica grupal horizontal, enquanto espaço de troca e possibilidade de elaboração de antigas feridas, bem como, a perspectiva do trabalho interdisciplinar

e multiprofissional, em que profissionais de diferentes áreas são capacitados para atendimento à saúde mental em uma perspectiva de terapêutica grupal, parece ser trazida da experiência vivida na residência na Clínica Pinel, em que pôde se aproximar e compreender que o adoecimento mental é uma resposta ao sofrimento humano, e de como é possível manejá-lo, de forma humanizada e digna por uma equipe de diferentes profissionais. Soma-se a isso que a vida pessoal e profissional lhe solicitou a vinda para o oeste de Santa Catarina, com o início da atuação na saúde mental com práticas grupais na cidade de Quilombo (SC), nos anos 1990, e a sua inserção na saúde pública de Chapecó, nos anos 2000, no então recém-criado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

Isso se dá em pleno contexto da reforma psiquiátrica, em que acontece a aprovação da Lei Federal n. 10.216, de abril de 2001, a qual dá origem à Política de Saúde Mental e aos programas vinculados a esta. O novo arcabouço legal dispõe sobre uma reorientação assistencial na saúde mental, privilegiando os serviços de base comunitária como os CAPS, que são implementados em todo o país, determinados sobre ações mais humanitárias e dignas no tratamento das pessoas com transtorno mental.

É diante desse cenário bastante fértil para reativar inscrições de aprendizagens antigas que se abre espaço para compartilhar a compreensão sobre saúde mental e experiência grupal no atendimento desta, e, junto com outros colegas, iniciar uma trilha para a constituição de uma ação que mais tarde foi nomeada de Grupo de Desenvolvimento Humano. Dessa forma,

[...] fui vendo que as pessoas, em geral, o tratamento que elas recebiam era baseado em sintomas, medicalizar para aliviar

sintomas. Então me reportava aos tempos da época de formação na residência e eu entendia que seria muito importante o espaço para as pessoas aprenderem a encarar os problemas do cotidiano, da vida, e aprender a lidar com eles sem necessariamente recorrer a um sintoma, somatizar o sofrimento. (Médico psiquiatra e coordenador do GDH).

Daí em diante, o que se vê é um belo, mas não linear, caminho percorrido para se chegar ao GDH que se tem hoje, referência na região oeste de Santa Catarina, no atendimento público à saúde mental, que acontece a partir de um modelo grupal, envolvendo equipes multiprofissionais, em diferentes serviços e políticas públicas.

No ano de 2006, organiza-se uma ação de capacitação envolvendo o psiquiatra do CAPS II, Flávio Braga de Freitas, e médicos das Estratégias de Saúde da Família, para que esses últimos atendessem às demandas de saúde mental na Atenção Básica (AB). Essa ação se dá em função da observação dos encaminhamentos indiscriminados e excessivos para as equipes dos CAPS, ao encontro do que acontece em outras realidades.

Uma das coisas que acontecia, tem a ver com essa velha questão da agenda, que não tem como os serviços especializados em saúde mental atenderem à demanda dos sofrimentos mentais que estão nas unidades básicas de saúde, não tem profissionais para dar conta disso. Se buscava ter essa escuta para os sofrimentos mentais que vêm lá na clínica causando sofrimento nos médicos clínicos que não sabem como lidar com esses conteúdos. (Médico Psiquiatra, Coordenador do GDH).

Esta ação vai ao encontro do que propõe a então recém-criada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de

2003, a qual assume o apoio matricial às equipes de referência como um compromisso e a ampliação da atenção integral à saúde como estratégia (Brasil, 2004a).

A princípio, a capacitação ocorria nas Unidades Básicas de Saúde do município, nas quais as equipes demonstravam interesse em compreender a demanda e qualificar sua forma de atuação com os usuários da saúde mental. Começam então a se replicar em algumas Unidades Básicas de Saúde o formato de atendimento grupal que já acontecia no CAPS II.

A experiência foi exitosa, de tal forma que houve demanda para continuidade da ação, desta vez envolvendo outros profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) como os enfermeiros. “Deu muito certo, vários profissionais das unidades pediram para continuar [...] entre idas e vindas, resolvemos fazer algo mais ampliado que daí a coisa vai se fundando e vem perto do GDH.” (Médico Psiquiatra coordenador do GDH). Assim, o processo de capacitação passou a ocorrer no espaço do CAPS com profissionais da medicina e enfermagem, sendo que esses últimos, por sua vez, capacitavam os demais membros de suas equipes, como as agentes comunitárias de saúde.

Em 2008, por meio da Portaria n. 154, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Estes têm o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolatividade, a abrangência e o alvo das ações. Destacava-se a orientação de trabalho multiprofissional com atuação prioritariamente em atividades grupais, o que impulsiona ainda mais a proposta de atividade grupal que vinha sendo desenvolvida em Chapecó.

A partir de 2010, quando o NASF é instalado no município, é proposto um projeto¹, agora de maneira formal junto à Secretaria de Saúde, o qual apresenta um desenho mais amplo, incluindo os profissionais do NASF e abrangendo todos os territórios do município.

Estava todo mundo perdido em relação ao NASF, vem lá do Ministério uma portaria, e faz o que com isso? Façam, mas façam como, cadê a habilitação para? Os profissionais do NASF chegavam como um corpo estranho, ninguém se entendia, não sabiam sua função. Essas coisas estavam em aberto. Também havia um número de casos de saúde mental nas unidades que as agendas não davam conta, e o Ministério da Saúde confirma isso. Eu disse: bom, então essa proposta de atendimento em grupo capacitando os profissionais do NASF, tem aí uma matemática que pode dar conta deste tipo de pacientes na rede. (Médico psiquiatra e coordenador do GDH).

As ações realizadas no município no período apontado também se aproximam do que propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004a). Esta destaca a necessidade de melhorar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor da saúde com vistas à integralidade do cuidado e de fomentar ações multiprofissionais e transdisciplinares.

Querendo se aprofundar em relação ao estudo das terapêuticas grupais e buscando um respaldo científico para o que estava sendo feito, em 2010, o psiquiatra Flávio Braga de Freitas ingressa no mes-

1 O projeto em questão é elaborado e apresentado pelo psiquiatra do CAPS, o qual aprofunda a análise da experiência inicial durante sua pesquisa de mestrado.

trado da PUC-RS. Nessa construção dialógica entre o fazer prático e teórico, de uma história de mais de vinte anos trabalhando com saúde mental, boa parte com terapêutica grupal, vai tecendo a partir da pesquisa do mestrado, a construção teórica de uma prática, que se diferencia do trabalho grupal de Grupos Socioeducativos (GSE). O que vinha sendo feito ia além disso, tinha interação, troca, aprendizado mútuo, espaço para reativar e tratar traumas antigos. Assim,

[...] fui fazer mestrado nessa área de grupo na PUC de Porto Alegre, que eu sabia que tinha um serviço que trabalhava com a psicologia social e predominantemente com grupos. Fui fazer o mestrado lá e daí que nasce, vamos dizer, a coisa mais diretamente do trabalho que é o GDH com essa perspectiva de Grupos Interativos. (Médico Psiquiatra coordenador do GDH).

A pesquisa discorre sobre o caráter autolimitado dos Grupos Socioeducativos (GSE) realizados nos Centros de Saúde da Família (CSF) enquanto ferramentas de promoção da saúde. Os GSE estão baseados na passagem da informação de modo unidirecional – daquele que detém o suposto saber para o outro que está ali para recebê-lo, e, portanto, estabelece uma relação verticalizada entre o coordenador do grupo e os demais participantes. Deste modo, não é estimulada a interação entre os participantes, a troca de conhecimentos (Freitas, 2010).

Sua proposta então é pensar o potencial grupal, de outra forma, dentro do contexto que lhe é familiar, de espaço de interação, de trocas horizontais, com equipe multiprofissional, sustentado por teorias que lhe permite assegurar um fazer com respaldo teórico e técnico. Começa a nascer, então, a proposta teórico-metodológica para aquilo que se vinha fazendo na prática, e vai clareando a ideia de que a forma

de operar a ação do GDH seria via uma terapêutica grupal, definida por Grupos Interativos (GIs). Esta proposta tem como abordagens teóricas principais a psicanálise, a Psicologia Social de Pichon-Rivière, em articulação com noções da sociologia de Morin, diálogo que já orientou outras experiências com grupos no Sistema Único de Saúde (SUS), como descrito por Freitas (2010) e Freitas, Seminotti e Leite (2016) e que está sistematizado no terceiro capítulo deste livro.

O desdobramento da pesquisa de dissertação do mestrado somando às necessidades vivenciadas por profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), termina por dar o pontapé definitivo para a construção do GDH. Mas este projeto só ganha vida e se amplia porque muitos profissionais da rede de saúde e assistência, comprometidos com a qualificação de sua prática, bem como gestores com desejo de mudar a realidade, acreditam e investem nele, fazendo com que ganhe a dimensão que tem atualmente.

Depois de seis anos de ações pontuais, voltadas à capacitação e ao atendimento em saúde mental na Atenção Básica, formaliza-se uma proposta mais ampla no ano de 2012, que passa a ser denominada “Grupos de Desenvolvimento Humano”. A proposta de formação do GDH visa capacitar profissionais que atuam nas políticas sociais, especialmente Saúde, Assistência Social e, mais recentemente, na Educação, oriundos de diferentes áreas de formação, para a coordenação de Grupos Interativos.

Em 2015, a equipe que está à frente do GDH busca parcerias com as universidades da região a fim de estudar e sistematizar o trabalho que vinham desenvolvendo. Nesse sentido, pesquisadores da Unochapecó assumem a organização de projetos de pesquisa que posteriormente tomam a forma do projeto guarda-chuva aprovado

junto a FAPESC/CNPq intitulado “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”. A preocupação em se aproximar das Instituições de Ensino Superior (IES) a fim de qualificar esta experiência se mostra na trajetória do GDH, em que vão sendo integradas outras universidades em ações de pesquisa, como a Udesc, e também se possibilita que os alunos e docentes das IES participem da formação oferecida pelo GDH.

A aproximação e as pesquisas realizadas mostram que este possibilita que os profissionais que conduzem grupos estejam mais confiantes tanto no seu fazer quanto na própria potencialidade da terapêutica grupal, desmistificando a ideia de que a “boa terapêutica” só se dá a dois, ou seja, no atendimento individual. Essa compreensão equivocada, porém, bastante difundida, começa a ser revisitada nos espaços de formação do GDH, sendo nos estudos de bibliografias a respeito, no escutar os colegas compartilharem suas experiências nos atendimentos nessa perspectiva terapêutica, e, enfim, quando são testemunhas e atores nesse campo grupal, em que se oferece a todos os envolvidos a possibilidade de um reencontro consigo mesmos em condição de reedição de traumas antigos e de construção de um novo eu, pela possibilidade do espelhamento identificatório que aquele grupo (família por opção, como são costumeiramente chamados os grupos de GDH) oferece.

O que se construiu em Chapecó, com o GDH, foi uma ação de (trans)formação de profissionais para atender às demandas de saúde mental, executada via Grupos Interativos (GIs), que oferece em sua metodologia a oportunidade de encontros terapêuticos grupais com potencial de ampliar a capacidade humana de manejar a vida, acreditando na capacidade de Desenvolvimento Humano que cada um

carrega, não só os usuários/pacientes do grupo, mas também os profissionais (terapeutas e coterapeutas), ou seja, de todos os envolvidos com aquela tarefa, porque se acredita no potencial humano de transformação, como sempre dito de forma simbólica pelo coordenador do GDH, “o potencial humano de transformar limão em limonada”.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. _____. Lei n. 10.216, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Portaria n. 198 GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004a.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; SEMINOTTI, N.; LEITE, J. C. Protocolo de Observação: uma estratégia para capacitação em coordenação de grupo. In: SEMINOTTI, N. (Org.). **O Pequeno grupo como um Sistema complexo**: uma estratégia inovadora para produção de saúde na AB. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/o-pequeno-grupo-como-um-sistema-complexo-pdf/view>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na rede de políticas públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos

Flávio Braga de Freitas
Fernanda Karla Metelski
Bruna Bertollo
Vivanceli Brunello

Este capítulo tem como objetivo principal descrever a estrutura de funcionamento da ação dinâmica e recursiva denominada Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH). O GDH segue as políticas públicas de saúde¹, e trata-se de uma ação para desenvolver Grupos Interativos (GI)² que visam a promoção da saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, ele busca promover a capacitação dos profissionais que atuam nos serviços públicos para operar com os GI, uma proposta teórico-metodológica para a condução de grupos.

O GDH nasceu na Atenção Básica/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado de Núcleo Ampliado

1 Conforme descrito na Introdução deste livro.

2 A descrição detalhada do GI, sua dinâmica e proposta teórico metodológica encontra-se no terceiro capítulo deste livro.

de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Ao longo do tempo, ele vem sendo expandido para outras secretarias, outros setores do governo municipal, e mesmo tendo sua gênese dentro da saúde, o GDH ramificou-se para outras políticas, e está enraizado também na assistência social. Chegou na educação, no sistema prisional, e tem ocorrido envolvimento das universidades e da população do terceiro setor – Organizações Não Governamentais (ONGs), conforme pode ser observado na figura 1.

Dentro do processo recursivo de trabalhar com o conhecimento e produzir novos conhecimentos, o GDH vem estabelecendo parcerias com as Universidades da região visando troca de saberes práticos e teóricos. Busca-se contribuições destas instituições no sentido de auxiliar na sistematização dos conhecimentos provindos das práticas. Como fruto desta parceria espera-se uma qualificação das ações práticas e, com isto, o aprimoramento das mesmas como uma tecnologia social.

Esquemáticamente, podemos representar o GDH como uma ação que ocorre recursiva e intersetorialmente, fazendo parte de diversos serviços que integram as Políticas Públicas, conforme pode ser visualizado na figura 1. Utilizamos as reticências ilustrando que a proposta não tem um fim, mas sim a possibilidade de crescimento e novas articulações com outros espaços que possam se beneficiar desta ação.

Figura 1 – Diagrama do GDH e a sua inserção intersetorial



Fonte: elaboração dos autores.

Conforme citamos anteriormente, o GDH tem como objetivos principais realizar atendimentos em grupo aos usuários do SUS baseado na interação, os GI, e capacitar profissionais que atuam nas políticas públicas a dominarem esta proposta teórico-metodológica. Para atingir o objetivo referente à capacitação em coordenação de GI, o GDH está organizado em cinco estratégias complementares e interdependentes: (I) grupos interativos (GI) com usuários realizados semanalmente; (II) seminários pós-grupos que ocorrem após a realização dos grupos – tais seminários têm finalidade de releitura/compreensão do fenômeno grupal vivenciado, bem como, oferecer espaço

de escuta para possíveis mobilizações de conteúdos pessoais nos profissionais geradas a partir de angústias; (III) grupos de estudos para reforço do suporte teórico, os quais denominamos de Encontros de Educação Permanente, que acontecem a cada três semanas; (IV) supervisão semanal de material teórico prático para os coordenadores de grupo por pessoa mais experiente no assunto; (V) grupo de suporte semanal, denominado GDH do GDH, para demandas pessoais dos profissionais que coordenam grupos. Estas estratégias são circulares e recursivas, elas se retroalimentam produzindo novas aprendizagens, conforme buscamos ilustrar na figura 2, porém, para efeito didático as descreveremos de forma individualizada.

Figura 2 – Estratégias complementares e interdependentes que constituem a ação GDH



Fonte: elaboração dos autores.

Estratégia I – Grupos Interativos com usuários

Nesta estratégia explicaremos como os Grupos Interativos (GI) com usuários são planejados até o momento do seu início. A dinâmica do GI, o seu funcionamento propriamente dito em ato, e a proposta teórico metodológica que o sustenta estão detalhadas no terceiro capítulo deste livro.

Composição da coordenação

A coordenação dos GI geralmente é realizada por dois ou três profissionais. O profissional que exerce a liderança da coordenação é denominado de coordenador ou terapeuta. Os demais profissionais são denominados de coterapeuta ou co-coordenador.

Recomenda-se a participação de um coordenador, e mais um ou dois coterapeutas de categorias profissionais diferentes, preferencialmente, uma vez que tal composição facilita a troca de conhecimentos entre as diferentes áreas de formação acadêmica. Entende-se que as múltiplas visões sobre um mesmo problema facilitam a reflexão e a busca da solução, bem como o exercício da interdisciplinariedade.

Opta-se, preferencialmente, pelos profissionais com formação de nível superior por entender-se que tais pessoas possuem embasamento teórico para a realização de projetos norteadores na organização do GI. Entendemos que tal opção é um facilitador. Porém, está aberta a capacitação de profissionais que não sejam de nível superior, dependendo das demandas surgidas dentro da rede das políticas públicas.

Definir os objetivos do GI

Quais são as motivações que levaram o coordenador e coterapeuta(s) à escolha do tipo de grupo a ser organizado e os objetivos do mesmo? Exemplos: (a) grupo suportivo: o grupo pretende cooperar para as pessoas superarem o problema básico que as levou ao atendimento em grupo – por exemplo, no caso dos dependentes de tabaco, ajudar o fumante a entrar ou manter-se em abstinência; (b) aquisição de *insight*: o grupo pretende ajudar a pessoa a compreender as razões que o levaram a desenvolver um determinado sintoma ou doença e usar do pensamento e da palavra para elaborar e livrar-se de tais causas. No caso do dependente de tabaco, a pessoa precisará, presumivelmente, acessar conflitos da fase oral mal resolvidos. E aí, a partir de esforço mental, usar dos próprios pensamentos para achar uma forma de vencer a dependência do cigarro.

Material teórico que aborde o tema central

Após definir o perfil dos usuários potencialmente indicados para participarem das atividades grupais é preciso pesquisar materiais teóricos que abordem o tema central proposto na atividade grupal, a fim de iniciar o estudo e subsidiar reflexões e debates, fundamentando a coordenação do grupo por meio de respaldo científico.

Perfil dos usuários participantes

O perfil dos usuários participantes do GI será definido de acordo com as demandas e necessidades percebidas no território de atuação, e a afinidade do profissional coordenador de grupos. O GI pode ser aplicado em grupos homogêneos ou nos heterogêneos. Os grupos

poderão ser homogêneos em relação a transtorno, temática e etapas de vida. Os grupos poderão ser heterogêneos em relação à idade, tipos de transtornos, grau de escolaridade, tendo por objetivos aprender a superar problemas.

Seguem algumas sugestões: grupo de desenvolvimento (crianças, adolescentes, gestantes, idosos); grupo com hiperutilizadores do sistema de saúde; grupo com portadores de Transtorno Mental Comum (TMC); grupo de saúde mental (transtornos psicóticos, transtornos borderline, pessoas que sofreram abuso e incesto, dependentes químicos...); grupo com usuários de psicotrópicos (antidepressivos, sedativos...); grupo com tabagistas; grupo por especialidades (asma, diabetes, hipertensão, transtorno alimentar, outras doenças crônicas); grupos com portadores de doenças autoimunes (esclerose múltipla...); grupos direcionados à saúde do trabalhador com questões de trabalho, dores crônicas, obesidade mórbida...; grupos com adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de Medidas Socioeducativas; grupo nas escolas com alunos, pais, professores ou pais e professores, entre outros.

A restrição para a aplicação dos GI são situações em que haja dificuldade/impossibilidade de comunicação, como, por exemplo, com retardo mental grave.

Escrever um breve projeto profissional sobre o GI

O projeto tem por objetivo auxiliar o coordenador e coterapeuta(s) a organizar a atividade grupal. Ele também serve como aporte para os profissionais no sentido de se orientarem sobre quais caminhos tomar para chegar aos objetivos propostos. Além disso, serve como embasamento para futuros grupos de estudo, publicações

de experiências, realizando, assim, contribuições acadêmicas e atendendo a finalidades sociais.

Sugere-se que contemple os seguintes itens:

- Título: identificar o tema do GI e o serviço onde será realizado;
- Coordenadores: escrever o nome do coordenador e coterapeuta(s), profissão e serviço de origem;
- Introdução: detalhar as características dos usuários que participam do GI e as motivações dos coordenadores para a escolha da demanda. Aqui se pode inserir citações a partir de referenciais acerca do tema;
- Objetivo: qual é a meta do GI? Iniciar a escrita com verbo no infinitivo;
- Método: trazer breve descrição sobre o GI. Escrever onde, em qual serviço/instituição o GI será realizado;
- Cronograma: escrever os dias, horários e o período de duração do GI;
- Resultados Esperados: descrever as pretensões a ser alcançadas com o desenvolvimento do GI, necessidade a que se pretende atender;
- Referências. Seguir normas da ABNT.

A duração do GI pode variar de acordo com as características dos usuários participantes. Em linhas gerais sugere-se:

- **GI COM PARTICIPANTES INICIANTEs:** usuários que participam em atendimentos de grupo pela primeira vez. Tempo médio de duração entre quatro e seis meses.

- GI PARA PORTADORES DE TRANSTORNOS LEVES E MODERADOS: tempo médio de duração entre quatro e seis meses.
- GI PARA TRANSTORNOS GRAVES: tempo médio de duração entre oito e nove meses.

Faz-se necessário elucidar se o grupo será fechado para a entrada de novos participantes, ou semiaberto, ou aberto, os quais implicam no funcionamento descrito a seguir:

- GI FECHADOS: esclarecer que a partir do 3º encontro não será mais liberada a entrada de novos integrantes. Exceção à regra somente em casos excepcionais a critério dos coordenadores e com anuência de todo o grupo. Por exemplo, pessoa que entrou em crise psicótica aguda e foi internada em hospital psiquiátrico por intermédio dos familiares, sendo que os familiares não lembraram de avisar ao serviço.
- GI SEMIABERTOS: a ideia é manter a abertura para novos integrantes e, em ato contínuo, dar alta para alguns integrantes. É recomendável que obedeça uma ritmicidade com tempo mínimo para estabilização grupal, ou seja, abrir para entrada de novos e alta para alguns dos participantes a cada dois ou três meses.
- GI ABERTOS: a ideia é manter o funcionamento de modo contínuo, ou seja, entrada ou saída dos participantes se dá conforme a demanda, logo, esses não necessitam aguardar o término de um ciclo para entrar no grupo, como ocorre nos grupos semiabertos. Porém, recomenda-se que seja normatizado e trabalhado com os participantes sobre os objetivos

que os trazem para o grupo, e após atingirem os propósitos que os trouxeram para o grupo receberão alta. Tal combinação será o regulador do fluxo de entrada de novos integrantes.

Profissionais encaminhadores

Definir junto com a equipe quem serão os profissionais encaminhadores de usuários para os coordenadores. O encaminhamento não será diretamente para o grupo. Orientar e esclarecê-los sobre os objetivos do grupo e a qual perfil de participantes se destina em determinado momento, conforme projeto pré-elaborado.

Reconhecendo os participantes

O coordenador e coterapeuta(s) devem entrevistar individualmente os usuários identificados, tanto por eles quanto os encaminhados por outros profissionais, procedendo uma anamnese ampliada. Esta anamnese dá ênfase ao processo histórico da constituição do sujeito. Levantar fatos relevantes vivenciados pelos mesmos, por exemplo, situações traumáticas ou situações de êxito. Pesquisar possíveis conflitos transgeracionais, telescopagem ou criptas (traumas vivenciados por gerações passadas, não elaborados, que são passados para gerações futuras como uma espécie de fantasma) que possam estar correlacionados com possíveis reedições, repetições na família atual. Ou seja, que estejam atualizados nas relações do presente, recalcados, “escondidos”, dentro de vínculos patológicos ou disfuncionais. Investigar sobre a sua família nuclear. Descrever sobre o planejamento ou não da sua concepção. Fazer relato pormenorizado sobre a história

pessoal do sujeito vivenciada dentro da estrutura familiar e ambiente social ampliado (comunidade, escola e outros), salientando momentos positivos e situações traumáticas que ajudaram a constituir o “self” do sujeito.

A entrevista para reconhecer e acolher os futuros integrantes do grupo em formação poderá acontecer também em formato grupal, as chamadas consultas coletivas. Para tanto, é importante se levar em consideração a experiência do coordenador de grupo em lidar com situações inesperadas que tendem a ocorrer nesta forma de abordagem.

Este primeiro contato com o usuário também contribui para que seja estabelecido um vínculo inicial com os coordenadores, e possibilitará observar se o usuário tem condições para participar no GI, expressas pelos seguintes aspectos:

- estar motivado para trabalhar em grupo e com o grupo;
- ter grau de entendimento e de *insight* que possibilite à pessoa usufruir da fala como um instrumento terapêutico e de mudança;
- pessoa pode estar em crise psicótica e participar em atendimentos de grupo. Nesses casos, o coordenador de grupo precisa ter experiência prévia no manejo de pacientes com este perfil de funcionamento;
- preencher critérios pré-definidos de acordo com a modalidade do grupo proposto. Em caso de exceções é importante que tal situação seja exposta ao grupo e a decisão seja tomada em conjunto com o mesmo;
- estar pré-disposto a participar dos encontros semanais no período de tempo pré-determinado de duração da ação do GDH.

No momento em que o potencial participante do grupo baseado na interação é reconhecido/identificado, faz-se necessário realizar o convite para a participação, esclarecendo aspectos referentes ao funcionamento, motivos pelos quais o atendimento em grupo poderá beneficiá-lo, bem como possíveis dúvidas. Tais colocações têm como objetivo ajudar a criar, nas pessoas individualmente e no grupo, uma postura reflexiva. Aprender a tolerar e conviver com as dúvidas e assumir uma postura de “pensar” para buscar alternativas e encaminhamentos possíveis para os problemas.

GI e psicoterapia individual simultânea

A decisão sobre participar do GI e de psicoterapia individual simultânea deverá ser definida conjuntamente entre o profissional assistente do paciente e os coordenadores do grupo. Nos casos positivos, orienta-se acordar que os conflitos e sofrimentos abordados na sessão individual, podem e devem ser levados para dentro do grupo e o que foi abordado dentro do grupo pode ser retomado na sessão individual. Busca-se evitar esvaziamentos na abordagem tanto da terapia grupal quanto da psicoterapia individual.

Funcionamento do GI

Em geral, recomenda-se que os GI iniciem com um número entre 16 a vinte participantes (grupos grandes), pois normalmente um terço acaba desistindo do mesmo no transcorrer dos encontros, e tende a estabilizar-se num grupo médio (dez a 14 participantes), ou mesmo num grupo pequeno (até dez participantes). Contudo, para determinar o tamanho do grupo, faz-se necessário levar em conside-

ração o perfil do grupo a ser formado, afinidade dos coordenadores com o tema a ser trabalhado e a experiência prévia na condução de determinado tipo de grupo.

Deverá ser reservado um tempo de aproximadamente 2h30 nas agendas dos coordenadores e coterapeutas. Uma hora é destinada ao encontro grupal. Uma hora e trinta minutos restantes são utilizados para fazer o relato dialogado da sessão e para a realização do seminário pós-grupo sobre o fenômeno grupal vivenciado.

É preciso definir local das reuniões, horário de início e término (recomenda-se duração de 60 minutos), periodicidade, plano de férias, atestados, número de participantes, papéis fixos (coordenador, coterapeutas, observadores), e número de faltas sem justificativas que serão permitidas.

A participação de observadores como estagiários, professores ou estudantes deverá ser esclarecida, bem como, se o grupo será apenas terapêutico ou se pretende usar tais experiências com finalidades acadêmicas, ou seja, ensino, pesquisa e/ou extensão. Se houver intenção de publicação das experiências grupais se faz necessário seguir as resoluções que dispõem sobre ética em pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Intercorrências

Esclarecer sobre os critérios de desligamento do grupo: quebra de sigilo e número de faltas sem justificativas – três ou mais. Em casos duvidosos ou de exceção, tal situação poderá ser discutida com os participantes do GI. Porém, após as reflexões sobre o possível caso inusitado, a conduta a ser tomada cabe aos coordenadores.

Enquadre no GI

Para que possa ocorrer o processo terapêutico é necessário que ocorra um conjunto de normatizações, de combinações que vão organizar o funcionamento grupal.

Enquadre se refere aos acordos e às regras para a condução dos GI. Devem ser pactuadas entre os participantes já no primeiro encontro e lembradas quando necessário. São definidas regras como horários, faltas, atrasos. Sugere-se como regras imprescindíveis a serem adotadas nos GI:

- **SIGILO:** não comentar nada fora do grupo sobre o que foi falado dentro do mesmo, quer seja com amigos, familiares, vizinhos ou profissionais, salvo questões e falas que façam parte estritamente de sua vida pessoal.
- **DEMOCRACIA DA FALA:** cada participante pode falar sobre o que quiser, se quiser e quando quiser. Ele poderá ser convidado a participar ativamente, ocupando espaço de fala dentro do grupo. Porém, sempre dentro de uma postura acolhedora e nunca numa postura cobradora, que exija a quebra do silêncio de alguém.

Estratégia II – Seminário Pós-Grupo

Os seminários pós-grupo têm dois papéis muito importantes na terapêutica grupal: (1) Do ponto de vista cognitivo, os seminários pós-grupo são úteis para o terapeuta e coterapeutas fazerem uma análise reflexiva sobre o fenômeno grupal. Ao fazerem uma releitura

do acontecer grupal exercitam a atividade de localizar elementos teóricos técnicos dentro do processo, o que leva a um aprimoramento do domínio da técnica dos GI. (2) Do ponto de vista do conhecimento emocional, estes seminários possibilitam que os coordenadores troquem impressões e sensações pessoais vivenciadas no transcorrer do grupo. É um espaço para os terapeutas darem aporte, oferecerem uma escuta mútua para conteúdos pessoais mobilizados dentro do grupo. Este exercício de alívio e de autoconhecimento contribui para evitar a formação de pontos cegos nos terapeutas. Ou seja, superarem a postura evitativa diante de certos assuntos potencialmente geradores de angústias pessoais inconscientes ou pré-conscientes nos terapeutas.

Os seminários pós-grupo exercem uma função recursiva nos grupos. Os conhecimentos tanto cognitivos quanto emocionais adquiridos pelos terapeutas nos seminários retornarão aos grupos nas pessoas desses terapeutas. Os novos encontros criarão novas aberturas para que os coordenadores empreendam novos exercícios de análise sobre o acontecer grupal, o que levará à produção de novos conhecimentos, e assim sucessiva e recursivamente.

Percebemos neste processo recursivo que a tarefa de lidar com situações problema, com vivências pessoais conflitantes faz parte de usuários e terapeutas do grupo. E que o processo de enfrentamento dos problemas inerentes ao existir humano, potencialmente, pode se tornar um fator de fortalecimento e desenvolvimento do ser humano. Portanto, estimulamos que os terapeutas utilizem estes espaços de seminários pós-grupo para fazer contato, deixar vir para a consciência tais conteúdos pessoais mobilizados. Abordaremos na estratégia (V) sobre os desdobramentos e enfrentamentos dos conteúdos emocionais pessoais mobilizados nos terapeutas.

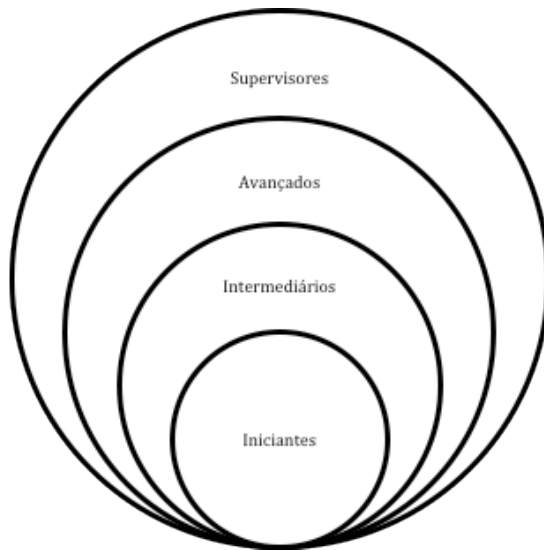
Estratégia III – Grupos de Estudos

Morin (2008c, p. 39), ao abordar o tema sobre o “inacabamento” do conhecimento, coloca: “A consciência de que o saber é incompleto está certamente bem disseminada, mas ainda não tiramos as lições disso. Assim, construímos nossas obras de conhecimento como casas com teto, como se o conhecimento não estivesse a céu aberto.” Tal colocação está em sintonia com Bion (1994, p. 128), o qual, em “uma teoria sobre o pensar”, aborda “o aparelho para pensar pensamentos” como um “produto dos pensamentos e um produtor do pensar”. Tais colocações estão em estreita correlação com a ideia de aquisição de conhecimentos. Estes acontecem e progridem em função dos pensamentos. A base que serve como propulsora deste movimento são os problemas. Estes atraem uma “postura pensante”. Baseados nestes autores a ação GDH em seus grupos de estudos buscam consolidar com os membros deste grupo uma “postura pensante” e que se relacionem com o conhecimento como algo “inacabado”, com aberturas permanentes para o vir a saber.

Os grupos de estudos para capacitação em coordenar GI são considerados encontros de educação permanente porque favorecem e estimulam a reflexão e a problematização da realidade dos profissionais de saúde, oportunizando a aprendizagem significativa a partir das práticas cotidianas em diferentes contextos do trabalho (Brasil, 2009).

Com propósito organizacional o GDH sistematizou o processo de capacitação em coordenação da proposta metodológica do GI em quatro fases: (1) iniciantes; (2) intermediários; (3) avançados; e (4) supervisores, conforme pode ser observado na figura 3.

Figura 3 – Fases de capacitação para coordenar os GI



Fonte: elaboração dos autores.

Salientamos que nas três primeiras fases são realizados grupos de estudos com uma frequência média de três semanas. Cada encontro tem duração de 3h30, nas primeiras duas horas realizam-se os grupos de estudos teóricos que serão descritos na sequência, após um intervalo de trinta minutos é realizada uma reunião de agenda com duração de uma hora.

Ao final dos estudos teóricos, em todas as fases de capacitação (iniciantes, intermediários e avançados) é destinado um tempo para as reuniões de agenda. As reuniões de agenda, em geral, têm uma função organizacional dos serviços. Para atingir tal objetivo, o coordenador da agenda e a equipe de trabalho precisam assumir uma postura de enfrentamento de problemas. O que se vê em geral nos serviços públicos é uma burocratização da agenda. Há uma saturação dos espaços de agendamentos com assuntos informativos e desperdício de tempo com comportamentos desviantes.

Destaca-se a importância de tais espaços de agenda como um local com grande potencial para adquirir-se um aprendizado cognitivo decorrente do exercício de encontrar solução para os problemas. Assim como um espaço de aquisição de conhecimento e desenvolvimento emocional através de trocas de experiências de vida associadas aos processos de trabalho.

Neste espaço são convidados todos os participantes da equipe de trabalho para assumirem um posicionamento maduro de enfrentamento dos problemas que surgem naturalmente nos espaços interpessoais de trabalho, discutindo o adequado encaminhamento dos mesmos, a fim de encontrarem soluções que colaborem com o desenvolvimento das atividades referentes ao GDH. Além disso, possibilita que todos possam trazer dificuldades que estejam encontrando em suas práticas de trabalho ou em seus projetos.

Na quarta fase, dos supervisores, os encontros são semanais e têm duração de 2h. Abordaremos a seguir como são desenvolvidos os encontros.

[1] Fase dos iniciantes

A primeira fase da capacitação, denominada Iniciantes, corresponde ao primeiro ano de capacitação. O que caracteriza este período é o estudo, reflexão, debate em busca do domínio dos conceitos teóricos básicos referentes aos GI, e a elaboração de um breve projeto sobre o grupo que o profissional deseja desenvolver em seu território. Estes são considerados os critérios para evoluir para a próxima fase. Os capacitandos participam dos grupos de estudos nos quais é utilizado o referencial teórico básico específico sobre grupos, pré-organizado, que confere sustentação aos GI. Também são estudados

conteúdos sugeridos pelos capacitandos desta fase, de acordo com as demandas providas de suas práticas em seu território de atuação. Concomitante a isso, são utilizados relatos dialogados de grupos já realizados pelos profissionais mais experientes que servem como referencial prático a ser articulados com a teoria.

É importante salientar que os profissionais iniciantes já podem se inserir nos GI, desde que acompanhados por profissionais mais experientes (intermediários ou avançados). Os profissionais mais experientes assumem mais efetivamente o papel de coordenador do grupo. Os iniciantes assumem a função de coterapeutas, a qual exige mais observação do que intervenção.

[2] Fase dos intermediários

Nessa fase os capacitandos, além de dominar os conceitos básicos sobre a proposta metodológica do GI, devem participar da coordenação de grupos no papel de coterapeutas. No caso do terapeuta grupal ausentar-se do papel de coordenação por motivos diversos, como férias, atestado para afastamento do trabalho, cabe ao capacitando da fase intermediária assumir a coordenação temporária dos encontros. Colaboram com a transcrição da vivência grupal, ou seja, o relato dialogado que é descrito logo após o término de cada encontro do grupo. A participação nos grupos de estudos é mantida, assim como a frequência e a duração. O material teórico a partir desta fase já não é mais pré-definido, não existe uma apostila padrão. A seleção de material teórico é baseada nas demandas dos capacitandos.

Nas capacitações em GI, à medida que se busca novos referenciais teóricos e se discute as várias linhas de abordagens sobre o processo grupal amplia-se o olhar sobre este fenômeno e, com isto,

aumenta-se a compreensão do mesmo. Isso também contribui com o sentimento de pertencimento dos integrantes do grupo de estudos a partir da valorização do seu enfoque terapêutico. Esta postura de complementaridade, de entrelaçamento dos conhecimentos diversos contribui para a sintonia entre a teoria e o aprimoramento da técnica.

[3] Fase dos avançados

A terceira fase da capacitação é denominada Avançados. A condição para as pessoas avançarem para esta fase é estar coordenando GI, quer seja de forma individualizada ou dividindo a coordenação com outros profissionais. Cabe também a eles liderar os seminários pós-grupo no sentido da análise reflexiva do fenômeno grupal vivenciado por eles e os coterapeutas. Eles são os multiplicadores das ações do GDH em seus territórios. Ao realizarem esta ação de multiplicadores estarão assumindo o papel de capacitadores da atividade de coordenação de grupos baseados na interação. Esta é a condição para poderem participar dos seminários de supervisão junto ao coordenador técnico do GDH.

[4] Supervisores

A fase seguinte da capacitação é denominada de supervisores. O que caracteriza esta fase é, além de assumirem a coordenação grupal dos GI, quer seja individualmente ou em parceria com outros profissionais, eles estão preparados para participar da coordenação de grupos de estudos com os iniciantes.

Nos seminários realizados entre supervisores e coordenador técnico do GDH são discutidas situações especiais que exigem um

elevado domínio teórico técnico das ações do GDH. São discutidas situações problemas advindas das atividades desempenhadas por estes supervisores. Por exemplo, situações de ordem prática enfrentadas em seus papéis de coordenadores de seminários com os iniciantes, desde faltas aos seminários, dificuldades técnicas ou sugestões de mudanças nos seminários. Ou então situações complexas advindas de encontros grupais de difíceis manejos, por exemplo, momentos onde surgem barreiras, paralisias no processo de evolução grupal decorrentes de atuações grupais de adolescentes em conflito com a lei. São situações para as quais não existe uma saída única ou uma resposta pronta. O encaminhamento do enfrentamento e solução da situação estagnada exige uma postura de trabalhar com as incertezas. De fazer-se uma análise reflexiva conjunta e construir-se uma saída possível. Nestes casos, reúnem-se as várias impressões e sugestões advindas da ação de pensar do grupo de supervisores e aí constrói-se uma resposta, aponta-se uma saída para o impasse embasada num caminho resposta construído em conjunto, por meio do pensar junto.

Estratégia IV – Supervisão Semanal

A supervisão de material teórico prático diz respeito, basicamente, à análise de relatos de sessões grupais realizadas pelos terapeutas grupais. Tais supervisões são realizadas pelo coordenador técnico do GDH para os profissionais daqueles territórios que não tenha supervisor local. Naquelas regiões onde tenha um supervisor a atividade de supervisão é realizada por este.

A atividade de supervisão busca ajudar os terapeutas a localizar nas suas ações práticas elementos teóricos que embasam os GI. O ob-

jetivo principal desta atividade é ajudar os profissionais em processo de capacitação a dominar a proposta metodológica GI.

Estratégia V – Grupo de Suporte – GDH do GDH

Esta estratégia surgiu a partir das demandas dos profissionais integrantes do grupo de estudos pertencentes à fase dos avançados. Foi amplamente discutido, refletido sobre a viabilidade e indicação desta atividade. Primeiramente foi abordada a questão de como viabilizar estes encontros semanais. Foi levada a proposta para a gestão de patrocinar esta ação dos profissionais entendendo que a mesma fazia parte do processo de Educação Permanente destes colaboradores, que esses teriam ganhos pessoais e a gestão também teria seu ganhos à medida que os seus colaboradores devolveriam tais aprendizados/qualificações reinvestindo no seu trabalho com os usuários do sistema de saúde, e que esta ação contribuiria com a promoção de saúde tanto dos colaboradores quanto dos usuários da rede de saúde. A proposta foi aceita pela gestão.

O segundo ponto a ser definido era sobre quem exerceria o papel de coordenador destes grupos. Ficou definido que a coordenação principal ficaria a cargo do coordenador técnico do GDH e que esta coordenação seria partilhada com os demais participantes do grupo. Além disso, que deveria haver adjudicação dinâmica em relação à assunção dos papéis de suposto paciente e do terapeuta suposto em nossos grupos.

Após tais definições passamos a abordar sobre as finalidades deste grupo. Definimos que o objetivo principal destes encontros semanais com duração de uma hora seria obter um aprendizado cognitivo

e também lidar e superar certas dificuldades emocionais já existentes na vida dos profissionais do GDH ou provocados por suas práticas profissionais. Concluimos que o GDH do GDH seria, portanto, um grupo com finalidades terapêuticas. Não no sentido de superação de sintoma/doença, porém, no sentido de tais aprendizagens contribuir com mudanças de postura mental/comportamental dos seus integrantes.

Estes grupos iniciaram em outubro de 2018, e apesar de inicialmente serem realizados com os integrantes da fase dos avançados, não ficam limitados a esta fase. Está aberta a criação de novos grupos com os participantes das demais fases de acordo com a demanda espontânea desses.

Considerações finais

Existe uma certa confusão no ideário das pessoas sobre GDH e GI, fazendo com que estas nomenclaturas possam parecer sinônimas, mas na verdade não são. Este capítulo procurou explicar que GDH tem uma dimensão maior. É a ação, a soma das estratégias complementares e interdependentes que resultam naquilo que é palpável, os grupos entendidos como encontros com usuários para fins terapêuticos, com os profissionais para fins de estudo ou supervisão, e as articulações interssetoriais, por exemplo. E o GI se refere a como conduzir os grupos com usuários, o método utilizado.

Podemos fazer uma analogia com a imagem de um iceberg, o GDH é a parte visível, e o GI é a parte submersa, aquela que requer capacitação para colocar em prática os fundamentos teórico-metodológicos que precisam ser compreendidos. Nesse sentido, foi escrito

um capítulo específico sobre o GI, o terceiro, a fim de aprofundar a interpretação sobre o que acontece no campo grupal e onde o mesmo está sustentado.

Ao longo destes sete anos da ação GDH houve um desenvolvimento exponencial da proposta, fruto do comprometimento de todas as pessoas que se envolveram na proposta, e que puderam obter resultados positivos em seus processos de trabalho e em suas vidas. E acreditamos que cada vez mais o GDH irá se expandir. Ele é dinâmico, é vivo, revela a concretização do pensar e o sentir de todos que de um modo ou outro o integram, o constituem.

Referências

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; METELSKI, F. K. Grupo Interativo: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: _____. FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó, 2019.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Delta, 1959.

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

MORIN, E. **Cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2008b.

_____. **Ciência com consciência**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Meridional, 2007.

_____. **O método 3**: conhecimento do conhecimento. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2008c.

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

SEMINOTTI, N.; BORGES, B. G.; CRUZ, J. L. O pequeno grupo como organizador do ambiente de aprendizagem. **Psico-USF**, Itatiba, v. 9, n. 2, p. 181-189, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v9n2/v9n2a09.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

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

_____. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Grupos interativos: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico

Flávio Braga de Freitas

Fernanda Karla Metelski

Dinâmica dos grupos interativos

No segundo capítulo deste livro, ao escrevermos sobre as ações do Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), descrevemos parcialmente o funcionamento do Grupo Interativo (GI). O GI é uma proposta teórico-metodológica que dá sustentação às ações do GDH. No GI busca-se criar um campo grupal interativo. Quando o porta-voz traz um determinado problema para dentro do grupo é procurada uma solução para o mesmo através da participação de todos os integrantes.

Iniciamos este capítulo descrevendo a dinâmica que se estabelece no momento que o GI tem início, ou seja, o que ocorre durante seu desenvolvimento, a fim de desvelar o fenômeno da interação que se desenvolve no campo grupal.

Constituição do “organismo grupal”

No início do GI, momento do acolhimento do grupo, ao falar sobre o enquadre grupal é importante usar de uma linguagem simples

e acolhedora, apresentar as combinações de uma forma que todos compreendam. Portanto, quando estamos nos referindo ao enquadre grupal ao invés de empregarmos termos como respeito às combinações e aos vínculos, corresponsabilização com a constituição e o enquadre grupal, procuramos usar de analogia como uma forma de nos fazermos entender, usando expressões como:

Estamos aqui para formarmos uma família. Não uma família de sangue, mas sim uma ‘família por opção’. E como toda família tem seus segredos nós também teremos os nossos, e para não gerar mal-entendidos fora do grupo devemos tratar os assuntos abordados como segredos da nossa família. E como sabemos, o papel principal da família é de um ajudar o outro, se amparar.

A partir daí convidamos os participantes para ficarem à vontade para trazer algum assunto para o grupo.

Neste momento, ao invés de falarmos em relembrar e reviver conflitos com objetivo de trazê-los para a consciência para depois entrar num processo de aceitação e elaboração do conflito, usamos de metáfora, algo como: “- Bem pessoal, estamos aqui para deixarmos nosso coração falar, nossa alma se expressar, tirarmos as coisas que estão ‘enosadas’ em nossa vida. Portanto, fiquem à vontade para falar o que quiserem.”

Após este convite para exposição de emoções profundas, entendemos que o grupo vai entrar num estado de luta e fuga, então nos preparamos para nos deparar com “silêncios preparatórios”. Normalmente irá se formar um silêncio inicial tensionador. Este silêncio inicial é muito importante. Ele se torna um preparatório para o grupo poder acessar a um determinado conteúdo que está precisando falar naquele momento. Quando o grupo se reúne, forma-se um cam-

po grupal (Zimerman, 1993) que é constituído por um conjunto de sensações que se entrecruzam e que são constituídos por projeções de desejos e sentimentos dos integrantes do grupo. Deste conjunto de sensações surgirão ansiedades que geralmente ficam evidenciadas nos silêncios grupais. Conforme Zimerman (1993, p. 81), “um certo grau de ansiedade é terapêuticamente útil”, ajuda os integrantes do grupo a se prepararem para lutar com algo que está para emergir dentro da dinâmica grupal. Esta ansiedade propiciará o surgimento de uma posição de “luta e fuga” grupal (Bion, 1975) que predisporá ao surgimento de papéis dentro do grupo.

Procuramos comportar este estado de tensão que aparece na forma de riso nervoso, de “conversas calmantes” – aqueles assuntos do cotidiano, impessoais que nos afastam de nos depararmos com nossas próprias angústias. Na nossa compreensão, neste momento, o grupo está se deparando com o medo de acessar conteúdos recalcados no inconsciente. Conteúdos estes que guardam potencialmente uma impressão de insuportabilidade de ser comportados pela consciência. Neste momento empregamos expressão convidativa para acessarmos tais conteúdos do inconsciente, como: “- Pessoal, estamos aqui nesta família por opção. Será que podemos confiar nela para deixarmos a nossa criança interior falar, chorar o que tiver pra chorar aqui dentro?”

O que ocorre normalmente é o surgimento da pessoa que trará o assunto a ser debatido pelo grupo. É o porta-voz anunciando o emergente grupal. Quando o porta-voz anuncia o assunto, o tema a ser debatido, ele vai, potencialmente, provocar um efeito aglutinador no grupo para lidar com tal problema. Este envolvimento do grupo em torno da tarefa, buscar uma solução para o problema trazido para dentro do grupo, gera uma energia que cria vínculos de familiaridade. Ou seja, o problema anunciado pelo porta-voz se torna um problema

da “família”. E cabe a esta “família grupo” anunciar uma possível solução para o mesmo. Iniciam-se as raízes históricas deste grupo. São os primórdios do “organismo grupal”. Para que ocorra a constituição deste “organismo grupal” é fundamental o papel de “acolhimento grupal”. Neste sentido, recomenda-se que os coordenadores de grupo, para assumirem este papel, gostem de trabalhar com grupos, e que os demais integrantes do grupo estejam predispostos a trabalharem com esta modalidade de atendimento.

Constituição da “alma grupal”

Nos primeiros encontros vamos percebendo a postura diferenciada de alguns integrantes do grupo. São pessoas que chegam mais cedo aos encontros, que convidam os demais integrantes do grupo para falarem ou que dão força para as pessoas quando estas demonstram fragilidades. Elas apresentam “sentimentos de pertença grupal”. É comum no final dos encontros elas liderarem trocas de telefones ou ficarem apoiando alguém que saiu sensibilizado do encontro grupal devido a conteúdo mobilizado que gerou sofrimento. Um grau mais evoluído de envolvimento com o grupo vai acontecendo com o desenrolar dos encontros. São pessoas que se preocupam com a manutenção grupal e que ajudam os coordenadores na tarefa de “amparar” o grupo. Eles chamam atenção dos demais participantes para ajudar as pessoas que estão apresentando mais demanda por cuidados, oferecem lenços para a pessoa que esteja chorando conseguir secar suas lágrimas, dirigem-se até a pessoa que está demonstrando grande sofrimento para ampará-la, telefonam para colegas integrantes do grupo para saber como estão. Eles são os “cooperadores do grupo”.

As pessoas com mais sentimento de pertença grupal e constituem a “alma do grupo”.

Na nossa compreensão, estas pessoas que assumem o papel de “alma do grupo” são produzidas pelo grupo e ajudam a produzir o mesmo. Elas representam a consolidação da nossa expressão “família grupo por opção”. Ou seja, elas representam a parte do grupo que exerce a função de amparar. Estas pessoas corporificam o núcleo de confiança básica estabelecido dentro do grupo. A percepção do surgimento desta função dentro do grupo, se autoamparar, é um sinal de estabilidade grupal e de “vida longa”. Podemos dizer que o grupo adquiriu vitalidade e tenderá a permanecer vivo até o final do tempo programado para os encontros grupais. A constituição da “alma do grupo” tem relação com o processo de identificação do grupo com a coordenação do mesmo, por isso, recomenda-se que o coordenador se permita exteriorizar o seu lado humano e que seja possuidor de tele grupal.

GI como um “corpo”

Após a constituição da “alma grupal”, o grupo vai se encaminhando para um grau de maturidade diferenciada. As pessoas trazem os assuntos para o grupo e passam a debater sobre os mesmos com um bom grau de autonomia. Isto vai ocorrer quando o grupo está chegando na fase intermediária dos encontros. Nesse período, o coordenador percebe que não precisa mais fazer tanto esforço para convidar o grupo para falar. Este fica mais solto, o grupo tende a andar “por si”. Um ponto importante que serve como referência para localizar o surgimento desta conquista grupal é o surgimento de mudança espontânea e sistemática dos papéis grupais, a adjudicação de papéis. Outro

Um dado importante é o surgimento frequente de demonstrações de capacidades terapêuticas por parte dos sujeitos do grupo. Os integrantes do grupo demonstram estar à vontade para pensarem, confrontarem colegas, interpretar ou sugerirem mudanças de comportamentos ou enfrentamentos. É o momento de “entregar o grupo ao grupo”. É importante que o coordenador lembre o porquê de todos estarem ali reunidos, e, a partir disto, fique acompanhando com certo distanciamento a produção grupal, procurar intervir apenas naqueles momentos em que o grupo entra em estado de fuga ou paralisia grupal, ou seja, ficarem falando assuntos aleatórios como forma de passar o tempo, evitando a confrontação com o problema, ou então fazer silêncio prolongado. Silêncio este que prenuncia conteúdos pesados que estão prestes a emergir dentro do grupo. Recomenda-se que o coordenador fique atento à leitura de tais momentos e aí convide o grupo a refletir sobre do que estão se defendendo.

Tipos de emergentes grupais

Pichon-Rivière (2005) definiu o emergente grupal como sendo o conteúdo anunciado pelo porta-voz do grupo e que, potencialmente, se constitui em um problema importante a ser debatido. Pela nossa prática grupal percebemos que surgem alguns tipos de emergentes dentro do grupo, podemos nominá-los como “emergente principal” e “emergentes secundários”. O critério para tal classificação não é apenas a profundidade ou densidade do conteúdo, mas também pelo momento do grupo e pelo grau de investimento que este dispendeu em trabalhar com o referido tema. Recomenda-se que continuem trabalhando o emergente eleito como “principal” daquele encontro, tendo em vista o grau de investimento cognitivo e emocional que o grupo dispendeu na

abordagem daquele assunto. E o “emergente secundário” que irrompeu no transcorrer do encontro, mesmo que seja constituído por conteúdos profundos e importantes, seja encaminhado para um próximo encontro. Temos também os “emergentes sincrônicos” e os “emergentes diacrônicos”. Denominamos de “emergente sincrônico” aquele que surge verticalmente durante o acontecer grupal, ele é constituído por conteúdos manifestos, verbalizados pelo porta-voz. Estes conteúdos, ao serem trabalhados durante o processo grupal, tenderão a se tornar explícitos e são potencialmente geradores de aprendizagem aos integrantes do grupo. O “emergente diacrônico” vai se constituindo de forma longitudinal a partir de conteúdos latentes que acompanham o “emergente sincrônico”, são conteúdos implícitos que ainda não emergiram na consciência, precisam de mais amadurecimento do grupo. Do surgimento de um porta-voz que seja capaz de acessar e trazer para a consciência grupal tais conteúdos ainda inconscientes ou pré-conscientes. Um exemplo: Uma pessoa que quando criança sofria agressões gratuitas pela figura paterna em decorrência do alcoolismo deste e quando adulta passa a reeditar a história que vivenciou com a sua família de origem com a sua família atual. Neste caso, o “emergente sincrônico” seria os “sentimentos de mágoa, revolta e ódio destinados a esta figura parental”. O “emergente diacrônico” potencial, a ser constituído futuramente, seriam possíveis “sentimentos de culpa decorrentes dos sentimentos negativos destinados à figura parental”.

Constituição da tarefa

Podemos dividir o encontro grupal em três fases: pré-tarefa; tarefa; e pós-tarefa. O ponto de referência é o surgimento do emergente grupal. A pré-tarefa ocorre antes do surgimento do emergente. A

fase da tarefa corresponde ao surgimento do emergente e da reflexão, discussão em torno do problema a ser debatido. A fase da pós-tarefa corresponde ao período em que se pensa em algum encaminhamento possível ao problema apontado pelo grupo.

Quando o coordenador anuncia o início do grupo e deixa a palavra à disposição para quem quiser falar, normalmente o grupo se prepara para algo que está para emergir, e irá gerar algum tipo de desconforto. Conforme abordamos anteriormente, geralmente forma-se um tempo de silêncio em que se perceberá um grau de ansiedade grupal evidenciado pelos risos nervosos, expressões corporais de desconforto, comentários que expressam o mal-estar provocado pelo silêncio e o pedido que alguém vença este silêncio e fale alguma coisa. Neste intervalo de tempo surgirão assuntos vagos e que não têm a ver com a “tarefa pré-estabelecida”, que é deixar o “coração falar e a alma se expressar”. Este período é a “pré-tarefa grupal”, em geral, ela perdura nos primeiros vinte minutos do encontro, é a fase de “aquecimento grupal”.

É importante que o coordenador compreenda que o tensionamento pertencente ao período de “aquecimento grupal” serve como uma espécie de “cunha” para criar uma abertura para que o grupo localize e adentre no emergente a ser trazido à tona naquele encontro. Manter a calma e esperar até que surja alguém que irá trazer algo pertinente ao motivo pelo qual as pessoas ali se reuniram. O grupo não suportará por muito tempo o silêncio e então surgirá o porta-voz do conteúdo latente dentro do grupo, que está precisando emergir. Quando o porta-voz anuncia o assunto que ecoou no grupo, que provocou efeito de diapasão, dizemos que o grupo entrou na “tarefa”, a qual perdura, aproximadamente, nos próximos vinte minutos do encontro.

Este momento se constitui num desafio para os terapeutas do grupo no sentido de comportarem o silêncio. Recomendamos aos coordenadores do grupo que façam contato e trabalhem suas demandas internas no sentido de controlarem seus desejos e expectativas pessoais, para que o grupo rapidamente localize o problema e procure a solução do mesmo. Para compreensão por parte dos profissionais sobre esta postura de paciência e respeito para com o ritmo próprio do grupo nos reportamos ao “tempo da palavra”. Para explicitarmos sobre o processo de construção da “palavra cheia”, ou seja, que contenha significados, usamos a metáfora da “fruta verde”. Utilizamos da analogia: “precisamos esperar a fruta amadurecer. Se tivermos pressa vamos comer a fruta verde”. E, com isto, pretendemos que os terapeutas entendam que se tiverem pressa na constituição do emergente grupal provavelmente surgirá um assunto-problema que terá pouco sentido. A abordagem do mesmo, potencialmente, redundará em pouco aprendizado pessoal e sem grandes repercussões em termos de promover mudanças significativas nos integrantes do grupo.

No transcorrer da tarefa os integrantes do grupo trarão seus ECROS pessoais (Esquema Conceitual e Referencial Operativo), ou seja, a forma como aprenderam a lidar com os problemas da vida, para servirem como parâmetro para discutirem o assunto proposto. Da interação entre os ECROS pessoais surgirá o ECRO grupal, ou seja, se constituirá a cultura grupal e com esta se constituirão os referenciais que este “sistema grupo” passará a utilizar como ferramentas na resolução de problemas inerentes ao ato de viver a vida.

O terço final do encontro é a fase da “pós-tarefa”. Neste período é o momento de dar algum encaminhamento para as reflexões feitas em torno do assunto debatido naquele encontro. Pichon-Rivière (2005) recomenda que com a solução da tarefa se busque alguma

aprendizagem. Porém, pensando no aspecto da função terapêutica pós-grupo, recomendamos que a pós-tarefa seja mantida no extra-grupo. Nesse sentido, recomendamos que sejam deixados questionamentos no final do encontro referentes ao assunto abordado para que os integrantes exercitem a postura de tolerar as dúvidas e aprender a pensar para ressignificar os problemas. O fundamento desta postura é que à medida que os integrantes do grupo trazem seus ECROS pessoais para interagirem em torno do emergente grupal, eles vão formando hologramaticamente um “sistema grupo”. Portanto, os “sistemas individuais” levam o “sistema grupo” para casa com eles. E à medida que eles ensaiam a solução dos problemas fora do grupo vão aprendendo a lidar com a incerteza do conhecimento. Conforme Morin (2008b, p. 59), “[...] conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza.” Seguindo o autor, muito embora ele se referisse aos princípios da complexidade nas questões antropológicas e sociais do sujeito (hologramaticidade, dialógica e recursividade), podemos dizer que, recursivamente, as pessoas, ao trazerem soluções possíveis para dentro do grupo, vão contribuindo com o processo de desenvolvimento pessoal e grupal (Alves; Seminotti, 2006).

Para que os terapeutas trabalhem em prol de estimular os integrantes do grupo a lidarem com as dúvidas e buscarem a solução para as mesmas, é importante que eles saiam do lugar do suposto saber, que evitem este lugar, o qual tende a realimentar posturas de dependência nos integrantes do grupo. Para assumir uma postura de estimular a independência dos integrantes do grupo, recomendamos que os terapeutas acessem e trabalhem com seus aspectos narcísicos que tendem a nos conduzir para posturas onipotentes e oniscientes.

Papéis que surgem nos GI

Quando o grupo se reúne e gera um clima de tensionamento, conforme falado anteriormente, predisporá o surgimento de papéis dentro do grupo, entre os quais o papel do “porta-voz” (Pichon-Riviére, 2005) do emergente grupal, aquele que por razões pessoais está mais próximo do conteúdo latente que o grupo está sentindo, pensando e precisando lidar. Quando este anuncia o conteúdo latente existente no grupo, ele estimulará o surgimento de outros papéis no campo grupal. Alguns papéis nós podemos denominar de “explícitos” e outros de “implícitos”.

Dentre os papéis “explícitos” destacamos o “sabotador” (Zimmerman, 1993), aquele que procura obstaculizar o prosseguimento do grupo em lidar com o problema anunciado pelo porta-voz e que foi constituído em tarefa grupal. Outro papel é o “líder”, pessoa que assume a função de refletir e trabalhar o problema exposto e buscar junto com o grupo algum tipo de solução para o mesmo, a solução da tarefa.

Dentre os papéis “implícitos” destacamos o “sensitivo”, aquela pessoa que está totalmente atenta aos movimentos do grupo e faz uma leitura do acontecer grupal através de expressões faciais/corporais. Ele se sobressalta ou se acalma de acordo com a instabilidade ou estabilidade grupal. O papel de “continente para o acontecer grupal”, é aquela pessoa que demonstra estar atenta ao que está sendo abordado dentro do grupo e se mantém numa participação silenciosa. Ela acompanha as falas dentro do grupo, se mantém atenta e realiza uma “escuta continente” para os sofrimentos do grupo. Às vezes exerce o seu papel de acolhimento usando de expressão verbal.

Outro papel que denominamos de “implícito” é o papel da “pertinência com fuga”. São pessoas que mesmo fazendo comentários pertinentes ao assunto proposto, empreendem uma postura de fuga nas suas intervenções e se utilizam de racionalidade para acalmar ou recalcar expressões emocionais.

É importante que o coordenador fique atento para o surgimento de tais papéis a fim de trabalhar com os mesmos em prol de que eles se sintonizem e ajudem no desenvolvimento da tarefa, trabalhando terapeuticamente com os mesmos. Como no caso da “pertinência com fuga” o coordenador poderá intervir questionando a referida pessoa sobre como é para ela lidar com perdas, como é para ela e demais pessoas do grupo escutarem e acompanharem o sofrimento do outro.

Ressonância grupal

O surgimento dos papéis dentro do grupo tem a ver com o surgimento do fenômeno da “ressonância” (Zimerman, 1993). Este fenômeno da ressonância anuncia que o assunto trazido pelo porta-voz do grupo fez sentido, repercutiu no ambiente grupal, o que vai provocar uma intensa movimentação. Uma parte do grupo se movimentará no sentido de falar sobre o tema ressonante e outra parte do grupo se movimentará no sentido de afastamento, deixar para lá. Posição de “luta e fuga” grupal.

O terapeuta, como integrante do grupo, está sujeito a ser afetado pela “ressonância grupal”. Zimerman (1993, p. 95) destaca a posição do terapeuta de grupo ao abordar a regra da neutralidade, afirmando que o terapeuta deve “manter-se neutro e não ficar envolvido na rede de emoções de seus pacientes”. Segundo esse,

[...] a noção atual de uma atitude neutra por parte do analista valoriza que este mantenha um intercâmbio afetivo com os seus pacientes, desde que fique bem claro que não pode haver um comprometimento na preservação dos limites e da hierarquia do enquadre grupal.

Porém, não clareia quais seriam estes limites. Na nossa compreensão a preservação dos limites está associada com respeito à individualidade dos demais sujeitos do grupo. Neste sentido, recomendamos que o terapeuta possa trazer vivências pessoais, trocar experiências de vida, sem exigir que os demais sujeitos do grupo vejam nesta exposição um modelo único a ser seguido, e sim como mais uma experiência de vida que, conforme o contexto, poderá servir de modelo identificatório ou não.

Posturas dos terapeutas

Nos GI, com propósitos de gerar “um campo grupal interativo”, fomos desenvolvendo algumas posturas que se harmonizassem com este processo de nos aproximarmos afetivamente dos demais integrantes do grupo. À medida que o grupo vai entrando na tarefa e vão surgindo os papéis dentro do grupo, os terapeutas grupais, geralmente dois ou três profissionais, vão sendo afetados pelos sentimentos do grupo. Recomendamos que eles flexibilizem a neutralidade terapêutica. Se julgarem necessário fazer adjudicação (flexibilização de papel) e abandonar temporariamente o seu papel de liderança grupal e se horizontalizar com o grupo, que o façam! Isto é, se julgarem conveniente partilhar uma vivência pessoal que envolva aspectos emocionais e que entendam que irá enriquecer o emergente grupal e/ou contribuirá com a tarefa do grupo, que o façam.

O que sustenta tal orientação é a ideia da coordenação vencer resistências pessoais de, às vezes, participar da tarefa com o grupo de uma forma “racionalmente defensiva”, de usar a neutralidade terapêutica como um instrumento de defesa para manterem certo distanciamento e envolvimento parcial com o grupo.

O que possibilita esta postura de adjudicação de papéis, de envolvimento da coordenação com as demais pessoas do grupo sem que o coordenador se confunda com o conflito grupal, são os seminários pós-grupo¹. Estes seminários têm duas funções básicas, a de aporte cognitivo e de aporte emocional, evitando que conteúdos potencialmente conflitivos criem pontos cegos nos terapeutas (temas inconscientes geradores de angústias que criam posturas evitativas diante de determinados conteúdos).

O que dá aporte teórico para tal ação é o pensamento sistêmico complexo (Morin, 2007, 2008a) o qual, voltado para questões antropológicas e sociais, afirma, conforme citamos anteriormente, que o sistema não se constitui pela existência em si dos elementos, dos sujeitos, ou dos acontecimentos, porém, essencialmente pela inter-relação entre eles. E os trabalhos com grupos (Seminotti, 2016) que aborda as situações inesperadas, impensadas, que emergem a partir das relações intragrupais e que retroagem sobre as partes e o todo e os modificam. Portanto, nos GI estimulamos a interação entre profissionais e participantes. Neste processo, ocorre naturalmente uma troca cognitiva e emocional entre os mesmos. É estabelecida uma relação ecológica, ou seja, há uma afetação mútua entre as partes.

1 Para detalhamento vide o segundo capítulo sobre o GDH.

E assim como nosso objetivo é criar um ambiente sistêmico complexo que, potencialmente, leve a um fortalecimento e desenvolvimento dos sujeitos do grupo, entendemos que o terapeuta participar com experiências pessoais no ambiente do grupo pode contribuir com o processo sistêmico grupal.

Fundamentos teóricos dos grupos interativos

Grupos Interativos: produto e produtor de um tripé teórico

Os Grupos Interativos (GI) são a resultante da interação das conceituações de um tripé teórico de conhecimentos: (1) grupos operativos de Pichon-Rivière (2005); (2) teoria psicanalítica (Freud, 1959); (3) o pensamento sistêmico complexo (Morin, 2007, 2008a), conforme citado anteriormente, voltado para questões antropológicas e sociais, e Alves e Seminotti (2006) que abordam o pensamento sistêmico complexo nos pequenos grupos. Entendemos os GI como uma proposta teórico-metodológica, conforme descreveremos nos parágrafos seguintes. Eles se propõem, de forma sistemática, a promover uma articulação entre as três hastes teóricas. Com isto, a ideia é promover um ambiente sistêmico complexo no espaço grupal, o qual redunde num processo de organização/desorganização do grupo e gere um potencial de fortalecimento e crescimento dos sujeitos do grupo (Freitas, 2010, 2016). De forma recursiva, tenderá a promover contribuições nas ações dos profissionais que integram o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) que trabalham mediante a aplica-

ção desta metodologia², e de forma circular, a partir das diversas vivências dos profissionais do GDH, como por exemplo, sessão grupal, seminário pós-grupo e grupos de estudos³ os GI sofrem modificações/acréscimos em sua proposta. Portanto, a proposta teórico-metodológica dos GI interage de forma recursiva com as ações práticas dos integrantes do GDH, o que provoca de forma constante e circular alterações/acréscimos nas concepções teóricas assim como mudanças/avanços das ações práticas.

(1) Os GI se orientam pela técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière (2005), ou seja, são centrados na tarefa que surge após o porta-voz do grupo anunciar o emergente grupal. Isto é, o emergente traz consigo um problema, o qual necessita, após ser debatido, de algum tipo de encaminhamento, solução ou elaboração.

Para realizar tais objetivos, Pichon-Rivière definiu os elementos do cone invertido, que são elementos de compreensão e operadores da tarefa, são sete os elementos do cone invertido, os quais traduzimos da seguinte maneira: (I) Afiliação: pessoas que participam do grupo à espera de serem acolhidos; (II) Pertença: participantes que demonstram estar envolvidos com o grupo, que “vestem a camisa”; (III) Cooperação: grau elevado de pertença, pessoas que se envolvem em superar entraves dentro do grupo; (IV) Pertinência: manter-se centrado, agindo em prol da elaboração da tarefa; (V) Comunicação: conjunto de sinais verbais e não verbais utilizados para expressar algo ou transmitir uma informação, ou seja, a forma de se expressar e de se

2 Ações estas abordadas em alguns parágrafos deste capítulo e em outras partes deste livro.

3 Conforme detalhado no segundo capítulo deste livro.

colocar no grupo; (VI) Aprendizagem: vencer resistências à mudança e incorporar algo novo, um conhecimento novo e passar a operar com ele; (VII) Tele: disposição para trabalhar com outras pessoas, o que não implica em concordar sempre com o outro. Na base desse cone invertido se encontra sempre a resistência à mudança e o papel da tarefa é procurar superar e resolver a mesma.

(2) A forma de escuta nestes grupos segue as orientações da teoria psicanalítica (Freud, 1959), a qual se baseia em um tripé teórico: a) na existência do inconsciente, o qual mantém os registros das vivências do sujeito desde a sua concepção; b) na possibilidade da regressão, ou seja, acessarmos e revivermos situações, conflitos ou traumas do passado; c) na possibilidade de resolvermos, elaborarmos tais traumas no aqui e agora, no tempo presente, através da transferência.

(3) Orientam-se pelo pensamento sistêmico complexo (Morin, 2007, 2008a; Alves; Seminotti, 2006). Destacamos os princípios fundamentais nos quais os GI se apoiam: a hologramaticidade, recursividade, dialógica, organização/desorganização e princípio sistêmico. Estes princípios, embora apresentem conceituações próprias, se articulam, se complementam, se interligam. Segundo o princípio da hologramaticidade, a parte está no todo assim como o todo também está na parte. Seguindo o princípio da recursividade, o sujeito é produto e produtor da sociedade a um só tempo. No princípio da dialógica é defendida a ideia da coexistência de diferentes lógicas, dentro do uno, as quais não podem destruir umas às outras. Elas comportam um tensionamento permanente no processo de sustentação das diferentes lógicas numa mesma pessoa.

O “princípio sistêmico” (Morin, 2007, 2008a) liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo e concebe a relação de interdependência entre eles. Ou seja, o sistema não se constitui pela

existência em si dos elementos, dos sujeitos, ou dos acontecimentos, porém, essencialmente pela inter-relação entre eles. Da inter-relação entre os “sistemas individuais” dentro do “sistema grupo” surge um ambiente complexo. Interliga-se nesta perspectiva que o “sistema individual”, o “sistema grupo” e o contexto maior são constitutivos uns dos outros a um só tempo. Esse processo de se abrir para o outro e se produzir mutuamente atrai movimentos de organização e desorganização (Morin, 2007, 2008a; Seminotti, 2016). Este princípio da organização/desorganização segue o pensamento complexo (Morin, 2008a) segundo o qual o surgimento das potencialidades criativas não fica reduzido a unidades simplificadas ou a totalidades generalizadas, ou seja, não são reduzidas às partes ou ao todo, mas sim, toma-as como produções concebidas nas inter-retro-ações entre elas. Morin (2007, p. 107) afirma: “É preciso que haja o encontro entre o acaso e uma potencialidade organizadora”. Seguindo tal postulado torna-se fundamental o papel do coordenador, juntamente com o grupo, em promover uma organização do ambiente grupo para que a complexidade tenha sentido e se torne produtiva.

Como elementos fundamentais para se operar com o princípio da organização/desorganização destacamos o papel dos organizadores grupais, tais como os papéis, as comunicações, os subgrupos e as fantasias (Seminotti; Borges; Cruz, 2004). São elementos que, num primeiro momento, auxiliam a localizar, nominar conteúdos informes, desorganizados ou caóticos grupais. Num segundo momento, auxiliam o coordenador do grupo a dar forma, integrar e compreender o acontecer grupal, e, assim, auxiliam o mesmo no seu papel de operar com a desordem/ordem do grupo ao mesmo tempo, potencialmente, possibilitam tornar produtivo o ambiente grupal complexo. Ou seja, o grupo poderá passar por momentos de energia dispersa,

desorganizada, de entropia e transformá-la em energia aproveitável, vivenciando o “fenômeno da reorganização, neguentropia” (Morin, 2007, p. 31).

Os GI têm uma postura permanente em suas atividades prático-teóricas de articular o tripé teórico no qual se sustenta. À medida que articula tais conhecimentos teóricos, potencialmente produz conhecimentos novos. Entendemos que o “ponto de equilíbrio” deste tripé é uma “escuta profunda e humanizada”. Definimos esta como uma “escuta atenta para a essência do ser”. Para as demandas, os sofrimentos que cada integrante do grupo carrega ao longo de seu processo de formação enquanto sujeito. E assim, nos propomos a realizar resgates de partes deste ser que estão soterradas, recalcadas dentro dele mesmo. A condição básica para tal trabalho é o coordenador “gostar de grupos, e acreditar nessa modalidade terapêutica” (Zimmerman, 1993, p. 149). Neste sentido, o que abordaremos nos próximos parágrafos traz consigo, implicitamente, esta forma de escuta. Acreditamos também que tais aportes teóricos, recursivamente, ajudam o coordenador de grupos a manter sua amorosidade nesta função a partir da continência que tais conhecimentos lhe proporcionam.

Ao abordarmos o funcionamento dos grupos interativos como produtos e produtores de um tripé teórico, salientamos que não temos a pretensão de conseguir abarcar o processo complexo inerente ao GI em sua totalidade. Partimos da ideia de que as diversas teorias não conseguem dar conta do conhecimento como um todo, que possíveis articulações entre as mesmas, o tecer juntas de uma forma sistêmica (Morin, 2007, 2008a), pode, potencialmente, desenvolver um conhecimento novo, um “conhecimento mais complexo”.

E, assim, seguindo o pensamento sistêmico de que o sistema se constitui não pela existência em si dos elementos, mas sim pela inter-

-relação entre esses, buscamos a partir deste princípio articular, complementar e inter-relacionar as três hastes do tripé teórico. Portanto, ao salientarmos, segundo nossa percepção, algum ponto de incompletude destas hastes não é porque estamos contrariando seu corpo teórico, mas sim identificando um espaço onde outra haste teórica possa se articular e servir como complemento teórico e operacional, colocando, assim, os cinco princípios do pensamento complexo, citados anteriormente, a serviço da postura recursiva dos GI com o seu tripé teórico.

No sentido de procurar explicitar o que comentamos anteriormente, citaremos como exemplo uma possível contribuição com a operacionalidade do pensamento sistêmico complexo. A haste referente a este pensamento, de uma forma implícita, apregoa, partindo da sociologia e filosofia, que os sujeitos não devem pensar no uno, mas no multi, pois o sujeito faz parte da sociedade assim como a sociedade faz parte do sujeito. Há um estímulo a tal postura do sujeito e do social. Estas áreas do conhecimento apresentam algumas ferramentas de compreensões e ações neste sentido. Porém, possivelmente, diante de sua incompletude teórica faltem alguns instrumentos para realizar tais ações na prática. No entanto, se articularmos e tecermos aproximações junto às outras hastes (grupos operativos e teoria psicanalítica) encontraremos instrumentos teóricos que nos auxiliarão a atingir tal objetivo de desenvolvimento pessoal e social.

Primeiro Laço – tecendo aproximações entre as hastes do tripé teórico a partir da haste teoria psicanalítica

O tripé do GI tem na teoria psicanalítica um dos seus pontos de sustentação. O conhecimento psicanalítico se baseia na existência do

inconsciente, da possibilidade de ocorrer o movimento regressivo ao passado distante e trabalhar mediante a transferência de tais conteúdos conflitantes reprimidos. O fenômeno transferencial foi estudado pela primeira vez por Freud. De início ele associava este fenômeno a resistências do paciente em relação ao tratamento, depois foi se apercebendo do quanto a presença deste fenômeno era importante para o processo do tratamento, denominou-o de “neurose transferencial” (Freud, 1959). Passou a entender a mesma como uma reedição de experiências psíquicas traumáticas. Incorporou tal compreensão na teoria psicanalítica e passou a recomendar que fosse trabalhado tecnicamente com tais conteúdos transferenciais na prática analítica.

Freud não realizava atendimentos analíticos grupais. Na prática analítica grupal, surgida posteriormente, os processos transferenciais grupais passaram a ser descritos e receberem classificações. As transferências são classificadas, de acordo com a qualidade da mesma em: “negativa” ou “positiva”; de acordo com o objeto interno: “materna”, “paterna”, “fraterna”; quanto à fase evolutiva: “oral, anal, genital”; categoria diagnóstica: “neurótica, psicótica, perversa” (Zimerman, 1993).

Para além da transferência, outro fenômeno importante para pensar o processo terapêutico com base nos preceitos psicanalíticos é a contratransferência. Freud, em 1910, foi quem descreveu pela primeira vez o fenômeno contratransferencial, ou seja, conteúdos pessoais do analista mobilizados e que são contratransferidos para o paciente ou situação vivenciada em análise. Ele a considerou nos primeiros tempos como prejudicial ao tratamento. O conceito de contratransferência foi ampliado pelos seguidores de Freud que reconheceram este fenômeno clínico como uma ferramenta a ser valorizada pelo analista, processada e usada em prol do trabalho analítico. No campo grupal, as contraidentificações projetivas, as contratransferências

por parte do analista, surgem frequentemente. O que é recomendado é que o analista reconheça a existência da mesma e consiga agir de forma empática e terapêutica com o grupo, isto é, trabalhar empaticamente com os conteúdos projetados dos pacientes que mobilizaram as contraidentificações projetivas do terapeuta (Zimerman, 1993), e não os conteúdos mobilizados do terapeuta. Assim como não é recomendado deixar vir à tona, para dentro do campo grupal, conteúdos próprios do terapeuta, é desestimulado tecnicamente que o terapeuta use a transferência pessoal e permita que conteúdos próprios irrompam para dentro do campo analítico, sendo apregoado que ele mantenha uma postura de neutralidade.

Porém, nos GI, conforme abordado anteriormente neste capítulo, coloca-se em discussão manter a postura de neutralidade permanentemente. Para tanto, baseia-se teoricamente no “princípio sistêmico”, no qual o sistema não se constitui pela existência em si dos elementos, mas na inter-relação dos mesmos. As potencialidades criativas não ficam reduzidas a unidades simplificadas ou a totalidades generalizadas, ou seja, não são reduzidas às partes ou ao todo, mas sim como produções concebidas nas inter-retroações entre elas. Também se baseiam em situações grupais surgidas da prática nas quais, em vários momentos, o porta-voz do grupo ao anunciar o emergente grupal provoca uma espécie de paralisia na dinâmica do grupo. Os demais elementos do grupo, em alguns momentos, não apresentam vivências pessoais que adensem o conteúdo trazido pelo porta-voz. Nestas circunstâncias, como o coordenador tem uma compreensão diferenciada do processo grupal, poderá se aperceber do quanto suas experiências de vida estão em sintonia com o acontecer grupal.

Os GI articulam os conhecimentos provindos da haste do seu tripé teórico, o “pensamento complexo”, com a haste da “teoria psica-

nalítica” para refletirem sobre o tema da neutralidade terapêutica e comportar um tensionamento dialógico. O comportar tal tensionamento requer colocar em prática o princípio sistêmico, e, deste modo, percebeu-se que houve contribuições com o processo de humanização do grupo. Deste modo, à medida que o coordenador abandona temporariamente o seu papel pré-estabelecido de coordenação e horizontaliza suas experiências pessoais e seus sentimentos com o grupo, isto causa uma aproximação entre ele e os demais. Tal posicionamento contribui com a desmistificação e desidealização da figura do terapeuta. Contribui para um clima de horizontalidade grupal, para a criação de uma confiança diferenciada baseada na proximidade e respeito entre os integrantes do grupo, e, com isto, o movimento de amadurecimento grupal. Portanto, os GI estimulam que o coordenador, nestes casos, se permita realimentar o processo grupal com suas experiências pessoais, transferindo para dentro do grupo suas vivências tanto do ponto de vista cognitivo quanto emocional, tomando o devido cuidado para não expor as pessoas envolvidas no que está sendo relatado. Acreditamos que os diferentes conhecimentos e as diferentes experiências de vida, que constituem diferentes lógicas, sendo postas em discussão e sendo integradas contribuem com o fortalecimento de um ambiente ecológico grupal, ou seja, constitui uma dialógica que gera lógicas emergentes, as quais, por sua vez, modificam as lógicas que constituiriam a dialógica inicial.

A postura de exposição do terapeuta contribuirá recursivamente com o processo grupal de deixar o “coração e a alma falarem”.

Articulando o tema da mudança na postura do coordenador em relação à neutralidade terapêutica com um ponto crucial dos grupos operativos que é a resistência à mudança, podemos tecer algumas considerações. Pichon-Rivière (2005) afirmava que na base do

cone invertido reside as resistências a mudanças. A partir daí sugeriu que fossem vencidas as estereotípias, as quais fazem parte da constituição do ser humano, dos ECROS pessoais (Esquema Conceitual e Referencial Operativo). Ou seja, a forma como a pessoa aprendeu a operar/lidar com os problemas inerentes ao viver a vida. Quando o coordenador do grupo traz seu ECRO pessoal, vencendo orientações teóricas, podemos dizer, vencendo “estereotípias teóricas”, ele, implicitamente, está servindo como novo modelo de reidentificação, contribuindo para que os demais integrantes do grupo também vençam estereotípias pessoais. E, assim, através da experiência no aqui e agora e pela via da reidentificação, estará contribuindo com o ECRO grupal, ou seja, com o desenvolvimento, com as mudanças dentro do grupo.

Retornando ao “pensamento complexo”, o terapeuta ao colocar seu “sistema individual” em interação com o “sistema grupo” retroalimentou a interdependência entre os sistemas. O seu “sistema individual” passou a ser inserido no “sistema grupo” e, com isto, passou a fazer parte do todo grupal. O todo retroagirá sobre as partes do grupo e, desta forma, podemos dizer que tal experiência passou a fazer parte do ambiente ecológico do grupo. Ou seja, o uno no todo, e parte do todo no uno. Portanto, como o coordenador é mais um elemento do grupo, os GI propõem que haja uma interação entre todos os integrantes do grupo, dentro de uma postura hologramática.

Grupos Interativos: um mergulho no Pensamento Sistêmico Complexo

Relata-se a seguir uma vivência da prática clínica que ilustra o desenvolvimento de um GI. Em um determinado encontro, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o coordenador se deparou

com um grupo dito aberto (grupos semanais, com participação livre e aleatória de pacientes, de acordo com a agenda do serviço) que estava em um momento caótico. Eram pacientes com quadros psiquiátricos graves. Havia paciente esquizofrênico tipo paranoide (o mundo lhe persegue), portador de retardo mental grave, melancólico (mundo sem sentido, nuvem negra sobre si) e outros transtornos graves. Após o momento inicial de desorganização grupal, surgiu o emergente – “como lidar com o desespero paralisante?” Este foi anunciado pela mãe da paciente com retardo mental. A mãe anunciou o desespero pessoal e da filha diante da audiência que participaria na posição de depoente, por ter presenciado o homicídio cometido pelo pai contra o invasor da casa deles. Ao tentar trabalhar com o emergente, o coordenador questionou sobre vivências idênticas pelos demais sujeitos do grupo. Diante da falta de elementos dos demais participantes do grupo, o coordenador recorreu à experiência pessoal para partilhar com o grupo. Descreveu o momento de desespero diante do risco de ser reprovado no vestibular para Medicina. Relatou o momento em que, apavorado, procurou sua mãe e expôs o seu medo paralisante diante da expectativa. Falou que esta teria reagido de forma tranquila, questionando: “E se rodar? Esse tal de vestibular não tem todos os anos?” O terapeuta percebeu que, após socializar tal experiência pessoal o grupo se acalmou. Foi aí que uma paciente fez o seguinte comentário que anunciou o enfrentamento da tarefa: “A partir do que o doutor falou, eu tive uma ideia então. Quem sabe a mãe deva levar a filha no Fórum?! Só não sei como ela pode fazer para tranquilizar a filha”. Alguém respondeu que a mãe deveria acompanhar a filha e dar a mão para ela. Enfim, a tarefa de lidar com os medos paralisantes estava parcialmente encaminhada. Foi então que o coordenador, como ensaio para ver se o grupo teria compreendido o papel, a função da

sua mãe simbólica dentro do grupo questionou: “Onde, ou em quem será que está localizada a minha mãe aqui dentro do grupo?”. Foi então que uma das pacientes, fazendo um sinal circular com a mão, respondeu: “Eu acho que a sua mãe está em todos nós aqui dentro do grupo, em cada um de nós”.

Neste recorte de relato de um encontro grupal, poderíamos salientar muitos elementos teóricos contidos nesta prática, mas destacamos alguns. O terapeuta, amparado pelo pensamento complexo, comportou o caos inicial do grupo. Depois, após uma escuta empática com o grupo se colocou como “porta-voz complementar” do desespero grupal. Em movimento foi construída a “mãe simbólica” do grupo, ou seja, a parte se integrou ao todo e o todo pareceu se integrar às partes (princípio hologramático). Com isto, com contribuições de uma “escuta interativa” do terapeuta, criou-se um ambiente humanizado o qual ajudou no encaminhamento da tarefa – “enfrentar o desespero”.

Segundo Laço – tecendo aproximações entre as hastes do tripé teórico a partir da haste grupos operativos

Ao olharmos para a dinâmica dos GI a partir de outra haste do tripé teórico, a partir dos grupos operativos, propomos colocar em destaque para discussão um dos elementos do cone invertido, o “emergente grupal”. Quando o grupo se reúne e não há uma tarefa pré-definida, isto propicia às pessoas do grupo experimentarem uma relativa “desorientação”, ou seja, não há referenciais pré-definidos, não há uma “emergência externa” pré-estabelecida e, portanto, os caminhos a serem seguidos ficam em aberto. Caberá ao coordenador do grupo a escolha do assunto a ser eleito como o emergente do grupo

e que servirá como situação-problema norteadora da tarefa grupal. Seguindo a teoria dos grupos operativos o critério a ser levado em consideração para a escolha do emergente é se o mesmo provocou efeito diapasão no grupo. O coordenador usa de sua subjetividade e de sua experiência em coordenar o grupo como elementos para definir sobre o emergente daquele referido encontro grupal. Em muitas situações, o conteúdo a ser trabalhado na tarefa poderá ser um tema relativamente simples, que não seja desafiador, portanto, com pouco potencial de provocar desenvolvimento ou ser terapêutico para o grupo.

Nos GI, ao entrelaçarmos a teoria dos grupos operativos com o pensamento complexo podemos realizar alguns avanços tanto no surgimento de emergentes mais adensados quanto na abordagem dos mesmos. Morin (2008a, p. 178), ao abordar a primeira avenida da complexidade – o acaso e a desordem, afirma: “A incerteza continua, inclusive no que diz respeito à natureza da incerteza que o acaso nos traz.” A partir de tal afirmativa ele vai abordar sobre a importância de tolerarmos as incertezas, o acaso e a desordem, pois, a partir das mesmas tenderá a ser reconstruída ou acessarmos a uma nova organização, uma nova ordem. A percepção da importância de aprendermos a tolerar o acaso tem sido muito útil no papel do coordenador de manter a tranquilidade frente à angústia da espera de surgir o assunto que contenha conteúdos densos, recheados de sentido para que possa ser eleito como o “emergente grupal”. Isto é, o problema a ser debatido para depois ser apontado algum tipo de solução para o mesmo. Em termos grupais poderíamos dizer que à medida que articulamos a teoria dos grupos operativos com o “pensamento complexo”, nós conseguimos criar um “ambiente ecológico grupal” mais fortalecido para comportar o caos e a desordem temporários para, através do processo

da resolução da tarefa, atingir uma nova organização do “sistema grupo” e dos “sistemas individuais” integrantes do grupo (Freitas, 2010).

Em um diálogo, uma aproximação entre os grupos operativos com a teoria psicanalítica em relação ao “emergente grupal”, destacamos o papel do mesmo de gerar uma tarefa grupal para chegar-se a um aprendizado a partir da discussão e resolução da tarefa. Isto pode gerar certa apreensão no coordenador do grupo, uma relação de compromisso de gerar algum aprendizado ao término da sessão grupal. Porém, se articularmos este propósito com um postulado fundamental da teoria psicanalítica sobre a postura do terapeuta – “sem memória e sem desejo” (Bion, 1969), isto pode ajudar o coordenador a assumir uma postura mais livre dentro do processo grupal, e assim entregar o grupo ao grupo. Este postulado, potencialmente, poderá ajudar o coordenador a superar o compromisso em gerar aprendizado através da solução parcial ou total da tarefa, e a compreender que o aprendizado gerado no final de cada encontro, ou não, caberá ao grupo como um todo. E, às vezes, o aprendizado poderá ser o “não querer aprender”. Portanto, se no final do encontro grupal a tarefa ficou estagnada na postura de “não querer aprender” ela poderá ser encaminhada, diacronicamente, na forma de questionamento: “por que não querer aprender”? O que poderá propiciar reflexões e amadurecimentos importantes e gerar, potencialmente, importantes aprendizados grupais futuros.

Grupos interativos: um mergulho no vácuo do caos

Podemos citar como exemplo sobre o tema do emergente grupal uma determinada situação grupal em que o grupo ficou mais ou menos cinquenta minutos (sessão de sessenta minutos) num vai e

vem fugindo da tarefa grupal. Já haviam acontecido oito sessões, portanto, estava bem claro o motivo das pessoas se reunirem naquele local, naquele horário, uma vez por semana: “trazerem seus sofrimentos do passado ou do presente e, em grupo, procurarmos dar algum encaminhamento para tais problemas apresentados e, com isto, trabalharmos em prol do nosso existir humano tornar-se mais leve”. Durante quase todo o tempo do grupo, os participantes estavam trazendo falas vazias, assuntos vagos, aparentemente para preencherem o tempo. Falavam em perdas, em abandonos, em maus tratos e mais alguns assuntos pessoais aparentemente pertinentes ao propósito do grupo. Porém, eram falas empobrecidas, desprovidas de vitalidade, de afeto, que não mobilizavam sentimentos importantes no ambiente grupal. Após três convites por parte do coordenador para “falarem coisas do coração”, e não ter se sentido escutado pelo grupo, o mesmo assumiu uma postura de relaxamento, do tipo: “Se o grupo não está querendo trazer coisas importantes, se não querem adentrar em sofrimentos pessoais, então este é o emergente grupal”. Ao assumir tal posição, percebeu que o grupo ficou mais tenso, estabeleceu-se uma espécie de “discursos caóticos” pelas pessoas do grupo. Provavelmente por se sentirem perdidas, passou a ocorrer mais silêncio entre as falas individuais. Chegou a um ponto em que as pessoas passaram a olhar para o coordenador como se estivessem pedindo para que ele interviesse e organizasse o caos grupal. Encontrando suporte nos pressupostos teóricos de superar seus desejos pessoais e tolerar o caos, o mesmo se mantinha em silêncio. Até que uma pessoa do grupo, como porta-voz da luta do grupo, trouxe o emergente grupal: “angústia frente a conteúdos recalcados no ambiente grupal”. Foi então que a porta-voz trouxe sua história pessoal de pertencer a uma “família de cachorros”. Pai alcoolista, não trabalhava e gastava em cachaça o dinheiro que

os filhos menores de idade ganhavam em seus trabalhos informais. A mãe, feita uma “cadela”, vendia os filhos quando estes estavam em idade produtiva e conseguiam render algum dinheiro para ela. Passou a relatar o ambiente onde aos dez anos foi viver como empregada de uma família, sem direito a estudar ou ter qualquer momento de lazer. Descreveu o quartinho dos fundos da casa e seus momentos de solidão. Ao tentar mostrar para o grupo como suportava tais situações de medo e angústias em noites solitárias, assumiu uma postura fetal.

O grupo, num silêncio sepulcral, começou a demonstrar, empaticamente, estar sentindo a dor, a angústia e a tristeza das vivências desta colega. Percebia-se esta resposta nos rostos contraídos, na postura de abraçarem-se a si próprios e nas lágrimas que existiam nos olhos de algumas pessoas.

No tempo que restava a porta-voz encerrou o grupo falando sobre não conseguir abraçar o marido nem os filhos, pois sentia muito medo de amar tais familiares e depois vir a perdê-los, como aconteceu em seu passado.

Ao anunciarmos o término do grupo, o que se viu foi as pessoas do grupo, uma a uma, espontaneamente, indo todos abraçar a porta-voz da solidão e do abandono.

Fazendo um breve comentário sobre o relato à luz do recorte teórico feito anteriormente, podemos destacar que o coordenador poderia ter eleito algum assunto trazido pelo grupo no transcorrer dos primeiros cinquenta minutos e não o fez. Conseguiu tolerar o estado de fuga do grupo até quase o final do encontro.

Amparado pelo aporte da complexidade, conseguiu comportar o estado de desorganização grupal provocado pelo vácuo, pelo caos, diante da ausência do emergente grupal. Tendo como referencial os

ensinamentos psicanalíticos, conteve seus desejos de eleger algum assunto que preenchesse o vazio diante da ausência do emergente grupal. A resultante foi que o grupo conseguiu construir um “emergente principal” denso, recheado de sentidos. Este estado de tensionamento grupal contribuiu para o surgimento de empatia grupal. Foram mobilizados sentimentos contratransferenciais intensos dentro do grupo, o que propiciou a criação de um campo vincular muito significativo e resultou no surgimento da “família grupo” a qual, atemporalmente, amparou e abraçou a porta-voz do grupo.

Terceiro Laço – tecendo aproximações entre as hastes do tripé teórico a partir da haste teoria da complexidade

E, por fim, abordaremos a última haste do tripé teórico dos grupos interativos, o “pensamento complexo” e o entrelaçamento com os demais corpos teóricos.

Conforme abordamos anteriormente, o “pensamento complexo”, de uma forma implícita, apregoa que os sujeitos não devem pensar no uno, ou apenas no uno, mas no multi, pois, o sujeito faz parte da sociedade assim como a sociedade faz parte do sujeito. Há um estímulo a tal postura de pensamento tanto pelo “sistema sujeito” quanto pelo “sistema social”. Porém, conforme comentado anteriormente neste capítulo, estas áreas do conhecimento apresentam algumas ferramentas de compreensão e operacionalização. No entanto, diante de sua incompletude teórica, possivelmente falte alguns instrumentos para realizar estas ações na prática em termos do desenvolvimento pessoal e social.

De forma complementar, propomos articular, colocar em discussão tal tema com as outras hastes – grupos operativos e teoria

psicanalítica no sentido de como atingir tal objetivo. Tecemos, deste modo, uma malha que aproxima todas as hastes, ao mesmo tempo em que preenche este espaço entre elas. Morin (2008b), ao abordar o caminho/percurso para montar-se uma estratégia no enfrentamento dos problemas, define o objetivo metodológico: “[...] ajudar a pensar por si mesmo para responder ao desafio da complexidade dos problemas.” (Morin, 2008b, p. 36). Baseados neste autor, destacamos que da tessitura das aberturas e fechamentos destas hastes originou-se um novo corpo, um “organismo tetraedro” que passou a se constituir como uma proposta teórico metodológica.

Ao fazermos uma tessitura do pensamento complexo com a teoria dos grupos operativos, esses, pelo viés do papel do emergente grupal, corroboram com a aplicabilidade e desenvolvimento de tais princípios e demais elementos da complexidade. Ou seja, o porta-voz do grupo ao usar de sua verticalidade e anunciar o emergente grupal provoca, através do efeito diapasão, a horizontalização de seus conteúdos pessoais com os conteúdos do grupo, provocando uma troca de elementos pessoais com o todo grupal. Assim, a unidade pessoal passa a fazer parte da unidade grupal, e a unidade grupal passa a fazer parte da unidade pessoal. Com essa ação, o porta-voz, por meio do emergente grupal, estará provocando na prática terapêutica um efeito hologramático grupal. Com isso, os integrantes do grupo experienciam um movimento de existirem em si, no uno e de se sentirem integrados, fazerem parte do todo, do multi, e, assim, a um só tempo, usufruírem de autonomia e serem respeitados como sujeitos, além de experienciar a dependência, ao precisarem do todo grupal.

Ao mesmo tempo podemos dizer que o ECRO pessoal passa, através da interação com o ECRO grupal, a interferir no mesmo, assim como o ECRO grupal passa a influenciar o ECRO pessoal. Des-

se modo, podemos dizer que ocorreu uma ação recursiva grupal. De forma complementar, à medida que o conflito, o conteúdo reprimido no inconsciente do sujeito, passa a ser aceito na consciência do uno e do multi, podemos dizer que o diferente passou a ser comportado no campo grupal, foi criado um ambiente sistêmico-complexo baseado na interação e na inclusão da dialógica no campo grupal. Isto é, cada um dos sujeitos do grupo passará a lidar com a nova cultura, a nova organização recursiva do grupo, de acordo com a sua nova lógica individual vigente.

Salientamos que no transcorrer do processo grupal, quando o porta-voz anuncia o emergente do grupo ele provoca uma desconfortação nos demais integrantes através do efeito diapasão. Com isso ocorrerá um movimento instável de organização/desorganização grupal. Para chegar-se a um nível maior de organização o grupo precisará lidar com incertezas, passar por momentos de desorganização para, ao apontar a solução da tarefa, atingir um nível mais evoluído de organização pessoal/grupal.

Na articulação entre o pensamento sistêmico complexo com a teoria psicanalítica colocamos como elemento central de reflexão o princípio da dialógica. Segundo os conhecimentos advindos do pensamento sistêmico complexo, Morin (2008a, p. 189), ao abordar o princípio da dialógica, afirma: “O termo dialógico quer dizer que duas lógicas, dois princípios, estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade: daí vem a ideia de ‘unidualidade’ que propus para certos casos.” O autor elucida e destaca a importância de comportarmos a existência do contraditório quer seja no “sistema individual”, ou entre os “diferentes sistemas”. Porém, tal “postura dialógica” impõe a necessidade de comportarmos tensionamentos. Alves e Seminotti

(2006) aplicaram estes conceitos nos pequenos grupos, pois entenderam que seriam frutíferos para entender esta microssociedade.

Na teoria psicanalítica, Freud (1959), em sua obra *Mais além do princípio do prazer*, definiu que o analista deve trabalhar em prol de ajudar o paciente a superar o princípio do prazer e assumir o princípio de realidade. Nesse capítulo ele discorre sobre a postura da instância psíquica, o Id, a qual segue o princípio do prazer, e a instância psíquica, o Ego, que segue o princípio da realidade, descreve sobre a postura do bebê em seu processo natural de desenvolvimento: nascer sob as premências instintivas baseadas na satisfação de necessidades internas sem se ater à realidade externa e aos limites da mesma. E o quanto as figuras parentais ou cuidadoras devem ajudar este bebê a comportar frustrações de seus desejos provocadas por realidades externas limitadoras. Porém, frequentemente ocorrem falhas neste processo de maturação. Quer seja devido ao “sistema individual” do bebê, quer seja devido a falhas provindas do “sistema familiar”. E aí esse bebê do passado poderá levar para uma realidade presente na vida do adulto, um núcleo conflitivo narcísico mal resolvido (instância do Id) provocando no “sistema individual” ou no “sistema familiar”, ou ainda, no “sistema social” grandes dificuldades para conviver com a “dialógica da vida”.

Conforme as conceituações básicas citadas anteriormente sobre a teoria psicanalítica – existência do inconsciente, possibilidade de regressão e possibilidades de elaboração de conflitos através da transferência no tempo presente, a ideia geral é que tal conflito narcísico encontre um espaço para poder se expressar e adquirir um novo sentido, ser ressignificado. Nessa direção, a teoria psicanalítica pode contribuir com os aspectos “individuais e sociais da dialógica” pela via da escuta humanizada, oportunizando a essa “criança interna” que

contém em si um “conflito narcísico” mal resolvido, trazer à tona um conjunto de sentimentos negativos (mágoa, revoltas, ódio), elaborá-los e se livrar dos mesmos. A partir daí esta pessoa, potencialmente, conseguirá vencer uma postura narcísica defensiva e aceitar mais as outras lógicas, dialógica, quer seja do seu “sistema individual”, “sistema familiar” ou “sistema social”.

Grupos interativos: um mergulho no tensionamento dialógico

Um exemplo advindo da prática: em um encontro grupal, um paciente melancólico trazia a sua angústia advinda de posições diferentes com o filho que detinha a sua interdição. O filho queria que o pai passasse a morar em um apartamento no mesmo prédio em que morava, pois isso facilitaria os cuidados com o mesmo. Porém, o pai não queria sair de sua casa. Após acolhimento do conflito o grupo passou a pesar os prós e contras da mudança. Paralelamente iam sendo dadas sugestões para solução do impasse. Só que o referido senhor mantinha postura rígida de não aceitar mudanças: sair de sua casa para uma experiência nova de morar em apartamento. Já estávamos no final do grupo e a tarefa de dar algum encaminhamento para o emergente que era “como lidar com ideias diferentes” parecia sem solução. Foi então que um dos participantes falou:

Acho que o fulano tem que continuar torcendo pro time dele (Grêmio) e manter a camisa do time dele. Aí o filho dele tem que continuar com a camisa do outro time que ele torce (Internacional). E aí botam por cima a camisa do time da nossa cidade e vão torcer pra Chapecoense.

Ancorado na sua fala o grupo conseguiu pensar e encontrar um encaminhamento para a tarefa. Nem a posição do filho iria se impor nem a posição do pai. Uma não anulava a outra. Foi sugerido que o pai alugasse sua casa por um tempo e com este aluguel alugaria o apartamento sugerido pelo filho. Após um tempo, se gostasse, ele compraria e se mudaria definitivamente para o referido apartamento.

Fazendo um comentário resumido sobre esta prática, o pai em conflito com o filho defendia a sua lógica de uma forma narcísica. Desconsiderava a existência da lógica, das razões do filho que queria que ele saísse da sua casa para ir morar em um apartamento. Aos poucos essa pessoa foi falando sobre suas dores, seus sofrimentos do passado e do presente. À medida que foi sendo escutado, recebendo um acolhimento para suas demandas, suas queixas, ele foi se acalmando. Ao ter sua “lógica” escutada, sem críticas, era como se a mesma estivesse sendo respeitada. Esse parece ter sido o ponto fundamental para ele começar a “escutar”, refletir e respeitar a lógica do filho. O momento que parece ter explicitado tal compreensão foi quando seu colega de grupo encontrou a terceira via. Em sua fala estava implícita a presença da dialógica – manter a camisa de seus clubes de origem (desejos narcísicos) e em cima da mesma colocar uma segunda camisa (realidade). Ou seja, buscar uma solução possível de acordo com o contexto, preservando suas lógicas, suas identidades.

E assim, à medida que o grupo fez do “limão a limonada”, a cultura grupal passou a comportar a ideia de que os antagonismos podem ser estimuladores e reguladores, que os “problemas são apenas problemas e precisam existir”. Ou seja, eles geram tensionamentos e predisõem o indivíduo a pensar e apontar solução para os mesmos,

e vivenciando este processo produzimos vida, portanto, não devemos eliminá-los da nossa condição humana.

A dinâmica dos GI e a produção de multi, inter e transdisciplinaridade

No sentido de explicitar os GI como uma proposta teórico-metodológica recursiva, busca-se complementar as reflexões anteriores de modo a clarear esta ação ecológica entre aspectos teóricos do GI e práticas realizadas pelos terapeutas do GDH.

Os GI proporcionam um exercício prático de multi, inter e transdisciplinaridade. Morin (2008c, p. 115) define a interdisciplinaridade como “alguma coisa orgânica”, uma “associação de disciplinas, por conta de um projeto ou de um objeto que lhes sejam comuns”, que em determinados momentos colaboram na resolução de problemas, e, em outros, “estão em completa interação, para conhecer esse projeto e esse objeto, como no exemplo da hominização”. Na sequência, o autor cita a “coisa orgânica” que ganha vida a partir de noções-chave como a cooperação, e que se dá por meio de um objeto ou projeto comum. No momento em que atravessa as disciplinas, as deixa em transe e origina os “complexos de inter-multi-transdisciplinaridade, que realizam e desempenham um fecundo papel na história das ciências”. Os GI oportunizam uma aproximação em que cada profissional, ao se unir ao todo, passa a integrá-lo, constituir parte deste todo, agregando saberes que permeiam o seu campo profissional e refletem experiências de vida pessoais, oportunizando a construção de um projeto em comum, entendido como o tipo de grupo que será o objeto de ação. Para Morin (2008c, p. 110), “[...] a constituição de um objeto e de um projeto, ao mesmo tempo interdisciplinar e transdisciplinar,

é que permite criar o intercâmbio, a cooperação, a policompetência [...]” e que, portanto, envolve todos os participantes.

Os GI apresentam um funcionamento recursivo tanto em suas ações teóricas quanto práticas. Ao olharmos para as práticas percebemos que, quando o porta-voz do grupo anuncia o emergente grupal e provoca o efeito diapasão no grupo (integrantes dialogam em torno do assunto proposto), este provoca uma interação dos ECROS pessoais dos integrantes do grupo. Estes ECROS pessoais são constituídos por aspectos racionais, “supraestruturais” e aspectos emocionais “infraestruturais”, e representam a forma como as pessoas aprenderam a olhar e a lidar com as diversas situações de vida (Pichon-Rivière, 2005), podemos dizer que são os “conhecimentos pessoais” que elas detêm para operarem com suas vidas. Ocorre neste momento uma troca de “conhecimentos humanos”, e retornamos a Morin (2008b, p. 93) quando ele afirma: “Há um conhecimento que é compreensível e está fundado sobre a comunicação e a empatia – simpatia mesmo – intersubjetividade”, percebemos a importância desta forma de “conhecimento infraestrutural” ou emocional. Um dos desdobramentos da interação entre os ECROS pessoais é a constituição do ECRO grupal. Podemos dizer que os conhecimentos dos ECROS pessoais são introduzidos no ECRO grupal e que os conhecimentos do ECRO grupal são reintroduzidos nos conhecimentos dos ECROS pessoais recursivamente dentro de um sistema aberto e fechado. Portanto, nas práticas dos GI ocorre uma “transdisciplinaridade supra e infraestrutural”.

Retomando o exemplo citado anteriormente, advindo da prática com grupos: a paciente trouxe sua história de vida em que seus pais lhe venderam para uma família distante. Relatou todo o sofrimento que passou servindo de “escrava” nesta família, a solidão e medo vivenciados neste período. O grupo acompanhou o relato em silên-

cio por cerca de 50 minutos. Ao final, a paciente que foi a porta-voz do grupo encerrou o relato em prantos, os demais integrantes, um a um, se levantaram e foram abraçá-la. Ocorreu ali uma “comunicação para a consciência” da porta-voz e demais integrantes do grupo de conteúdos emocionais profundos, “infraestruturais”, que até então estavam recalcados na instância psíquica do inconsciente. Podemos afirmar, seguindo os autores citados, que naquele momento houve uma “transdisciplinaridade emocional”, ou seja, a consciência pessoal e grupal pôde acessar a um “novo conhecimento” que até então não continha (Severo; Seminotti, 2007).

Do ponto de vista teórico, cognitivo, citamos um exemplo em um grupo de estudo em que abordávamos o tema relativo ao “esquema do cone invertido” (Pichon-Rivière, 2005, p. 268). Servia como referencial provindo da prática um relato de sessão grupal no qual uma paciente, porta-voz do grupo, trazia a sua dor diante da perda de um filho. Neste relato sobressaia a resposta de uma integrante do grupo que insistentemente tentava acalmar aquela mãe com frases do tipo: “Era a hora dele. A senhora não deve chorar. Daí ele não consegue descansar lá onde ele está...”. Diante destes comentários surgiram discussões no grupo de estudos em torno da necessidade da mãe enlutada chorar a morte do filho e o funcionamento, o papel desempenhado pela “integrante calmante”. Uma profissional, usando de seu “ECRO acadêmico”, comentou que a “integrante calmante” fazia comentários com “pertinência”, estava confortando a colega de grupo. Outra profissional, seguindo seu referencial acadêmico falou: “Só que ela estava atrapalhando a pessoa enlutada de exteriorizar sua dor da perda, poder chorar. Era isto que ela estava precisando.” Um terceiro profissional definiu a postura da “integrante calmante” como estar exercendo um papel de “pertinência com fuga”. Ou seja, percebemos

que de forma complementar os integrantes do grupo de estudo, usando de seus “ECROS acadêmicos” construíram um novo elemento até então não existente. Houve uma transdisciplinaridade e, com isto, foi produzido um conhecimento novo, um novo organizador grupal, o qual foi denominado de “organizador da pertinência com fuga”.

Considerações finais

O GI é sustentado por um tripé teórico formado pelas hastes: teoria psicanalítica (Freud, 1959), técnica dos grupos operativos (Pichon-Rivière, 2005) e pensamento complexo (Morin, 2007, 2008). Tecer aproximações entre estas hastes, no referencial de apoio, conduz a um movimento que opera neste corpo de conhecimentos. A articulação entre a teoria e a prática produz, de uma forma recursiva, novos conhecimentos.

Esses novos conhecimentos, resultantes da tessitura das aberturas e fechamentos dos corpos de conhecimentos entre as hastes, constitui-se em um “organismo tetraedro”, o qual denominamos de proposta teórico metodológica do GI.

Os GI utilizam o conhecimento como uma ferramenta para a produção de humanidade. Seguindo a ideia do desenvolvimento, procuram trabalhar com a Educação Permanente como forma de contribuir para o fortalecimento pessoal e profissional capacitando os profissionais que o utilizam a tornarem-se coordenadores de GI.

O coordenador compreende o processo grupal, interpreta o emergente e direciona o grupo para a resolução da tarefa. Para tanto, utiliza-se de humanidade, estabelece uma relação horizontalizada com os participantes, formando uma família por opção, e convida

todos a deixarem o “coração e a alma falarem”. Suporta o silêncio que produz certo grau de ansiedade, porque o traduz como uma etapa preparatória para acessar emoções profundas dentro do grupo. Opera a ordem e a desordem de modo a tornar produtivo o ambiente grupal.

Os GI buscam a promoção de saúde. Para tanto, trabalham em grupo os problemas inerentes ao processo de viver a vida, no sentido de buscar solução para os mesmos. Neste processo, a meta é transformar a energia dispersa, que faz parte do estar vivenciando um problema que precisa ser resolvido, em energia aproveitável, que faz parte do estado gerado diante da solução do problema.

O ECRO pessoal se desenvolve, contribuindo com o ECRO grupal durante o GI. O sistema individual passa a integrar e interagir no sistema grupo, e esse todo retroage sobre as partes, interagindo dentro de uma postura hologramática. O movimento de organização e desorganização vivenciado no grupo permite que cada sujeito afete e seja afetado pelo grupo, sendo produto e produtor em busca de seu desenvolvimento pessoal e social.

Referências

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. O pequeno Grupo e o Paradigma da Complexidade em Edgar Morin. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 113-133, 2006.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____. **Experiências com grupos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. Notes on Memory and desire. **Revista de Psicoanálisis**, Buenos Aires, v. 26, p. 679-92, 1969.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2019.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____ et al. Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na Rede de Políticas Públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos. In: _____; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2019.

_____; SEMINOTTI, N.; LEITE, J. C. Protocolo de Observação: uma estratégia para capacitação em coordenação de grupo. In: SEMINOTTI, N. (Org.). **O Pequeno grupo como um Sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na AB**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/o-pequeno-grupo-como-um-sistema-complexo-pdf/view>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Delta, 1959.

MORIN, E. **Cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2008c.

_____. **Ciência com consciência**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Meridional, 2007.

_____. **O método 3: conhecimento do conhecimento.** 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2008b.

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

SEMINOTTI, N. (Org.). **O Pequeno grupo como um Sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na AB.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

_____; BORGES, B. G.; CRUZ, J. L. O pequeno grupo como organizador do ambiente de aprendizagem. **Psico-USF**, Itatiba, v. 9, n. 2, p. 181-189, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712004000200009&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 31 jan. 2019.

SEVERO, S.; SEMINOTTI, N. O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psico-USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 52-78, out./dez. 2007.

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

SEGUNDA PARTE

Contribuições dos Grupos de
Desenvolvimento Humano para
as políticas de saúde

Grupos de Desenvolvimento Humano como prática de promoção da saúde mental na Atenção Básica

Cristina dos Santos Padilha

Bruna Bertollo

Maria Elisabeth Kleba

Ao analisar os modos com que as sociedades, ao longo de sua trajetória histórica, têm lidado com as questões de saúde e doença, constata-se que, na grande maioria dos países, foram criados sistemas e serviços de saúde por meio dos quais o cuidado passa a ser atribuição e responsabilidade de instituições (públicas ou privadas) organizadas para essa finalidade. Esse modelo, no qual se prioriza o atendimento hospitalar, tornou-se hegemônico não apenas para o atendimento de situações de sofrimento físico, mas também para problemas relativos à saúde mental ou social.

No âmbito da saúde mental, a partir da década de 1980, organiza-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica, articulada ao Movimento da Reforma Sanitária e seguindo os princípios da Psiquiatria Democrática Italiana, o qual defende a desinstitucionalização dos processos terapêuticos e a inclusão dos usuários nos espaços convencionais da sociedade. No entanto, a desinstitucionalização requer mudanças não apenas nas instituições hospitalares, mas também em outros pontos da rede de atenção, bem como, no contexto no qual o processo terapêutico ocorre, de que todos os envolvidos possam ser

parceiros na construção de novos saberes e fazeres em saúde mental (Consoli; Hirdes; Costa, 2009).

A trajetória de desinstitucionalização das práticas de saúde requer, primordialmente, que o olhar dos profissionais contemple, antes da enfermidade, uma existência em sofrimento e sua relação com o social e também o entendimento da saúde e da doença como um processo socialmente determinado. A desinstitucionalização vem reivindicar, portanto, práticas territorializadas de atenção ao somático e ao psíquico, visando a perceber a existência do indivíduo que procura ajuda médica, como uma totalidade biopsicossocial, e assisti-lo, integrando cuidados com o corpo, com a mente, com o meio ambiente, considerando os impasses sociais, materiais e imateriais que afetam sua saúde.

No âmbito da saúde mental, desinstitucionalização é um processo amplo e mais complexo que desospitalização, é quase um fim a ser perseguido pelos militantes da reforma psiquiátrica. Isso para não se perder de vista que os serviços substitutivos podem continuar perpetuando a lógica manicomial que foi marcada por internações prolongadas, favorecendo a segregação das pessoas com transtornos mentais do espaço familiar e social (Waidman; Jouclas; Stefanelli, 2002).

No Brasil, apesar dos esforços para consolidar uma política pública de saúde que estabelece entre suas diretrizes e princípios primordiais a integralidade da atenção à saúde, destacando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos por meio de ações intersetoriais, muitos profissionais dessa área advêm de uma formação na qual predomina o modelo biomédico, com foco nas ações curativas, estas, em sua maioria padronizadas e instituídas no cotidiano da assistência de forma acrítica, não consideram tampouco respei-

tam a subjetividade do sujeito que “é plural, polifônica, sem nenhuma instância dominante de determinação” (Benevides, 2005, p. 23). Daí resultam dificuldades em acolher demandas de pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica propõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços territoriais. Nesse sentido, o lugar ideal para o tratamento dos doentes, usuários de drogas, violentados, ansiosos, deprimidos, é o bairro, a família, a comunidade e as Unidades Básicas de Saúde de seu território. Para Consoli, Hirde e Costa (2009), as Unidades Básicas de Saúde devem acolher usuários em sofrimento psíquico, oferecendo ações assistenciais específicas, fortalecendo recursos da comunidade e articulando outros serviços, de modo a constituir uma rede de atenção à saúde mental no território. Esses autores salientam a necessidade de trabalhar com a comunidade, para que essa aprenda a conviver com as diferenças, ao mesmo tempo em que possa se sentir apoiada em situações críticas ou vulneráveis.

Vale destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a descentralização, a atenção integral e a participação da comunidade como diretrizes para a organização dos serviços e processos de trabalho no campo da saúde (Brasil, 1988), instituindo entre seus dispositivos estruturantes diferentes políticas e programas. Entre esses, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se define como um conjunto de serviços voltados à produção da atenção integral à saúde, a qual deve considerar as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, mas, também, reconhecer os múltiplos determinantes que afetam sua condição de saúde no atendimento de suas necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais. A resolutividade, um dos princípios do SUS e uma das diretrizes da PNAB, destaca a utilização e articulação de

[...] tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. (Brasil, 2017, p. 227).

Por sua vez, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2017, p. 8) instituiu como um de seus objetivos, o apoio ao “[...] desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver [...]” e incluiu entre seus valores fundantes a humanização, salientando-a como elemento essencial para a evolução do ser humano, que implica na interação com o outro e seu meio ambiente. Para tanto, os profissionais de saúde devem construir práticas ancoradas na integralidade do cuidado, valorizando e promovendo o aperfeiçoamento de habilidades e atitudes que favoreçam a construção de condições melhores e mais humanas de vida.

Entre seus princípios, a PNPS estabelece a autonomia e o empoderamento, que se referem, respectivamente, à “[...] identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias [...]”; e “[...] ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições sócio-econômico-culturais.” (Brasil, 2017, p. 7).

Na década de 1990, com vistas à reorientação do modelo assistencial no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual se apresenta atualmente como dispositivo prioritário na implementação da Atenção Básica, articulado às diferentes políticas e programas ministeriais. Esse também é o caso da Política

de Saúde Mental, que tem como diretrizes o tratamento continuado, o acolhimento e as ações coletivas. No campo pós-manicomial, a clínica está comprometida com a vida, com uma subjetividade livre, com uma maneira de viver e de existir orientada para a justiça, para a liberdade, para a multiplicidade (Amarante; Lancetti, 2006).

As aproximações entre Saúde Mental e Saúde da Família são tecidas também por Tânia Maris Grigolo (2012), que analisa os conceitos comuns compartilhados por esses dois campos de práticas: território, rede, vínculo/responsabilização, autonomias possíveis. O apoio matricial para a saúde mental na ESF se dá por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tal apoio resgata a complexidade dos problemas de saúde e desmistifica os saberes especializados, já que cada caso demanda vários olhares. Estimular a ampliação da clínica, acolhendo a dimensão subjetiva, resultaria, assim, no aumento da capacidade resolutiva das ESF's, evitando a cronificação dos casos e a “ambulatorização”, na medida em que se evita o encaminhamento a partir do acolhimento e do vínculo com o profissional de referência, no cuidado longitudinal.

Buscando aprimorar o cenário da saúde mental no Brasil, resgatam-se aqui algumas ideias de Franco Rotelli (1991), que, em entrevista sobre os serviços de Trieste, após a Reforma Psiquiátrica Italiana, comenta que a palavra de ordem lá, naquele contexto, era “manter a porta aberta”, e não se refere apenas à porta física, mas também à disponibilidade dos profissionais de saúde. Manter a porta aberta significa não se fechar no diagnóstico ou em julgamentos, não se inundar de instrumentos teóricos e técnicos para invalidar o outro, para excluir, para negar a autenticidade da experiência do indivíduo.

Compreende-se então que manter a porta aberta é dar ouvidos às necessidades do sujeito, mas, também, reconhecer e valorizar seus saberes e experiências, sem os pré-conceitos usualmente atrelados às demandas de saúde mental, e estar preparado para descer com o mesmo nas profundezas do seu sofrimento, visando ajudá-lo a sair de lá fortalecido para enfrentar as demais adversidades da vida. O indivíduo precisa falar e ter em sua frente alguém capacitado e humanizado para lhe escutar, precisa algo para além da medicação e diagnósticos.

A farmacologia perdeu prestígio a despeito de sua eficácia. Havia prendido o sujeito na ilusão da cura, de curá-lo da própria essência na qual o sofrimento faz parte, prometeu fazer mais do que suspender os sintomas e mudar a existência do sujeito. Entretanto, os excessos da farmacologia foram denunciados justamente por aqueles que antes acreditavam em sua eficácia absoluta, mas que perceberam que a mesma não dá conta de resolver seus sofrimentos sem associação com outras formas de tratamento, como a psicoterapia (Roudinesco, 1999).

Só é possível manter a porta de um serviço aberta se existir uma cultura de acessibilidade na equipe, um nível de disponibilidade para além de determinado limite imposto. Diante de tais proposições, são inevitáveis questionamentos emergentes do fazer cotidiano daqueles atores que se dedicam a operacionalizar ideias revolucionárias: que dispositivos a Saúde Coletiva têm utilizado para responder às demandas da Clínica da Reforma Psiquiátrica, de integração da diferença e da construção da cidadania? Como promover saúde e saúde mental? Como as ações desenvolvidas na Atenção Básica podem contribuir para a conformação desse campo pós-manicomial? Como oferecer espaços de produção de saúde que levem em conta a cultura dos usu-

ários – cidadãos que utilizam um recurso público? Como ser contigente, oferecendo acolhimento e escuta? Como contemplar necessidades dos usuários e necessidades da equipe?

Grupos como espaços de promoção da saúde mental na Atenção Básica

Às inquietações anteriormente levantadas, o Grupo de Desenvolvimento Humano busca construir respostas. O GDH se constituiu no município de Chapecó a partir de 2012, com vistas a ofertar um espaço, num primeiro momento, de escuta para os usuários com Transtornos Mentais Comuns na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Além disso, busca ofertar suporte, em formato de matriciamento, para os profissionais que acolhem as demandas de saúde. O GDH se configura como uma ação em que o usuário possa, antes de usuário, ser humano, e os profissionais de saúde possam, antes de profissionais de saúde, serem humanos também, compartilhando sentimentos genuínos, angústias e dilemas existenciais. Um coletivo de pessoas que, juntas, constroem respostas para questões primordiais da vida e lutam por uma existência melhor.

A proposta do GDH vem ao encontro de diretrizes e princípios das políticas atuais que orientam a organização e o funcionamento dos serviços na área da saúde no Brasil. Mais ainda, amplia sua potência de intervenção, à medida que os atores implicados promovem a articulação e cooperação intra e intersetorial, fortalecendo a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como, o diálogo e o trabalho conjunto com as demais redes de proteção social.

Entretanto, sua implementação ainda enfrenta diferentes desafios. Um desses é a compreensão de sua potência como dispositivo de mudança do modelo assistencial, que requer apoio efetivo por parte da equipe de gestão, tanto em relação aos recursos materiais quanto à sua institucionalização como estratégia prioritária na organização dos processos de trabalho das unidades de saúde. Uma estratégia mobilizada pelo GDH nessa direção foi sua inclusão como pauta na elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021, principal instrumento de gestão em nível local. Isso contribuiu para dar mais visibilidade ao trabalho desenvolvido, mas requer ainda estratégias de mobilização política para que os recursos possam ser efetivamente aplicados conforme previsto no Plano.

Outro desafio é mais reconhecimento por parte dos demais profissionais dos serviços não envolvidos diretamente no trabalho com o GDH, necessário para que a implementação dos grupos possa ser priorizada na organização dos processos e espaços em nível local. Compreende-se que isso requer perseverança e estratégias em médio prazo, incluindo a capacidade de o GDH dar visibilidade aos impactos produzidos no trabalho com grupos, com instrumentos e formatos criativos e inovadores capazes de expressar as dimensões objetivas e subjetivas envolvidas nesse tipo de trabalho.

Um terceiro desafio se refere às diferentes linguagens e perspectivas de atuação prática implicadas na constituição dos grupos, uma vez que os profissionais envolvidos em sua coordenação e implementação provêm de diferentes áreas (saúde, assistência social, educação e justiça/cidadania) e cursos de formação (como Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Medicina, Psicologia, Serviço Social, entre outros). Essa diversidade de formação dos profissionais implica não apenas em diferenças em relação à com-

petência para trabalhar com grupos, pouco desenvolvida em alguns desses cursos durante a formação, mas também implicações relativas ao trabalho em equipe, de natureza inter e/ou transdisciplinar. Isso exige atitudes dialógicas como abertura, confiança e humildade. Nessa direção, Benevides (2005) salienta a necessidade de diálogo entre os diferentes campos de saber, compreendendo que a transversalidade se dá na

[...] relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. É entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível. (Benevides, 2005, p. 23).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca a intersetorialidade como um dos princípios relevantes na promoção da saúde, na perspectiva da “articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”; e a integralidade, como intervenções “[...] pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais.” (Brasil, 2017, p. 8). Para que seja efetivamente implementada, a PNPS inclui entre seus objetivos eixos operacionais e temas prioritários à promoção de processos de educação permanente, envolvendo formação e desenvolvimento profissional, de modo que sejam incentivadas entre gestores e trabalhadores do SUS e de outros setores atitudes permanentes “[...] de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.” (Brasil, 2017, p. 9).

Processos de produção grupal na perspectiva do desenvolvimento humano

Na Atenção Básica os grupos são organizados a partir do encaminhamento de usuários por profissionais das equipes da ESF. Cada grupo integra em média 15 usuários, sendo conduzido por dois ou três profissionais, coordenadores do grupo, os quais participam de processos de formação e educação permanente, com vistas a atender as demandas próprias dessa proposta de trabalho. O processo grupal é desenvolvido em encontros semanais, durante três ou quatro meses, com a possibilidade de os usuários prolongarem sua permanência se inserindo em outros grupos em formação.

O que atrai os usuários para os Grupos de Desenvolvimento Humano? Nesse momento se resgata a visão de Carl Rogers, psicólogo estadunidense que desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa, trabalhando com grupos nas décadas de 1960 e 1970 e, da mesma forma, questionou-se acerca da motivação psicológica que leva os pacientes a se reunirem num trabalho coletivo. Para Rogers (2017), o que atrai os pacientes para grupos é a necessidade de algo que a pessoa não encontra no seu cotidiano convивencial, seja no trabalho, seja na igreja, seja na escola ou universidade tampouco na vida familiar moderna: é a ânsia de relações reais e íntimas, nas quais os sentimentos e emoções podem ser expressos de forma espontânea, sem uma prévia e cuidadosa censura ou contenção. Nessas relações é possível compartilhar experiências profundas, desencantos e alegrias, correr o risco de provar novas formas de agir, em que a pessoa pode se conhecer e se aceitar, se desenvolver (Rogers, 2017).

Os Grupos Interativos (GI) que estão no escopo da proposta do GDH se baseiam no pressuposto de que o ser humano se desenvolve

a partir de seus vínculos e de suas inter-relações, os quais possibilitam o sentimento de amar e de ser amado, a possibilidade de se reconhecer como sujeito e de ser recompensado em suas necessidades, mas, ao mesmo tempo, lhe condenam às inevitáveis frustrações e ao sentimento de incompletude. Dessa forma, problemas e crises podem proporcionar crescimento e desenvolvimento e seu potencial propulsor de autonomia requer o acolhimento dos sentimentos que acompanham as pessoas ao longo de seus ciclos vitais.

Essa proposta de trabalho com grupos visa desconstruir saberes e práticas cristalizados e propor reconstruções de olhares a partir do referencial da Teoria Psicanalítica, dos Grupos Operativos e da Teoria da Complexidade, buscando justamente a coconstrução do conhecimento interdisciplinar, valorizando não só o conhecimento científico, mas, sobretudo, o conhecimento empírico, fruto das experiências de vida dos sujeitos do acontecer grupal, tanto profissionais quanto usuários. Todos, usuários e profissionais, estão em permanente mudança e desenvolvimento e o grupo é uma ferramenta que auxilia tal desenvolvimento. Nesse jogo grupal, cada movimento redefine o anterior, possibilitando modificar/ressignificar até o último momento as experiências relatadas.

A função do coordenador é possibilitar condições de produção grupal. Um grupo centrado na tarefa de trabalhar os sentimentos deve poder trabalhar na direção de abrigar/acolher a subjetividade do sujeito. Um grupo não será um grupo se não acolher o sujeito, a cada um dos integrantes e, para poder acolher o outro, o profissional tem que se trabalhar como coordenador, trabalhar suas barreiras relativas à capacidade de acolher o outro, trabalhar seu narcisismo, sua capacidade de espera, suas marcas. Os coordenadores buscam sustentar o convite de jogar o jogo grupal, suportar o porvir, a incerteza, encon-

trar um sentido. Tolerar uma resposta que não é imediata, dar um sentido que fecha a experiência do significado, introduzir a complexidade do mundo relacional. Essa adaptação ativa à realidade implicará, em Pichon, no conceito de saúde. Não como um ajuste do sujeito ao meio, o que implicaria a perda da subjetividade, ao mesmo tempo em que o meio também pode estar adoecido. Mas, adaptação ativa, no sentido de o sujeito realizar a atividade psíquica transformadora, rompendo recursos estereotipados com fins de evitar certas relações. No grupo, o heterogêneo é necessário e incômodo. Ao mesmo tempo em que pode produzir alguma mudança, incomoda. Justamente por isso faz as pessoas questionarem suas identidades (Klein, 2017).

Roudinesco (1999) aponta que a sociedade democrática moderna deseja eliminar a realidade do infortúnio em nome do sucesso econômico, tentando acabar com a ideia de conflito social, passando da era do confronto para a era da evitação. O que fica claro com a alta incidência de prescrição medicamentosa para pequenos percalços da vida, que exigem do sujeito sua humanidade para enfrentar, mas que seduzido com a promessa de cura e/ou alívio imediato de seu sofrimento, advinda da indústria farmacêutica, opta, sem muito questionar, pela medicalização da vida.

Nessa direção, Ignácio e Nardi (2007) enfatizam o consumo de psicofármacos (antidepressivos e ansiolíticos, principalmente) como importante dispositivo de medicalização da vida, o qual tem se revelado como uma das principais tecnologias de cuidado em muitos municípios brasileiros. Reconhecido pela população como veículo de acesso à saúde, a partir do que essa apreendeu e construiu sua concepção sobre o que seja saúde (prestação de serviços, com destaque ao acesso a medicamentos e equipamentos), tal consumo produz sentimentos de pertencimento e de normalização, socialmente legitimados.

Podemos dizer também que o silenciamento, como forma de controle biopolítico, desconecta as pessoas e inibe as formas coletivas de resistir enquanto que a medicalização se apresenta como uma forma de (não) enfrentamento, sem que outras possibilidades estejam investidas efetivamente na vida dos sujeitos. O consumo de psicofármacos é, portanto, uma tecnologia de si que se encontra intensificada e naturalizada nos corpos, a qual passou a definir as condições de saúde de uma sociedade ao silenciar os corpos. (Ignácio; Nardi, 2007, p. 94).

Além disso, no cenário da Atenção Básica e da Saúde Coletiva, os profissionais, em geral, são “engolidos” por excessivas demandas de trabalho e, quando a Estratégia Saúde da Família não é executada de acordo com os preceitos da Política Nacional de Humanização, dentre esses o acolhimento, a ambiência e a clínica ampliada e compartilhada, muitas vezes se configuram práticas de saúde que se restringem a atendimentos ambulatoriais, centrados na queixa-conduta.

A atenção integral e resolutiva requer a escuta qualificada dos profissionais de saúde. A equipe de Saúde de Família, que se propõe a realizar o cuidado longitudinal das famílias de seu território de abrangência, tem como diferencial a possibilidade de trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos. Nessa perspectiva, a incorporação da dimensão subjetiva e das condições sociais se faz imprescindível para a análise das condições de saúde, além dos aspectos biológicos.

O Grupo de Desenvolvimento Humano cria esse *setting* grupal para incorporar a dimensão subjetiva como parte da atenção integral aos sujeitos em sofrimento, possibilitando à angústia suas expressões verbais. Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família percebem, assim, o quanto o alívio decorrente da expressão de sen-

timentos, do pensar acerca da própria história de vida e do aprender a solucionar os problemas próprios do existir humano diminuem os sofrimentos do corpo, diminuem as queixas somáticas, diminuem a procura de consultas médicas e seus subsequentes encaminhamentos e medicamentalizações.

Na Estratégia Saúde da Família de Chapecó, os Grupos de Desenvolvimento Humano têm se mantido como tecnologia de cuidado ofertada regularmente, desenvolvida por diversas especialidades da saúde, partindo do pressuposto de que o envolvimento com a saúde mental dos usuários é competência de todos os profissionais, sobretudo daqueles que estão permanentemente no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde e que podem manter o cuidado longitudinal e cotidiano dos usuários, quer sejam médicos, dentistas ou enfermeiros.

A maioria dos usuários que participam desses coletivos grupais são pessoas que padecem de transtornos mentais comuns, como episódios de depressão, ansiedade ou somatizações. São frequentes, também, pessoas em processo de luto, diabéticos e hipertensos descompensados, mesmo mantendo o tratamento convencional, e até mesmo pacientes com transtornos mentais mais severos que fazem acompanhamento psiquiátrico na rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas que estão estabilizados e complementam seu tratamento na Atenção Básica.

Os grupos são democráticos, acolhem qualquer sujeito, independentemente de sua cor, religião, de onde venha ou onde pretenda ir. O que liga os sujeitos envolvidos são suas histórias de vida, que, ao serem compartilhadas, num processo de espelhamento, tornam-

-se campo produtivo de afeto e continência, gerando a terapêutica grupal.

No início do trabalho grupal, os profissionais da Estratégia Saúde da Família, por conhecerem os usuários e seus sintomas, não raras vezes se sentem fracassados, disponibilizando consultas e medicamentos que em nada contribuem para solucionar a permanente queixa daqueles que procuram alívio para seus padecimentos. O que estes usuários que não melhoram estão querendo dizer? Ao longo dos três ou quatro meses em que participam dos grupos, esses usuários dizem muitas coisas: contam sua história, como são suas relações, como gostariam que fossem suas famílias, os projetos de vida que fracassaram, as pessoas importantes que perderam, as negligências e abandonos vivenciados, a impotência e a vergonha, as culpas carregadas e atribuídas, os medos e incertezas enfrentados e uma infinidade de sentimentos complexos e histórias de vida que se entrelaçam na trama de relações oportunizadas pelas trocas grupais. E o remédio para todas essas narrativas? A escuta acolhedora, o imperativo grupal de respeito ao sentimento do outro, de não julgamento, afinal, naquele cenário cada um funciona como um espelho para os demais.

Com o passar do tempo e o fortalecimento que sobrevém da expressão dos sentimentos, os usuários começam a dizer outras coisas: a percepção de que os problemas já não são tão angustiantes, a aceitação de que não existe controle sobre muitas questões da vida, a possibilidade de reconhecer os erros próprios e alheios, o desejo de fazer diferente, os sonhos perseguidos, as realizações, a necessidade de seguir, sempre, não importa sob quais condições.

Na horizontalidade e sem figuras soberanas, o grupo se constrói sob a realidade da vida, mas com o eterno desejo de melhorá-la

através do desenvolvimento pessoal, que acontece de forma ímpar. Alguns mais expressivos com palavras, outros mais expressivos com o silêncio que, para Rogers (1999), é totalmente aceitável, desde que a inexpressão do sofrimento não seja uma forma de resistência que se opõe ao desenvolvimento humano. O sujeito identificado com certa fragilidade está sujeitado, é preciso que ocorra uma desidentificação, com algumas limitações, para o que são necessárias lógicas baseadas na alteridade, na inclusão e apropriação das diferenças, da singularidade, da subjetivação (Klein, 2017).

Outro efeito proporcionado pela participação dos usuários nos Grupos de Desenvolvimento Humano é o fortalecimento comunitário, pois os usuários constroem uma intimidade que antes não tinham, uma cumplicidade e uma solidariedade que vai além do *setting* grupal. É comum as pessoas relatarem iniciativas de encontro no além grupo, estreitamento de relações de vizinhança e surgimento de amizades a partir das identificações promovidas pelo coletivo de pessoas que confiam e contam com a ajuda do outro.

Algumas considerações finais

Os Grupos de Desenvolvimento Humano trouxeram importantes avanços para o cenário da saúde mental na Atenção Básica no município de Chapecó, entre os quais se destacam: aumento do acesso à atenção; redução de encaminhamentos para a atenção especializada; adesão dos usuários à proposta ofertada; uso racional de medicamentos; acolhimento da história de vida dos usuários (e não somente de seus sintomas); e empoderamento dos mesmos, para que estes se constituam nos protagonistas de seu próprio cuidado.

Por sua vez, os profissionais que desenvolvem esse trabalho de grupos na Atenção Básica têm contribuído para fortalecer a Estratégia Saúde da Família como um programa de saúde mental repleto de potências, sobretudo no tocante à capacidade de fortalecimento e desenvolvimento dos atores partícipes do jogo grupal. Acredita-se que atuando desta maneira contribuem para a consolidação de práticas de saúde territorializadas, que valorizam a cultura local e a inclusão das diferenças.

Apesar dos avanços, compreende-se que há muitos desafios ainda pela frente, com destaque ao reconhecimento da gestão e dos demais profissionais da rede de atenção à saúde, necessários para consolidar e fortalecer a proposta no município. Outro desafio é o trabalho compartilhado pelos coordenadores dos grupos, os quais provêm de diferentes áreas e cursos de formação, o que implica ressignificação de linguagens, além da apropriação e da criação de práticas coerentes com a proposta teórica que fundamenta a composição dos Grupos Interativos na perspectiva do desenvolvimento humano.

Apesar disso, essa experiência tem instituído novas formas de agir e de se relacionar, envolvendo profissionais, usuários e gestores da atenção à saúde, constituindo brechas que abrem possibilidades na direção de um modelo assistencial mais coerente com os princípios e diretrizes do SUS, favorecendo, ainda, a promoção da saúde mental como responsabilidade compartilhada no território da Atenção Básica.

Sustenta-se, ainda, que os Grupos de Desenvolvimento Humano são consonantes às práticas necessárias para a construção da clínica pós-manicomial, aquela que, segundo Basaglia (2005), coloca a doença entre parênteses para que possamos nos ocupar da pessoa, do

sujeito real em suas circunstâncias e experiências concretas, subjetivas e objetivas. Essa clínica é também a clínica da saúde mental que, nas palavras de Lancetti (2008), está obstinada em gerar uma subjetividade cidadã e livre.

Referências

AMARANTE, P.; LANCETTI, A. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=579494&id=16434803&idBinario=16434817>>. Acesso em: 30 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 14, n. 1, p. 117-128, 2009.

GRIGOLO, T. M. **Workshop Rede de Atenção em Saúde Mental e Álcool e outras drogas**. Florianópolis: Telessaúde, 2012. Disponível em: <<http://telessaude.ufsc.br/>>. Acesso em: 15 set. 2011.

KLEIN, R. **Grupo operativo**: coordinación, clínica, formación. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2017.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 88-95, 2007.

ROGERS, C. R. **Grupos de Encuentro**. 3. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2017.

ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli. In: DELGADO, J. et al. **A loucura na sala de jantar**. Santos: Resenha, 1991.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

WAIDMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 97-100, 2002.

Grupos como espaços de educação permanente em saúde: reflexos do prisma da formação

Fernanda Karla Metelski

Carine Vendruscolo

Gessiani Fatima Larentes

Vivanceli Brunello

O presente capítulo tem como propósito relatar os diálogos ocorridos durante o “Simpósio Municipal de Trabalhos com Grupos: potencialidades dos grupos interativos nas políticas públicas”, realizado no dia 14 de junho de 2018, o qual teve por objetivo discutir aspectos inerentes à Atenção Básica e movimentos de educação permanente na Secretaria de Saúde de Chapecó, que culminaram na criação da ação “Grupo de Desenvolvimento Humano” (GDH). Durante a terceira mesa do evento, o diálogo estabelecido foi acerca de nuances que colaboram para que ações como o GDH sejam consolidadas em Chapecó e compartilhadas com outros municípios da Macrorregião Oeste de Santa Catarina.

Profissionais e gestores que ousam reconfigurar a organização de seus fazeres a partir de uma relação dialógica pautada em saberes, são pessoas que, como o arco-íris, dão vida e um novo colorido às ações em saúde, especialmente naqueles momentos em que os problemas do cotidiano, as dificuldades paralisantes, desafiam e sugam a energia vital. Empenho e perseverança são algumas das características que as “pessoas arco-íris” carregam em sua bagagem. Elas olham

para a sua realidade e substituem o medo pela valentia, a depressão pela ousadia! Cada dia é um novo dia!

Compuseram esta mesa as profissionais Gessiani Fatima Larentes (coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde de Chapecó), Vivanceli Brunello (coordenadora do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Chapecó), Carine Vendruscolo (enfermeira e professora da Universidade do Estado de Santa Catarina) e no papel de mediadora Fernanda Karla Metelski (enfermeira do Setor de Planejamento e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde de Chapecó, e professora da Universidade do Estado de Santa Catarina).

Foram apresentadas perspectivas do trabalho com grupos. No decorrer das falas, houve um momento de se fazer conhecer aspectos que permeiam o trabalho dos profissionais que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf-AB) em Santa Catarina. Ao longo dos diálogos foram evidenciados os motivos pelos quais o Nasf-AB ganha destaque nessa mesa, o merecido reconhecimento pelos movimentos que vem potencializando e que instigam a uma reestruturação produtiva nos serviços de saúde. A criação destas equipes multiprofissionais em Chapecó foi como o nascimento de um filho, cuja gestação e infância configuraram-se como um momento rico de aprendizagens, incertezas, e propulsor de novos projetos!

A seguir, serão reproduzidos os diálogos em cada uma das falas que integraram a mesa “Grupos como espaços de Educação Permanente: reflexos do prisma da formação”.

A Educação Permanente em Saúde como uma das políticas norteadoras das ações da Secretaria de Saúde de Chapecó: diálogo provocado pela coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde, Gessiani Fatima Larentes

A intenção de discorrer sobre este tema é apresentar algumas ações pertinentes à trajetória da Educação Permanente (EP) nos serviços de saúde do município. O tema requer um olhar atento às demandas de saúde da população e dos profissionais, desencadeando a necessidade de buscar soluções, entre elas a EP com profissionais e trabalhadores da Atenção Básica, além da reorientação da formação em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo e precisa dar conta de atender de forma universal toda a população, garantindo a integralidade do cuidado, com humanização, resolutividade, e articulando as políticas públicas intersetorialmente, o que se constitui um desafio! É necessário que os serviços de saúde estejam estruturados e organizados em formato de redes de atenção, para que cada um deles, em seu nível de complexidade, possa dar conta de garantir a integralidade do cuidado, olhando e questionando a realidade. Quais são essas necessidades? Isso significa olhar para essa realidade e perguntar: do que essa população precisa?

Nessa lógica, o Ministério da Saúde (MS), ao longo dos últimos anos, vem criando políticas indutoras de formação e estimulando mudanças significativas nos Projetos Políticos Pedagógicos, em que o SUS se destaca como criador de um cenário importante para a formação em saúde, sendo efetivamente, ordenador desse processo. O propósito é qualificar os futuros profissionais de saúde, os estudantes

e, ao mesmo tempo, promover o desenvolvimento profissional dos que já atuam na rede SUS.

Mas o que seria então a EP em saúde? Que processo é esse? Como acontece? A EP é uma aprendizagem que acontece no próprio cotidiano, nos nossos espaços, sejam eles serviços de saúde ou lócus da formação (ensino), e que ocorre a partir da problematização da realidade, das inquietações que as necessidades de saúde da população nos provocam, dos indicadores epidemiológicos que temos, e tantas outras questões que interferem no exercício do processo de trabalho (Brasil, 2007).

Para que a EP ocorra, o trabalhador de saúde deve estar implicado com as mudanças que a realidade requer, dirigindo seu conhecimento ao trabalho em saúde e valorizando os diferentes saberes que habitam cada profissional da equipe. Um espaço importante que favorece essa possibilidade de compartilhamento de saberes e diálogo sobre a realidade, são as discussões em roda. A EP é também uma ferramenta essencial de transformação de práticas, de modelos, de trabalho em equipe, de relação com o usuário e entre trabalhadores (Brasil, 2007).

Com base nesses pressupostos e atentos a essa necessidade do sistema, o MS editou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004, por meio da Portaria Interministerial n. 198, sendo substituída pela Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007¹, que define novas diretrizes e estratégias para a sua imple-

1 Portaria oriunda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que promove a integração dos setores de saúde e educação.

mentação, dispondo sobre estratégias de qualificação para os segmentos dos trabalhadores de saúde, da gestão, do controle social e das práticas pedagógicas. Alguns autores denominam esses segmentos como o “quadrilátero da formação” e do desenvolvimento profissional (Ceccim; Feuerwerker, 2004), e a professora Carine irá apresentar em seguida a perspectiva do “prisma da formação” (Vendruscolo, 2014).

Como acontece a EP em nossos espaços? Muitas vezes nós não nos damos conta de que movimentos cotidianos que estamos desenvolvendo lá nos nossos serviços são processos de EP, e reconhecemos somente as capacitações pontuais, aquelas designadas como educação continuada, e que também são importantes para o aprimoramento de saberes. A EP acontece de muitas maneiras, nas diferentes rodas de conversa, nas reuniões de equipe, em diferentes espaços onde a equipe multiprofissional participa, por meio da troca de experiências entre as equipes dos diferentes serviços, ou entre as equipes de uma mesma unidade de saúde, de um mesmo serviço especializado, a partir dos estudos de caso, do planejamento coletivo para o aperfeiçoamento do nosso trabalho e de outros encontros (com gestores, com usuários, com estudantes) que acontecem nos cenários em que se produz saúde.

Grupos de educação em saúde em que os profissionais transmitem informações aos usuários nem sempre constituem momentos caracterizados como EP, diferente do que acontece no GDH, onde os encontros possibilitam a qualificação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, buscando a autonomia e corresponsabilização da equipe de saúde, para promover a saúde dos sujeitos. O GDH viabiliza essa qualificação, o desenvolvimento do profissional, que é realizado a partir de estudos e discussões que se somam ao saber recebido

na graduação, ou daquele saber que se procura com outras estruturas de qualificação profissional.

Mas, a pergunta que nos instiga nesse diálogo é: como acontece a gestão de EP em Chapecó? Em outro momento deste Simpósio, a partir da fala da psicóloga Bruna, ela coloca o quanto é importante que a gestão esteja sensibilizada para esses processos de EP. É preciso ter esse estímulo e o devido apoio para que de fato a EP aconteça e envolva todos os trabalhadores da rede de atenção à saúde.

O incentivo à qualificação é realizado por meio da oferta de capacitações em diferentes áreas temáticas do cotidiano, de acordo com as demandas apresentadas pelos serviços de saúde. Outra forma é quando os profissionais manifestam o interesse e são liberados pela gestão para participar. Esse processo todo de EP é bastante amplo, pois, muitas vezes, desperta no próprio profissional o desejo de buscar a qualificação. Assim, além de sensibilizada, a gestão precisa criar ambientes e oportunidades favoráveis.

A Secretaria de Saúde de Chapecó, sensível a esta necessidade e como forma de implementar a Política Interministerial, implantou o Setor de Planejamento e Educação na Saúde, que, além de outras atribuições, fomenta atividades de EP junto aos demais setores e serviços da rede de atenção, a partir do levantamento das necessidades dos trabalhadores de saúde.

Um dos elementos importantes para a EP é a integração ensino-serviço, pois as inserções do ensino no serviço ou vice-versa provocam movimentos de EP e, ao mesmo tempo, despertam no profissional de saúde reflexões e atitude crítica. Atualmente, a rede de atenção à saúde do município, que se estrutura a partir da Atenção Básica e percorre todos os serviços especializados, passando também pelos

serviços hospitalares, é um espaço de ensino-aprendizagem que contribui para a formação de estudantes e desenvolvimento profissional. A rede de Chapecó é cenário de prática para as instituições de ensino superior para atividades de ensino, pesquisa e extensão, e também para cursos técnicos profissionalizantes.

Ideias inspiradas em Paulo Freire, as quais nós chamamos de “concretudes e bonitezas da EP em Chapecó”, são alguns projetos em andamento no município: proposição de implantação de um núcleo de EP com a elaboração de um plano de EP em saúde, de modo compartilhado com os diferentes setores e retomando propostas que já estão elencadas no plano municipal de saúde, para o período de 2018 a 2021; cursos, capacitações, ações de matriciamento envolvendo a Atenção Básica, que é a ordenadora do cuidado, e também os diferentes pontos de cuidado que compõem a rede; continuidade do GDH, considerando o foco deste Simpósio, e que na sequência a enfermeira Vivanceli irá aprofundar.

Ainda, como mais uma “boniteza” que está sendo realizada atualmente, gostaria de destacar a articulação das diferentes redes intersectoriais, a exemplo do que foi destacado anteriormente na mesa que nos antecedeu, o uso das tecnologias de informação para a EP, o Telessaúde de Santa Catarina, Telemedicina, e Comunidade de Práticas do Ministério da Saúde. Também destaco algumas atividades de EP resultantes da integração ensino-serviço: Projeto Humaniza, que abrange todos os centros de saúde; capacitação em urgência e emergência; levantamento epidemiológico em saúde bucal; o PET GradaSUS (Programa de Educação pelo Trabalho); ações em datas comemorativas; construções de protocolos, entre outros.

Mesmo diante de muitos avanços, o SUS apresenta desafios, seja no contexto do desenvolvimento profissional para o atendimento das necessidades de saúde da população, seja na adequação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), que precisam estar voltados à realidade dos serviços e das demandas e necessidades da população e, ainda, para o fortalecimento da interprofissionalidade, além de seguirem as Diretrizes Curriculares que orientam os cursos da área da saúde.

Mas acreditamos que estamos no caminho da superação, que a EP está em movimento! Prova disso é que nós estamos aqui hoje, em desenvolvimento, participando desta oportunidade, deste evento que apresenta os frutos da EP, aqueles colhidos a partir do trabalho com Grupos Interativos. Eu gostaria de encerrar minha fala com uma mensagem muito carinhosa de Paulo Freire, em forma de agradecimento a todos que se dispuseram a estar aqui hoje participando, acompanhada de um grande abraço coletivo! “Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere, na busca, não aprendo nem ensino.” (Freire, 2011, p. 83).

A enfermeira professora Fernanda provoca as reflexões a partir do diálogo anterior...

Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde, Gessiani relata um aspecto muito interessante e relevante para qualquer serviço quando pretende implementar uma nova proposta. Existem diretrizes legais, institucionais, as políticas públicas, aqui em especial ela destacou a de Educação Permanente em Saúde, mas sabemos que o GDH transita pela intersetorialidade, e por isso se faz necessário considerar as normas e diretrizes de outros setores. Há

também a necessidade de dar conta de articular tudo isso para a concretização de projetos, para que os nossos “sonhos” se tornem realidade!

Então, a imagem que traduz para mim a fala da Gessiani é aquela imagem de um terreno que foi arado e está pronto para o plantio da semente. E lembrar que mesmo o bambu, que era uma das imagens que nós utilizamos muito quando nós estávamos lá, há seis anos, nos primórdios do GDH, as suas raízes precisam crescer e se desenvolver em meio a essa terra, a esse solo, para que aí, finalmente, os primeiros brotos despontem. A ideia inicial do GDH encontrou esse “solo” fértil na Secretaria de Saúde, suas “raízes” foram crescendo e se desenvolvendo, até que finalmente o “broto despontou”, a ação “ganhou vida”, foi implantada e passou a integrar o cotidiano de trabalho nos diferentes serviços de saúde. Suas “raízes” continuaram crescendo e ele foi avançando para a rede de atenção e conquistando novos espaços intersetoriais.

Que solo é esse do qual estamos falando ao utilizar essa metáfora? É uma base bem estruturada, com gestores, profissionais e instituições de ensino, engajados em projetos comuns e respaldados nas políticas públicas.

A criação do Grupo de Desenvolvimento Humano como um Serviço Intersetorial: diálogo provocado pela enfermeira coordenadora do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Vivanceli Brunello

Neste diálogo, proponho-me a trazer um pouquinho da lógica de educação que abrange o GDH, um dos movimentos de EP den-

tro dos serviços, abrangendo o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Além de várias inserções nos espaços que abrangem esses dois sistemas, começamos a realizar grupos também junto com a Secretaria de Educação, com o objetivo de que o GDH conseguisse abarcar cada vez mais instituições, independentemente de qual rede integrem. Na EP, uma compreensão que vem ao encontro de um dos efeitos do GDH, é a de nos transformarmos em um profissional completo, e para isso precisamos saber aplicar o conhecimento no cotidiano profissional (Ribeiro; Motta, 1996).

A proposta inicial do GDH emerge de uma situação problema vivenciada nos serviços. O Dr. Flávio apresenta em sua dissertação de mestrado voltada ao trabalho com grupos que o MS estimulava práticas grupais na Saúde da Família e serviços especializados como o CAPS, mas os profissionais em geral não são instrumentalizados em seus cursos de graduação para o trabalho com grupos (Freitas, 2010). Quando falo do GDH, eu uso sempre a mesma expressão, que saímos bem preparados da graduação para “contar a bíblia que aprendemos na Universidade”, para trabalhar com grupo informativo. Enquanto enfermeira, eu sei trabalhar muito bem falando de prevenção, de vacina, sei falar para o paciente acometido por hipertensão tudo o que ele precisar mudar em seus hábitos de vida, sobre a nova rotina de um paciente acometido por diabetes. Essa é a nossa realidade, saímos da graduação sabendo trabalhar com esse tipo de grupo, o grupo informativo. E não que não seja interessante, porque é muito importante também, pensando em seu efeito na educação da população.

Um paciente que se tornou hipertenso, que descobriu a hipertensão, ele precisa saber de todos esses aspectos relacionados à causa e aos cuidados com a sua patologia, que ele tem que ter uma dieta hipocalórica, hipossódica, etc. Então, sabemos orientar vários cuida-

dos que, naquele momento, são necessários. Ele precisa saber de tudo isso! Assim como a mãe que vai ganhar bebê, ela tem que saber de toda a prevenção necessária para que seu bebê seja saudável, por isso o que levamos é informação, e ela é importante!

Mas a ideia é como trabalhar aqui ao longo do tempo com esse paciente, já que ele vai continuar frequentando a Unidade no ano que vem e no outro ano, e a cada dois meses. Depois de vinte anos de hipertensão ele vai continuar lá, e a gente vai continuar levando as mesmas informações? Ele já fez todas as dietas orientadas, já passou por todos os processos, ele sabe melhor do que os profissionais tudo o que a gente ensinou, e é aí que vem o objetivo do GDH, que é prestar apoio e capacitar os profissionais que desenvolvem trabalho em grupo com diferentes enfoques, em diversos setores. Os setores e serviços são diversos, mas o paciente que os percorre é o mesmo.

Capacitar profissionais estimula o trabalho em saúde e promove o empoderamento dos participantes do grupo, isto é, eles aprendem a lidar com os próprios problemas, ter autonomia. Não é só passar informações como viemos fazendo, os grupos interativos contribuem para a diminuição da patologização, da cristalização da doença, e assim se evitam consultas clínicas e exames complementares desnecessários, bem como a medicação excessiva (Freitas; Barcala; Metelski, 2016).

Foi nessa proposta que o GDH nasceu, para que pudéssemos ter um espaço para nos capacitar para trabalhar com uma metodologia diferente nesses grupos. E evoluiu bastante no SUS, porque não conseguimos trabalhar somente no âmbito individual, precisamos pensar no coletivo. Isso se deve não apenas a nossa demanda, que é grande, mas porque acreditamos que a resolutividade, no âmbito individu-

al, é muito demorada, muito lenta. Então preconizamos o trabalho em Grupos Interativos (GI) iniciado em 2012, sobretudo nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família a Atenção Básica (Nasf-AB).

Atualmente, os GI são realizados em vários espaços: nos 26 Centros de Saúde; CAPS I; CAPS II; CAPS Ad III; Serviço de Acolhimento; Serviço de Alimentação e Nutrição; Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST); Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE); CREAS I; CREAS II; em quatro CRAS até o momento, com a intenção de ampliar; Unochapecó; e na Escola Básica Municipal Anita Garibaldi.

Muitos profissionais participam do GDH. Hoje, eles já somam 107, e provêm de diferentes categorias: advocacia, Assistência Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina, Pedagogia, Psicologia e Odontologia. Nesses seis anos (06/2012 a 05/2018), os grupos que foram desenvolvidos atenderam aproximadamente 1.560 usuários. Em 2012 foram realizados dois grupos (28 usuários beneficiados), em 2013 passamos para três (39), 2014 para 14 (303), 2015 para 12 grupos (141), 2016 para vinte grupos (167), 2017 para quarenta grupos (530), e até maio de 2018, foram 25 grupos (352). Assim, mensurando não parece tanto, mas pensamos nessa evolução, que vai ampliando.

Tivemos muitos grupos nesses seis anos de existência. Sobre os resultados dos mesmos, haverá uma mesa que irá apresentá-los, incluindo a perspectiva dos profissionais, mas citamos alguns: a ampliação do acesso; redução do número de consultas especializadas; redução da demanda reprimida em saúde mental; ampliação da capacidade de atendimento ao usuário do SUS com sofrimento psíquico, que vem ao encontro de uma demanda que é do Nasf-AB, em busca

de ampliar a resolutividade e aumentar o escopo das atividades desenvolvidas na Atenção Básica; diminuição dos encaminhamentos ao CAPS; diminuição da medicalização da assistência, do uso de psicotrópicos como antidepressivos, ansiolíticos e sedativos.

Então, qual é o critério para ingresso nessa capacitação promovida pelo GDH? Desejo de trabalhar com grupos! Qualquer profissional inserido nas políticas públicas que queira trabalhar com grupo está apto a participar do GDH.

Quem não é da psicologia, assim como eu e muitos colegas, quando entramos em contato com o material teórico, os textos que são utilizados, acaba sendo difícil compreender como acontece na prática, é uma linguagem distante de nós, até o momento em que nos familiarizarmos e falarmos a mesma língua. Então, os recortes dos relatos dos grupos colaboram muito com o estudo individual e coletivo. Aos poucos vamos aprendendo a identificar os papéis grupais e outros aspectos da dinâmica grupal.

Quando entram no GDH muitos falam assim: “ah, mas eu não sou psicólogo. E se eu não tiver psicólogo eu não vou conseguir fazer o grupo”. A própria expressão “terapêutico” já suscitou muita discussão devido ao significado da palavra. No GDH nós adotamos o conceito “terapêutico” seguindo Pichon-Rivière (2005) que afirma: “terapeuta é uma ação no sentido de provocar mudança”. Baseados neste autor, usamos este termo.

Há vários grupos que somos nós, profissionais de outras áreas que não da psicologia, como enfermeiros e educadores físicos, nutricionistas e farmacêuticos, assistentes sociais e pedagogos, enfim, várias categorias profissionais que se unem para coordenar os Grupos Interativos. É a partir do momento em que o profissional se capacita

e se empodera que ele se desenvolve o suficiente para coordenar esses grupos. Com isso, agradeço a oportunidade e permaneço para o diálogo!

A enfermeira professora Fernanda, então, provoca novamente os participantes...

Ao direcionarmos a nossa atenção para o ponto de encontro entre os diálogos da enfermeira Vivanceli e da coordenadora Gessiani envolvendo essa concretude, essa boniteza, de todo o processo de construção do GDH, do seu crescimento, da inserção dos profissionais, do número de grupos realizados, da abrangência dos serviços e setores contemplados, da estruturação e funcionamento do GDH, eu estava pensando aqui sobre uma imagem que eu gostaria de compartilhar com vocês.

Quando a Vivanceli trouxe essa questão do desenvolvimento das pessoas e da composição das diferentes categorias profissionais para a coordenação dos grupos, como o psicólogo com a assistente social, com o pedagogo, enfim... isso me lembra um caleidoscópio. Os senhores conhecem este instrumento? Alguns sim, outros não. Quem não conhece eu sugiro que pesquise na Internet depois e veja a beleza da composição das cores. Então, essas composições dos profissionais que a Vivanceli muito bem nos apontou, um conjunto de tantos talentos e de tantas belezas, lembra muito a imagem do caleidoscópio e, à medida que giramos o instrumento, as mesmas pétalas se reorganizam, formando um novo e lindo colorido. Cada movimento apresenta um novo resultado, uma infinidade de possibilidades.

Ao idealizarmos o projeto de um novo serviço, o que nos impede de ir adiante? Por que e por quem nos deixamos ser paralisados? Como lidamos com esses medos paralisantes e os transformamos em energia de vida?

Agora eu convido a Enfermeira Professora Carine, para fazer o uso da palavra.

Grupos como espaços de educação permanente em saúde e reflexos do prisma da formação: diálogo provocado pela enfermeira professora Carine Vendruscolo

Na qualidade de enfermeira, boa parte da minha trajetória profissional desenvolveu-se no trabalho direto com equipes de Saúde da Família (eSF), seja no cenário das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como Atenção Básica no Brasil, seja no apoio e gestão dos processos de trabalho, nesse âmbito. Atualmente, sou professora da graduação em Enfermagem e também do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc).

A Educação Permanente (EP), de alguma forma, sempre teve destaque nos movimentos que permearam o meu trabalho, e em 2007, ano da revisão da atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, vim de Florianópolis (capital do estado), onde trabalhava na Secretaria de Estado da Saúde, para Chapecó, a fim de atuar junto à 11ª Gerência de Saúde da Agência do Estado do Desenvolvimento Regional de Chapecó. Eu tinha a “missão” de estruturar a Comissão

de Integração Ensino-Serviço (CIES)² na região oeste do estado. Nessa direção, muitos foram os desafios e avanços, e, atualmente, nosso estado é reconhecido pela estrutura e funcionamento das CIES e da PNEPS, agregando diferentes atores e instâncias para essa efetivação, o que nos torna exemplo para muitos estados e municípios brasileiros.

Vale lembrar alguns dos pressupostos que orientam essa Política, como a aprendizagem significativa, muito bem defendida pelo educador Paulo Freire. Freire (2001) refere-se à educação como prática da liberdade e aproximação crítica com a realidade, por meio do conhecimento. A maneira crítica e dinâmica de ver o mundo permite desvelar a realidade, descobrir o que a mitifica e alcançar a plena realização do trabalho humano: a permanente transformação da realidade para a libertação dos homens (Freire, 2001, 2005, 2011).

A educação problematizadora, segundo Freire, orienta o educador para uma posição onde ele não é o que apenas educa, mas o que, ao passo que educa, é educado, em constante diálogo com o educando. Este, por sua vez, ao ser educado, também, educa (Freire, 2005; Freire; Shor, 2011). Com tal ponto de vista, acredita-se que a percepção crítica do educando frente à realidade só é possível se houver conscientização, processo que pode ser fundamentado por meio de uma situação existencial percebida como um desafio e, como tal,

2 Estrutura proposta pela PNEPS de 2007 que se articula a partir de uma comissão permanente, formada por representantes do ensino, do serviço, da gestão e do controle social, a fim de pensar as demandas de EP em uma determinada região (Brasil, 2009).

exige respostas do ser humano, ligadas à ação, à reflexão e à tomada de decisão (Freire, 2005).

Na área da saúde, especialmente na saúde coletiva, a utilização das rodas e dos espaços coletivos e dialógicos, muito bem ressaltados pela Gessiani durante o seu diálogo, vem ganhando destaque a partir desse ideário. Elas se configuram como espaços pedagógicos, de troca, dentro de uma perspectiva da educação construtivista/problematizadora. O Método da Roda, proposto pelo professor Gastão Wagner Souza Campos, médico sanitário e referência importante da saúde coletiva, vem orientando e estruturando toda a proposta operativa dos Nasf-AB, a partir da proposta de matriciamento. Trata-se de uma concepção teórico-metodológica, cujo propósito busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados e incentivo da participação dos sujeitos na gestão dos seus processos de trabalho. Nessa perspectiva, almeja-se a reforma das organizações de saúde com base na cogestão, ou seja, no estabelecimento de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder (Castro; Campos, 2014, 2016).

Assim, acredita-se nas rodas como espaços de encontro entre pessoas, a partir de movimentos dialógicos. O diálogo fomenta a corresponsabilização de todas as pessoas ali envolvidas no processo. No encontro e na troca, estabelecem-se relações construtivas, criativas e férteis. Por isso eu, como enfermeira, desde muito cedo, reconheci meu potencial, por conta da formação generalista proporcionada por esta profissão, para provocar reflexões e transformações nas práticas, a partir dos encontros: com usuários, com os colegas profissionais de saúde, com os trabalhadores e, em grande medida, também com os atores do ensino – cenário da formação.

Nesse contexto, o “Prisma da Formação em Saúde” foi pensado como uma figura representativa da construção e gestão da educação no âmbito do SUS, foi um ideário defendido na minha Tese de Doutorado (Vendruscolo, 2014). Essa figura, utilizada metaforicamente para representar os movimentos de EPS, pressupõe que cada um dos atores envolvidos no processo formativo estabelece movimentos específicos, a partir de uma interação inovadora entre interlocutores, contemplando diferentes pontos de vista e compreensões e refletindo acerca de possibilidades. Essas conexões, semelhante a um prisma, cuja luz branca que nele penetra reflete de forma multicolorida, envolve, necessariamente, o diálogo entre representações do controle social, da atenção, da gestão e do ensino em saúde, considerando os desdobramentos desses segmentos (estudantes, professores, trabalhadores, profissionais, gestores, apoiadores, entre outros). No Prisma da Formação, as condições de envolvimento dos sujeitos das instâncias envolvidas são determinantes para a formação de redes de atenção, nas quais os envolvidos se impliquem e constituam relações de integração entre o ensino e o serviço (Vendruscolo et al., 2018).

Então, partindo dessa representação, naquele espaço coletivo no qual atuamos, o que fazemos, as nossas atribuições, trazem da nossa essência todas essas vivências, toda a bagagem profissional e pessoal que adquirimos ao longo da vida, a partir dos diferentes encontros e diálogos que estabelecemos no cotidiano. O que eu fizer ou disser, portanto, vai implicar em um reflexo da mudança ou da possibilidade de mudança que desejo, pois representa todas as ideias, toda a criatividade, toda a potencialidade das minhas vivências. Isso é o Prisma, que simboliza a transformação – receber luz branca e transformar-se, de forma multicolorida.

Nessa perspectiva, fazer educação permanente significa contribuir para a qualificação da atuação dos profissionais das equipes e ampliar a capacidade resolutiva dos serviços, sobretudo na APS (Brasil, 2009). Ela implica em uma aprendizagem que é significativa, ou seja, para haver educação permanente é preciso que os temas abordados no diálogo façam sentido para que as pessoas se conscientizem e, por conseguinte, aprendam. Por isso a educação permanente deve partir dos nós críticos do processo de trabalho ou das necessidades do trabalhador, e acontece a partir de ações que emergem do cotidiano e dos problemas da prática laboral. Cumpre destacar que esses pressupostos também preconizam que a educação permanente não precisa acontecer somente em espaços formais, como salas de aula e outros cenários do ensino, não somente em momentos destinados à capacitação, mas ela se processa no encontro entre pessoas, em qualquer espaço: reuniões de equipe, formação de grupos, e outros movimentos que têm um potencial transformador, de mudança.

Nessa direção, Manuel de Barros (2010) reflete a necessidade de “transver” o mundo para encontrar coisas novas nas palavras. Ele fala sobre a possibilidade de “desver” o mundo.

Nesta mesa, abordamos as palavras e o potencial que elas possuem, e então eu acrescento o potencial desse “desver”, palavra que considero intrigante. Trata-se dessa capacidade que temos – ou que precisamos desenvolver – para desver as coisas, isto é, de “olhar de outro jeito” ou, ainda, aproveitando as metáforas, “enxergar por outro prisma”! Desconstruir algumas coisas que, durante muito tempo, às vezes, estão prontas na nossa vida, e a educação permanente possibilita essa (des)construção!

Paulo Freire (2001) argumenta sobre a conscientização como um conceito central para compreender a educação e a sua proposta de uma educação como prática de liberdade, de libertar o ser humano, compreendendo a transformação a partir de uma aproximação crítica com a realidade. Quando aprendemos a “olhar de outro jeito”, a desver as coisas, passamos a reconstruí-las de outras formas: é a educação a partir da prática, a educação que transforma!

A Metodologia de Formação e Apoio Paideia para a cogestão do trabalho e das redes de saúde, opera a partir da práxis – também discutida em Freire (2005, 2011) – como uma possibilidade democrática de compartilhamento de poder em espaços coletivos. Significa construir condições para a reflexão dialógica a partir de concepções de mundo distintas. Propõe o aumento da capacidade de compreensão e intervenção dos sujeitos sobre um determinado contexto ao refletir sobre os outros e sobre si mesmos, com vistas à democracia e ao bem-estar social (Castro; Campos, 2014; Gerhardt Neto; Medina; Irdes, 2014).

Nessa direção reside a ideia das equipes de referência e apoio especializado, que orientaram a criação dos Nasf-AB. Essa configuração potencializa alterações na subjetividade, na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico. A partir dessa ideia, foram pensadas as equipes de referência e apoio especializado que vão gerar a ideia do matriciamento, uma estratégia de reorganização do trabalho da APS. Ao esperar maior resolutividade da APS, a partir do trabalho das eSF, que hoje são a estrutura básica desse ponto da rede SUS, a ideia era que houvesse menos encaminhamentos para serviços especializados.

Então, se houvessem profissionais que fizessem esse papel de matriciadores, de suporte, de apoio àqueles profissionais generalistas da APS/SF, isso poderia ser uma estratégia interessante para aumentar a resolutividade das equipes e, por conseguinte, da APS. E, de fato, foi uma estratégia promissora, concretizada pela implantação dos NASF, inicialmente chamados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica, revista em 2017 (Brasil, 2017), modifica o nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Esses profissionais com diferentes núcleos de saber, complementares aos saberes da equipe generalista, executam seu trabalho a partir de uma série de instrumentos e atribuições, operam para o matriciamento, o que tem uma aproximação bastante interessante com a educação permanente. Eles fazem atendimento compartilhado com a eSF, discussões de casos, atividades de apoio técnico a assistencial e educação permanente, visitas domiciliares, grupos, entre outros.

Iniciamos uma pesquisa há dois anos no estado de Santa Catarina sobre a atuação dos Nasf-AB como propositores de movimentos de EPS. Investigamos nasfianos e processos de trabalho em todo o estado, numa proposta multicêntrica, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (Fapescc) e apoiada pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sobretudo por meio da Gerência de Saúde de Chapecó. A pesquisa teve duas etapas, a primeira consistiu na coleta de dados, que era uma abordagem quantitativa, nós fizemos contato, por meio do questionário *survey*, encaminhado via *e-mail*, com todos os profissionais do estado. Na segunda etapa, qualitativa, realizamos entrevistas coletivas com o Nasf-AB de vários municípios do estado. O que nos chamou a atenção, entre outros, foi a utilização de grupos como estratégia de trabalho dos Nasf-AB. Isso

ficou muito evidente aqui em Chapecó, em que o GDH foi bastante – e positivamente – mencionado.

Concluindo nossa abordagem, gostaria de salientar que acredito na proposta do GDH e outras, nessa perspectiva, como possibilidades de efetivar a educação permanente na APS. Elas apresentam, exatamente, os pressupostos que orientam a EPS: as rodas, os diálogos, a aprendizagem significativa, a construção coletiva a partir do cotidiano, e tudo isso, mediado pelos encontros. Em tempos de tantos desafios, de uma crise político-pedagógica e, mesmo, de alguns retrocessos em nosso Sistema Único de Saúde, finalizo com uma recente reflexão do professor Gastão Wagner, em relação a esse desmonte: “A nossa esperança sobreviverá entre nós, para termos de desatá-los.” (Wagner, 2016, p. 1).

Com isso, espero que as pessoas que fazem parte desses processos de produção da saúde, nos cenários da prática ou dos serviços, acreditem nos grupos como espaços de EP e que podem ser realizados sempre que pessoas (as gentes, como diria Freire) estiverem abertas ao diálogo e dispostas a se libertarem.

A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Não é também a liberdade um ponto ideal, fora dos homens, ao qual inclusive eles se alienam. Não é ideia que se faça mito. É condição indispensável ao movimento de busca em que estão inseridos os homens como seres inconclusos. (Freire, 2005, p. 34).

Últimos diálogos, provocados pela enfermeira professora Fernanda...

Os diálogos da professora Carine, em composição com os diálogos da coordenadora Gessiani, nos remetem à importância das rodas, de como elas reproduzem espaços dialógicos que resultam na transformação das práticas. Em toda relação que acontece no cotidiano do GDH, o modo de trabalho é por meio da roda. Ela nos provoca sobre o Nasf-AB, e por que enfatizar tanto o Nasf-AB nesse momento, nesse evento? Porque, de fato, o GDH nasce no colo do Nasf-AB e da sua proposta operacional, o matriciamento. Lá no início, profissionais do Nasf-AB e do CAPS formaram os dois primeiros grupos que a Vivanceli mencionou. Foi por meio dos Núcleos que o sonho se concretizou, então, é preciso sim reconhecê-los como uma potencialidade para os serviços de saúde, que amplia o acesso e favorece o desenvolvimento de ações intersetoriais.

E por falar em início, não tem como, após tanto tempo, seis anos, deixar de fazer uma reflexão... quanto tempo o tempo tem? Rubem Alves escreve: “O tempo, ele pode ser medido com as batidas de um relógio, ou pode ser medido com as batidas do coração. As batidas do coração dançam ao ritmo da vida.” (Alves, 2019, p. 1).

Mas qual é o ritmo da vida? Eu pergunto para vocês. Aqui eu tomo emprestada a definição de ritmo como a sucessão de tempos, fortes e fracos que se apresentam alternada e regularmente. O GDH passou por vários tempos. Aquela semente brotou, cresceu, e como um bambu, foi se fortalecendo, ganhando flexibilidade diante da instabilidade do tempo. E, se nos referirmos ao relógio, ao calendário, estamos de aniversário, completando seis anos. Mas, se pensarmos nas batidas do coração, tem sido um conjunto de vários ritmos.

Eu pontuaria o pop, o clássico, o jazz e até mesmo o samba, ritmos repletos de sentimentos que floresceram e alegram a vida! Se conseguíssemos dar concretude a esse florescer, certamente teríamos um jardim e penso que, de fato, temos! As flores são os ghdianos, ou ghadianos, enfim, fazendo um trocadilho com as palavras... são os usuários, são todos aqueles que se permitem sonhar este sonho coletivo, e, com empenho, esforço e constância, trabalhar para termos um mundo melhor!

Finalizando, que belos esses depoimentos e diálogos que fizeram parte dessa mesa! Acredito que é possível ter esperança, mas esperança não no sentido de esperar, no sentido de esperançar, como diz o nosso querido Paulo Freire. Aquela esperança ativa, de quem não fica parado, mas de quem vai em busca. E o que fazer para esse mundo ser melhor? Acreditar e agir para que o hoje seja melhor do que o ontem, e o amanhã melhor do que o hoje.

Chamando de volta ao debate, o nosso querido Manoel de Barros, o qual foi mencionado pela professora Carine. Ele nos ensina que:

A expressão reta não sonha.
Não use o traço acostumado.
A força de um artista vem de suas derrotas.
Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.
Arte não tem pensa:
O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.
(Barros, 1996, p. 75).

E eu acredito nisso! Eu acredito que o GDH vem nos auxiliando a transver o mundo! A transver o nosso mundo interno, das nossas potencialidades, possibilidades e até mesmo limitações. Transver aquilo que o usuário está tentando dizer, acessar um pouco desse subjetivo. Transver aquilo que um serviço pode oferecer.

Gostaria de compartilhar com vocês algo muito, mas muito especial, que é um poema de alguém a quem estamos acostumados a ouvir, pelo menos o pessoal do GDH, que estamos acostumados a ouvir com a voz da razão, mas uma voz que anuncia que é preciso estar atento ao coração para nos expressarmos. Então, esse é um poema de autoria do Dr. Flávio, que carinhosamente me autorizou a compartilhar com vocês, é um dos poemas que vai para o livro, não sei se esse próximo ou outro, enfim, mas existem aí um ou dois livros em construção. Eu quero de antemão agradecer pela confiança de ser a fiel portadora dessa mensagem! O título é GDH.

Enquanto viajava,
Pilotando a razão,
Expunha ideias para um grupo de pessoas
Em busca da solução de um problema.
Porém,
Quando ela falou:
'Imagino a tua emoção diante do que criastes'..
Nesta instantaneidade,
Senti meus pensamentos racionais traídos
E o coração 'capturado' para dentro da situação.
Era como se um espaço se abrisse na minha frente
E a alma saltasse para dentro dele.
Neste intervalo de tempo
Tinha a percepção que meu coração não mais me pertencia.
Ele circulava intensamente entre eu e ela

E passeava pelo grupo.
Foram segundos sem fala.
Palavras não faziam sentido nesta hora.
A poesia do momento falava por si.
Estávamos todos integrados por lágrimas do coração
Que preenchiam este espaço-tempo.
Foram apenas meia dúzia de palavras,
Ditas por ela,
Mas que falavam pelo grupo
E expressavam a emoção do ato criativo do grupo.
Criações que não eram pessoais, não eram minhas
E nem diziam respeito apenas ao tempo presente.
Representavam momentos especiais de todos ali presentes.
E assim,
O grupo de trabalho em prol de um evento
Deixava de ser um encontro teórico e racional
E passava a ser um momento de realizações,
De criações,
De reencontros de corações.
Visto por dentro,
Este é o GDH...
(Flávio Braga de Freitas).

Com isso, eu gostaria de dizer que a nossa mesa hoje foi ampliada; ela se transformou em uma roda! Nesta roda estão a Gessiani, a Vivanceli, a Carine, eu, o Paulo Freire, que foi convidado, o Manoel de Barros, o Flávio e outros autores que tão bem foram citados, mas, principalmente, todos vocês! E eu gostaria nesse momento que vocês pudessem efetivamente entrar para essa roda, fazendo seus questionamentos, trazendo seus depoimentos, suas reflexões e participando desse diálogo. Nós temos alguns minutos ainda, então eu deixo em aberto a palavra e agradeço a presença de todos. Grata!

Nesse momento final, a roda girou, pois muitos participantes da plateia e também desse diálogo se pronunciaram e, como diria o professor Gastão, “ninguém sai da roda como entrou!”

Chapecó, 14 de junho de 2018.

Referências

ALVES, R. **Pensador**. 2019. Disponível em: <<https://www.pensador.com/frase/NjUyOTE0/>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

BARROS, M. **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

_____. **Menino do Mato**. São Paulo: Leya, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. _____. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. _____. SGTES/DEGES. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100003>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____; _____. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200455&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FIGUEIREDO, E. B. L. de; GOUVEA, M. V.; SILVA, A. L. A. da. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma aproximação desformatadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 324-331, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300324&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____; SHOR, I. **Medo e Ousadia**: o cotidiano do educador. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; BARCALA, R. de S.; METELSKI, F. K. **Manual para Organização de Grupos Interativos**. 2. ed. Chapecó: Prefeitura de Chapecó; Secretaria de Saúde; Grupos de Desenvolvimento Humano, 2016.

GERHARDT NETO, M. R.; MEDINA, T. S. S.; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas: building a new paradigm. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 139-155, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200011>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 12, p. 39-44, jul. 1996.

VENDRUSCOLO, C. **Integração ensino-serviço**: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde. 2014. 352 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

_____ et al. Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.

22, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180237.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: espaço de interseção entre Atenção Primária e Secundária. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170560, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100330&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019.

WAGNER, G. **40 Anos Abrasco**. A esperança somos nós. 31 maio 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/a-esperanca-somos-nos-por-gastao-wagner/17769/>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

Contribuições dos Grupos de Desenvolvimento Humano para o cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais de saúde

Elizangela Felipi

Larissa D’Maiella Akkari Klimeck Kammer

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Murilo Cavagnoli

Introdução

O campo da saúde mental no Brasil incorporou princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, as quais propõem “[...] mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, [...] protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.” (Brasil, 2005, p. 6). Essas propostas são reafirmadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004a), na qual o Ministério da Saúde oferece um marco teórico-político que aposta em disparar debates e experimentações direcionadas a fazer diferir modelos de organização da gestão e ênfases da formação dos profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde. Seu projeto político espera multiplicar e consolidar estratégias de corresponsabilização na relação entre distintos atores, visando transformações qualitativas nos processos de produção de saúde e “na cultura de atenção aos usuários” (Brasil, 2004a, p. 5).

A PNH é ofertada não como programa ou orientação técnica a ser aplicada, mas como perspectiva que fomenta uma *práxis* coletiva destinada a operar, de forma transversal a toda a rede SUS, ressignificações das dimensões “ética, estética e política” (Barbosa; Meneguini, 2013) da experiência compartilhada por usuários e equipes de saúde, investindo na capacidade criadora dos grupos e comunidades implicados na compreensão e em ações dialógicas da saúde coletiva, em suas expressões locais e institucionais. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” (Brasil, 2004a, p. 7). A construção de “inovações nos modos de fazer saúde” (Brasil, 2013a) é proposta enquanto desafio compartilhado, que convoca a capacidade criadora de trabalhadores, gestores e comunidades à criação de dispositivos capazes de operar transformações nas relações de cuidado e no delineamento de tecnologias de atenção à saúde.

Mas qualificar o cuidado em saúde mental não é tarefa simples, pois passa pela mobilização de interseções entre distintos atos de saúde como o acolhimento, a escuta, a corresponsabilização e a consolidação de estratégias voltadas à gênese de autonomia. Estes são processos tratados pela PNH como vetores de transformação das formas de cuidar, situados na política em questão como emaranhados a relações cotidianas mobilizadas por encontros entre usuários e trabalhadores. A ressignificação da *práxis* conectada a este conjunto de vetores que, em tese, impulsionam o cuidado integral, é desafiadora, pois seus termos são, *a priori*, significados de formas muito distintas (e até mesmo divergentes) na formação em saúde, ainda situada na tensão entre lógicas disciplinares e interdisciplinares (Pereira, 2018).

O princípio da transversalidade, definido como “ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos” (Brasil, 2004a, p. 6), associado à “indissociabilidade entre atenção e gestão” e ao “protagonismo”, se apresenta como estratégia de horizontalização das experiências e de abertura à composição criativa com a alteridade. A proposta da transversalização da humanização situa o cuidado como ação contínua, qualificada por uma constante aprendizagem na saúde. Contudo, sendo princípios, não determinam ações, apenas oferecem enunciados políticos, possibilidades para que distintas coletividades implicadas na transformação do cuidado em saúde construam suas próprias experimentações. A experimentação, situada na micropolítica do trabalho na saúde, demanda a configuração de espaços intercessores (Merhy et al., 2004), contextos relacionais capazes de tensionar os olhares individuais e fomentar a construção de uma caixa de ferramentas integrada a dispositivos de produção de cuidado em saúde mental.

Logo após a publicação da PNH, o Ministério da Saúde institui a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (PNEPS) (Brasil, 2004b), sendo importante considerar que a formação de recursos humanos é um dos principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país (Brasil, 2005). Na PNEPS, fica evidente a intenção de fomentar

[...] iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS. (Brasil, 2018, p. 7).

A transformação mais evidente na concepção de formação proposta pela PNEPS é a ênfase em uma “educação na saúde”, e não “para a saúde” ou “em saúde”. Isto significa, na prática, o privilégio de experiências que tomem a conexão entre IES, serviços, gestão e controle social enquanto “quadrilátero de formação” (Brasil, 2018, p. 10), que fortalece o pensar e fazer coletivo e oferece caminhos à consolidação das diretrizes da PNH. Em 2018 a PNEPS é renovada, objetivando re-vigorar “[...] o estímulo a maior utilização das novas tecnologias para o ensino na saúde e o estabelecimento do compromisso com as novas demandas de saúde pública.” (Brasil, 2018, p. 9).

Compreendemos os Grupos de Desenvolvimento Humano como uma experimentação singular que dialoga com a PNH e a PNEP. Este fazer coletivo de profissionais oriundos de diferentes serviços públicos se propõe a criar novos modos de promover a atenção à saúde mental no município de Chapecó (SC). Tendo em vista esta intenção, o objetivo da pesquisa aqui apresentada foi analisar como os Grupos de Desenvolvimento Humano contribuem para o cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais de saúde que participam dos GDH.

Método

O presente estudo, de abordagem qualitativa, traz os resultados parciais de pesquisa mais ampla que tem como título “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiada pela FAPESC/CNPq. Esta foi realizada no município de Chapecó com o objetivo de “Fortalecer o GDH como tecnologia social inovadora

no campo da saúde mental e proteção social especial para consolidar princípios e diretrizes propostos pelo SUS e SUAS.”

Os participantes da pesquisa foram profissionais dos serviços que compõem a rede de Saúde e Assistência Social do município. Participaram ao todo 52 profissionais, sendo 14 da Política de Assistência Social e 38 da Política de Saúde. Esta pesquisa envolveu três grupos de profissionais que participam do GDH, de acordo com o nível de formação (iniciantes, intermediários e avançados), como descrito no segundo capítulo deste livro.

As técnicas e instrumentos utilizados para a realização do estudo foram o grupo focal, entrevista semiestruturada e a observação participante. Foram realizados quatro grupos focais, sendo eles: dois grupos com os profissionais do nível avançado, em que participaram do primeiro momento 16 profissionais e do segundo momento 17 profissionais, sendo que sete profissionais participaram em ambos os grupos. Um grupo focal com os profissionais do nível intermediário, com 12 profissionais, e um grupo focal com o grupo de iniciantes, com 13 participantes. As áreas de conhecimento destes profissionais, considerando todos os grupos são: Serviço Social (seis); Enfermagem (sete); Educação Física (três); Farmácia (um); Nutrição (três); Fonoaudiologia (um); Medicina (cinco); Pedagogia (um); Psicologia (vinte); Estagiários graduandos em Psicologia (dois).

Também foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual foi o idealizador e coordena essa ação no município. Quanto à observação participante, esta ocorreu durante dois anos e meio, por meio da participação no processo de formação do GDH, o que possibilitou sistematizar sua proposta.

Foi realizada análise temática de conteúdo na perspectiva descrita por Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014), a qual suscitou duas categorias de análise que compõem o presente artigo: Qualificação do cuidado em saúde mental, e Potencialidades do processo grupal. A presente pesquisa seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa por meio do parecer n. 2.841.053.

A qualificação do cuidado em saúde mental

Um dispositivo é um arranjo consistente que agencia em seu funcionamento um conjunto heterogêneo de atores, práticas, discursos, possibilidades de encontro e de enunciação, oferecendo continuidade a uma experiência de contágio enquanto “máquina de fazer ver e fazer falar” (Deleuze, 1994, p. 4). Os Grupos de Desenvolvimento Humano se constituem como dispositivo que possibilita a qualificação do cuidado em saúde mental ao permitir a sustentação de um plano comum de experiências e transformações não apenas técnicas e epistemológicas, pois, como nos recordam Sousa Santos e Meneses (2014), a transformação epistêmica é indissociável de uma variação ontológica, referente a um reposicionamento do sujeito frente a si, ao outro e à realidade.

A variação nas formas de fazer saúde é no GDH conectada à constante experimentação, que toca as epistemes clássicas, constituindo alternativas, com apoio de uma caixa de ferramentas própria, amparada na perspectiva dos Grupos Interativos apresentada por Freitas e Metelski na primeira parte deste livro, ao abordarem a proposta teórico-metodológica dos Grupos Interativos. Os profissionais

participantes do GDH reconhecem essa ação experimentada no plano coletivo como um importante suporte para o cuidado em saúde mental.

O GDH contribui com a gente como profissional, pelo suporte que oferece, o suporte teórico e metodológico. Porque quando você não sabe fazer e alguém te diz ‘vai lá e faz que nós estamos aqui’, isso é diferente, porque você vai e arrisca. Aí você consegue discutir, fazer pensar, e a gente estava há muito tempo pedindo por isso, a gente precisa de uma supervisão, de auxílio pra pensar os casos. Por mais que às vezes a gente tem reunião de equipe, mas às vezes umas questões mais... mais profundas, assim. (Psicóloga).

A percepção dos trabalhadores da saúde sobre as potencialidades do GDH indica algumas das transformações proporcionadas pela relação com este dispositivo, como em relação à escuta realizada nas diferentes ações assistenciais: “No início a gente não sabia como escutar. E também a gente tinha medo, o que eu vou falar para este paciente? Como vou ouvir ele?” (Educadora Física). A fala da profissional de saúde mostra que a falta de preparo para fazer a escuta em saúde mental pode impedir que ocorra o acolhimento do sofrimento psíquico presente nas demandas do usuário.

A valorização da escuta é fomentada, entre outros aspectos, pela matriz teórica adotada pelo GDH, tendo em vista que para a psicanálise escutar é um recurso técnico ímpar para lidar com o sofrimento psíquico. Para essa abordagem o escutar vai além do meramente ouvir algo, tendo em vista que a escuta débil é uma forma de não deixar que a fala do outro mobilize afetos naquele que escuta. Escutar na perspectiva proposta pressupõe uma comunicação do inconsciente,

que “[...] busca ser escutado e ter seus desejos satisfeitos, [...]”. E assim se abre na palavra a dimensão do que escapa ao próprio enunciante.” (Macedo; Falcão, 2005, p. 67).

O que Freud fez quando inaugurou a terapêutica da fala foi apresentar o sujeito que fala como autoridade maior de sua própria história, aquele que mais do que ninguém tem conhecimento sobre si mesmo, apesar de nem sempre conseguir acessar isso conscientemente, para o que é necessário um espaço legítimo e estruturado, um *setting* físico e emocional. Isso indica que o cuidado em saúde mental não é uma prática de um sujeito “detentor do suposto saber” sobre outro, objeto da intervenção, mas é algo que ocorre no “entre”, presumindo corresponsabilização e vínculo. Nesse sentido, a relação é a principal ferramenta de trabalho em saúde mental (Brasil, 2013b). É este plano relacional singular, movimento dinâmico das relações, que caracteriza os Grupos Interativos realizados por meio do GDH como dispositivo criador.

A mudança na forma de compreender e intervir sobre o sofrimento psíquico possibilitada pelo GDH, também remete à promoção da autonomia do sujeito, que se vê como protagonista da sua história. Nesta direção, os participantes da pesquisa reconhecem modificações também na relação dos usuários participantes da ação, com as equipes de saúde, as quais apontam que esses também estão conseguindo “escutar” suas próprias demandas. Portanto,

[...] a relação do paciente com a equipe já muda, ele não chega mais jogando todos os problemas para equipe de saúde, como se os problemas fossem nossos e não dele. Ele assume essa responsabilidade pelo que ele tem, pelo que ele está sentindo [...]. (Enfermeira do CSF).

O acolhimento e o cuidado integral, ressaltados pela política de humanização, são considerados por Figueiredo (2007) enquanto funções relacionadas à possibilidade de que no encontro com a alteridade se potencializem as condições de qualquer humano na empreitada constante de “fazer sentido”, oferecer continuidade à sua existência e permitir se transformar frente às adversidades que resultam em sofrimento psíquico. Situado como plano intercessor pautado pela caixa de ferramentas que desenvolveu, o GDH tem oferecido contexto de cuidado intersubjetivo, direcionado a construir uma experiência compartilhada e integradora, na qual o trabalhador da saúde pode exercer sua função como “presença implicada, ou seja, comprometido e atuante” (Figueiredo, 2007).

Eu acho que esse espaço do grupo de estudo contribui muito, a gente vai se renovando, a gente está estudando, a gente está vendo coisas novas, a gente se sente mais capacitado, mais potente também para conseguir lidar com uma demanda diferente e com muitos grupos ao mesmo tempo, muitos pacientes ao mesmo tempo, então acho que nos fortalece para conseguir também dar conta dessa demanda. (Psicóloga).

A atuação no GDH também ultrapassa a lógica biomédica do diagnóstico e tratamento individualizado, permitindo um cuidado no qual a escuta se torna implicação, interseccionada à construção das capacidades de acolher, sustentar, conter e transformar. O investimento no acolhimento do sofrimento psíquico é fundamental à construção de uma práxis que assume o cuidado integral como compromisso compartilhado.

Trabalhar com GDH é uma experiência inovadora, que é realmente apaixonante, como já falaram, justamente porque parte da demanda do usuário, parte do que eles procuram. Não é uma coisa imposta, não é uma coisa que você tem que fazer assim porque é assim e pronto! Você se adapta à realidade daquela pessoa. E isso traz muitos benefícios, porque você se encaixando naquela realidade, a pessoa começa a se sentir amparada, que é o que a maioria deles procura, o amparo. (Médico do CSF).

A qualificação da escuta possibilita também a ampliação da clínica na direção apontada por Brasil (2013a), incorporando a saúde mental como uma questão transversal à assistência em saúde realizada nos vários pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Ampliar a clínica é também transformar as possibilidades de intervenção já tradicionais e consensuais entre os atores que historicamente detém a responsabilidade de atuar frente ao sofrimento mental. “Neste contexto, a proposta da clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas.” (Brasil, 2013a, p. 17).

A mudança almejada pela clínica ampliada não é simples, pois necessita que a “Clínica” – termo que no latim refere-se ao ato médico de debruçar-se sobre o leito do doente para curar, transforme-se em “Klínica”, em referência à ideia de “desvio” que provem do vocábulo grego Klínamen. Enquanto dispositivo voltado à operação de desvios, a clínica não propõe apenas transformações que devem ser experimentadas pelo paciente, mas, sim, implica todos os atores da saúde coletiva em um movimento de abertura a possibilidades outras de cuidado, que incluem a intensificação da transversalidade, dos fluxos desejantes, o investimento na produção coletiva e a criação frente ao

sofrimento enquanto atitudes irrestritas ao *setting* tradicionalmente associado a uma clínica do consultório médico ou psicológico.

Os Grupos de Desenvolvimento Humano, enquanto dispositivo intercessor e criador, por meio de sua sistemática de trabalho e da experiência ética e política que permitem, têm possibilitado a incorporação e o aprimoramento de competências de cuidado em saúde mental para os profissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde pública, caracterizando-se como uma tecnologia leve na perspectiva proposta por Franco e Merhy (2003). Essa qualificação também se estende para o manejo dos Grupos Interativos, como será apresentado a seguir.

A experiência grupal no cuidado em saúde mental

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (Brasil, 2013b, p. 121).

Quando o processo grupal se apresenta como uma possibilidade calcada em bases sólidas, essa oferta terapêutica se traduz em resultados visíveis, sendo as práticas grupais um terreno fértil para o acolhimento e a escuta, como também, para criação de vínculos e suporte, num espaço profícuo de reflexão que fazem do grupo um lugar de fortalecimento da saúde e de prevenção de doenças (Brasil, 2018).

Quando eu vim para o GDH eu estava num momento que eu precisava de algo novo. Eu vinha de uma realidade que a gente tinha muita demanda, e que o individual não dava conta, e que era só aquela coisa de orientar, orientar, orientar, e não funcionava, e não dava certo, sabe? Chega uma hora que você para tudo e pensa ‘meu Deus, a gente precisa de alguma coisa pra mudar isso’. (Assistente Social).

A forma como os Grupos Interativos são realizados se distingue das práticas grupais presentes até então nos serviços de saúde, de grupos voltados predominantemente à orientação, e centrados na figura do profissional, possibilitando o exercício da autonomia dos usuários na compreensão e enfrentamento do sofrimento psíquico. Isso qualifica o cuidado em saúde mental tendo em vista que, segundo o Conselho Federal de Psicologia, transformar qualquer trabalhador da saúde em um cuidador exige a construção de rupturas frente à hierarquia biomédica tradicional e o investimento em uma lógica outra, de “poliarquia” (CFP, 2011, p. 15), na qual o cuidado pode assumir distintos caminhos, valorizando os saberes de cada trabalhador e do usuário da rede.

Eu acho que o GDH vem pra transformar esse lugar de saber, do profissional que vem, traz um saber para aquele grupo que ele não sabe. E eu acho que ali (no GDH) é exatamente o contrário, eles sabem da vida deles, eles trazem, e eles também são protagonistas dessa história [...]. (Psicóloga).

No contexto estudado os profissionais afirmam que o trabalho no formato proposto pelo GDH amplia a adesão dos profissionais e também dos usuários às intervenções grupais, e começa a criar uma cultura de atendimento grupal que não existia até então.

Eu acho que a gente passou a acreditar mais também nesse trabalho de grupo, [...] e aí isso nos empoderou, a gente acredita muito nesse trabalho, e quando você acredita você passa isso [para o usuário], se você convidar alguém sem acreditar que esse trabalho realmente funciona, que ele é válido, é uma tendência de realmente as pessoas saírem mais facilmente, [...] a gente vê assim que o número de pessoas participantes aumentou muito, acho que é por conta disso, de a gente acreditar, e acreditar nesse trabalho por conta de entender, de estudar, de aprofundar pela troca de experiências dos colegas. (Assistente Social).

Os profissionais também dizem se destacar o potencial terapêutico que os usuários manifestam durante os grupos, mesmo aqueles que têm agravos que limitam seriamente suas atividades, demarcando o deslocamento do lugar de incapaz comumente associado ao doente mental. “É surpreendente ver aqueles pacientes mais comprometidos conseguindo acolher o sofrimento do colega e muitas vezes traduzi-lo de uma forma que a gente não tinha conseguido, fazendo o papel de coterapeutas.” (notas do diário de campo durante grupo de estudo do GDH).

As intervenções no formato grupal também possibilitam lidar concretamente com o problema da grande demanda reprimida pelo formato das consultas individuais, e dos encaminhamentos indiscriminados para os serviços de referência, ou para o profissional especialista, situações que na realidade estudada faziam com que os usuários ficassem meses e, às vezes, anos na fila de espera para serem atendidos pelo CAPS ou pelo psicólogo do Nasf-AB. Mas na avaliação dos profissionais pesquisados, os Grupos Interativos vão além da solução deste problema, tendo em vista que reconhecem neste formato em

que o atendimento grupal é realizado, um potencial diferenciado para lidar com o sofrimento psíquico:

Como eu faço tanto atendimento individual como atendimento no grupo, eu percebo que os pacientes evoluem muito mais no grupo, porque a continência é outra, porque às vezes ele consegue refletir melhor quando o colega de grupo fala da história dele, essa é a maior diferença que eu percebo. (Psicóloga).

Sobre o potencial da terapêutica grupal, Freitas (2010, p. 27) aponta que “[...] o envolvimento, a solidariedade e, a partir desses, a confiabilidade, são elementos importantes no estabelecimento de interações fortes no sistema grupo.” E nesse modelo de interação, de acordo com o autor, a pessoa pode experimentar outros modos de pensar, sentir e agir que passam a compor seu modo de existir.

Considerações finais

A proposta dos Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH) mostra importante diálogo com os princípios e diretrizes das políticas de saúde. Nesse sentido, possibilita diálogo profícuo com os princípios da PNH, como transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Também, aproxima-se das diretrizes da PNEPS que oferta uma concepção da educação na saúde na qual “formação é intervenção e intervenção é formação” (Brasil, 2013a). Essa experiência promove uma qualificação do cuidado em saúde mental reconhecida pelos profissionais de saúde de Chapecó.

É nítido no encontro com os profissionais que atuam no GDH seu “apaixonamento” por esse lugar, pois concretizar ações com resolutividade tira-os do limbo da impotência. Assim, o GDH qualifica o fazer, oferecendo um suporte constante para que os profissionais de saúde “lidem” com as demandas de saúde mental. Nesse sentido, os participantes também se sentem acolhidos em suas demandas e mostram o quanto esse desenvolvimento humano colore não somente a vida do usuário, mas também suas práticas e suas vidas. A proposta do GDH expande teórica e tecnicamente a capacidade desses profissionais de utilizar dos recursos da grupalidade, em que todos podem ser “terapeutas” ativos na dinâmica grupal. E num país com tantas desigualdades e que vem colocando a Política de Saúde para andar na corda bamba, iniciativas como esta mostram que sim, dá para fazer!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 34: saúde mental**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Departamento de Atenção Básica; Secretaria de Atenção à Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. _____. **HumanizaSUS**. Folheto: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. **Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CAVALCANTE, R.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/2011**. Brasília: CFP, 2011.

DELEUZE, G. Désir et plaisir. **Magazine Littéraire**, Paris, n. 325, oct. 1994.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; METELSKI, F. K. Grupo Interativo: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: FREITAS, F. B. de; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2019.

_____ et al. Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na Rede de Políticas Públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos. In: FREITAS, F. B. de; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2019.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. D. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 65-76, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v9n15/v9n15a06.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

MERHY, E. E. et al. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1753-1756, 2018.

SOUSA SANTOS, B.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2014.

Interfaces das práticas grupais desenvolvidas por uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Fernanda Karla Metelski

Carine Vendruscolo

Gabriela Rebeschini

Flávio Braga de Freitas

Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Introdução: práticas grupais como ferramentas de trabalho dos Nasf-AB

A Atenção Básica (AB) é apresentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações de saúde voltadas ao âmbito individual, familiar e coletivo, que compreende a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Realizada por uma equipe multiprofissional, envolve práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada voltada à população pertencente ao território adscrito (Brasil, 2017). Para expandir e consolidar a AB, a implantação de equipes de Saúde da Família (eSF) vem sendo considerada como uma estratégia prioritária, em busca de qualificar a atenção voltada à população, investindo na longitudinalidade do cuidado, a fim de promover a qualidade de vida e a saúde do indivíduo e das coletividades (Brasil, 2017).

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional que busca ampliar as ações oferecidas à população pela qual é responsável, possibilitando um apoio diferencial às eSF, contribuindo para a resolubilidade da AB (Brasil, 2014). Em 2017, o NASF passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) com o intuito de ser incorporado efetivamente a este nível de atenção. Essa equipe multiprofissional e especializada, em conjunto com as eSF, conta com diversas ferramentas no seu processo de trabalho, dentre as quais, a consulta compartilhada, o projeto terapêutico singular, e os grupos com usuários.

As práticas grupais, ou seja, a realização de grupos envolvendo usuários e profissionais, constituem um importante dispositivo para criação de vínculo com a população, estabelecendo, assim, o cuidado longitudinal, tornando a equipe um ponto de referência terapêutico. Trata-se do modo como os participantes abordam e solucionam um problema em comum. Possibilitam a atenção especial para grupos de risco e um trabalho voltado a fatores influenciáveis, prevenindo o surgimento de agravos e a persistência de doenças (Brasil, 2017).

O desenvolvimento do trabalho com grupos vem sendo apontado como uma ferramenta de promoção da saúde para a equipe multiprofissional, em todas as edições da PNAB (Brasil, 2006, 2011, 2017), buscando atender às necessidades e demandas de saúde da população, visando à corresponsabilização da comunidade para a resolução de problemas, contudo, as técnicas sobre como conduzir estes grupos fica a critério das equipes de saúde.

Ferreira Neto e Kind (2010), numa pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, citam uma discussão sobre AB em todas as UBS deste município. Os autores, ao colocarem

em discussão a utilização dos grupos, destacaram aqueles que são baseados na passagem de informações dos profissionais para pacientes, salientando o que ocorreu na maioria das unidades pesquisadas: “[...] alguns grupos-doença vão se dissipando por esgotamento, tornando-se cansativos tanto para usuários quanto para profissionais.” (Ferreira Neto; Kind, 2010, p. 1130). Estes achados que vêm ao encontro do estudo de Freitas (2010) sobre o modelo de transmissão de conhecimento inerente ao Grupo Sócio Educativo (GSE), que tende a saturar ao longo do tempo, prejudicando a manutenção da participação dos usuários nos grupos.

Estudo proveniente do primeiro encontro para discutir a Saúde Mental no Estado de Tocantins, promovido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1995), versa sobre a falta de formação adequada e ausência de programas de capacitação, que acabam desestimulando tanto a realização de atividades grupais quanto a interação entre os membros dos grupos. Foi detectado que os técnicos utilizam seus próprios conhecimentos profissionais como recursos para coordenar grupos, e com o tempo essa atividade tende a ser interrompida. “A falta de formação específica para o trabalho com grupos e a pressão da assistência, dificultando tanto o desenvolvimento das práticas coletivas quanto o necessário planejamento e registro delas.” (Ferreira Neto; Kind, 2010, p. 1138). Os autores destacam ainda que o trabalho com grupos não constitui uma atividade predominante na eSF, e quando ocorrem são estruturados a partir de doenças e agravos, sendo tradicionais e marcados pelo saber médico.

Deste modo, embora os GSE (Freitas, 2010) sejam utilizados como instrumento de promoção de saúde e qualidade de vida no SUS, a relação “verticalizada” inerente a esta prática não atua como um mecanismo que favorece a identificação e resolução de proble-

mas, porque não estimula a corresponsabilização entre profissionais e comunidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) alerta que as relações “verticalizadas” e fragmentadas distanciam e fragilizam relações entre profissionais, e entre estes e os usuários (Brasil, 2004).

Por outro lado, os Grupos Interativos (GI) promovem uma relação “horizontalizada” entre usuários e profissionais, estimulando o partilhamento de situações do cotidiano causadoras de sofrimento, seja por conflitos que permeiam as relações ou condições de saúde geradoras de sofrimentos, promovendo a corresponsabilização e o protagonismo das pessoas, conforme trazido no capítulo 3 deste livro. O GI foi criado e vem sendo desenvolvido em Chapecó desde junho de 2012, e trata-se de uma metodologia inovadora que promove a interação entre os participantes do grupo, que cada vez mais vem ganhando espaço na rede de serviços públicos do município.

Através da interação em torno da situação problema trazida pelo porta-voz do grupo em busca de sua solução, os participantes tornam-se protagonistas da autocompreensão do seu sofrimento, e também do seu processo de solução e tratamento. Desenvolvem habilidade de transformar os problemas do cotidiano, inerentes ao ato de existir, em solução. Tais problemas deixam de gerar sofrimentos, serem adocedores e passam, potencialmente, a se tornar promotores de saúde (Freitas, 2010). Pode-se, ainda, relacionar as práticas grupais como espaços para capacitar a comunidade, a fim de atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, em direção à promoção da saúde (OMS, 1986).

A partir do exposto, pode-se afirmar que as práticas grupais podem ser desenvolvidas de modo “verticalizado”, também conhecidas como tradicionais, em que ocorre a transmissão passiva de saberes, e

desconsiderando o outro como um protagonista do seu cuidado, ou podem ser realizadas de modo “horizontalizado”, respeitando o outro em uma relação de corresponsabilização para a busca de soluções em conjunto. Nesse sentido, o objetivo do presente capítulo é apresentar e refletir sobre as características das práticas grupais desenvolvidas na AB, sob a perspectiva do Nasf-AB em um município do oeste catarinense.

Método: os caminhos percorridos

Essas reflexões emergem de um estudo realizado no município de Chapecó, considerado polo para a região do oeste de Santa Catarina que possuía cinco equipes do Nasf-AB em 2016. A equipe cujos profissionais foram entrevistados foi a que totalizou o maior tempo de atuação conjunta no Nasf-AB no período da coleta das informações. Esta equipe atua junto a oito eSF, sendo composta por: profissional de educação física, farmacêutico, psicólogo, assistente social e nutricionista.

Para a produção de informações, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, entre os meses de junho a julho de 2016, ocasião em que uma das profissionais se encontrava em licença maternidade, tendo participado do estudo, portanto, quatro profissionais do Nasf-AB da equipe selecionada. O instrumento utilizado para a entrevista semiestruturada era composto por quatro perguntas: 1) Conte-me sobre as tuas práticas de apoio, desenvolvidas individualmente, e em equipe, no Nasf-AB e com a eSF; 2) Nesse trabalho em equipe, como é a experiência de compartilhar as atividades?; 3) As atividades são direcionadas para qual público?; 4) Para o desenvolvi-

mento dessas atividades, quais são as ferramentas e/ou metodologias utilizadas?

Ao fazer as questões, as pesquisadoras possibilitavam que o entrevistado se manifestasse livremente e solicitavam que explicassem melhor os pontos que eventualmente não eram bem esclarecidos. Com esses direcionamentos, as entrevistas duraram, em média, quarenta minutos.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e as informações tratadas com base na análise de conteúdo. Este tipo de tratamento se realiza por meio da identificação de um tema, assunto, frase, palavra, ou texto para chegar a uma afirmação, a partir de três etapas sistemáticas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2014). Na pré-análise foram realizadas leituras do material no sentido de reconhecer a estrutura, descobrindo as orientações para a análise e registro das primeiras impressões sobre o conteúdo. Na etapa posterior, a exploração do material, aplicou-se o que foi definido na fase anterior, sendo esta a fase mais longa, por requerer várias leituras do material.

Na terceira e última fase, desvendou-se os resultados desta pesquisa. Assim, foram identificadas as categorias: a) atuação interprofissional entre Nasf-AB e eSF: o grupo na prática cotidiana; e b) práticas grupais: combinações e possibilidades. Ainda, dentro destas categorias, buscou-se identificar as características das práticas grupais em termos de “grupos horizontalizados”, baseados na interação (GI); ou “grupos verticalizados” ou tradicionais, baseados na passagem de informação.

Este estudo integra a pesquisa denominada “Reconhecendo as práticas de atenção à saúde na Atenção Básica: movimentos do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família”, realizada pelo Grupo de Estudo sobre Saúde e Trabalho (Gestra) da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Assim, seguiu os preceitos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que as informações foram produzidas após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPSH) da Udesc, sob parecer consubstanciado n. 1.531.443, de 4 de maio de 2016. Para preservar o anonimato dos participantes, suas identidades serão preservadas, apresentando-se as falas a partir da designação “P” de participante e o número de ordem das entrevistas.

Atuação interprofissional entre Nasf-AB e eSF: o grupo na prática cotidiana

A atuação dos profissionais que compõem a equipe do Nasf-AB como apoio às equipes da eSF pode ser desenvolvida de modo interprofissional (WHO, 2010), compartilhando as práticas e saberes em saúde para trabalhar no manejo de problemas e necessidades presentes no território (Brasil, 2014). A partir das entrevistas foi possível observar que há um reconhecimento das atribuições do Nasf-AB nesse ponto da rede de atenção, ao desempenhar a função de apoiadores das equipes da eSF: “[...] nós somos apoio a Estratégia Saúde da Família, o nome é bem específico, o núcleo de apoio.” (P1).

Embora a partir da revisão da PNAB o “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” passe a ser designado como “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica” (Brasil, 2017), a função de apoio permanece no ideário dos seus integrantes. Na época da produção das informações a Política estava em revisão, mas já se discutia a minuta

que suprimia o termo apoio do nome da equipe, deixando dúvidas quanto a sua função original.

O apoio se fundamenta, principalmente, no planejamento e realização de grupos com usuários, como se pode observar na fala de um deles, o qual relata sua preferência pelo atendimento em grupos, sobretudo, com a presença de algum profissional da eSF: “[...] são todos os grupos, tanto com a equipe do Nasf quanto da eSF, a gente faz vários grupos [...] a gente tem que sempre preconizar que nossos grupos de Nasf precisam ter alguém da eSF junto.” (P1).

Esse reconhecimento de apoio é inerente a todas as atividades desenvolvidas, em especial as práticas grupais. Porém, o termo apoio precisa ser compreendido no âmbito da interprofissionalidade, mediante a realização de práticas compartilhadas com as eSF, voltadas ao cuidado e que promovam a construção do conhecimento (Panzzi et al., 2017). Já o conceito de interprofissionalidade vincula-se à noção de trabalho em equipe e negociação de processos decisórios, mediante construção coletiva de conhecimento, respeito às diferenças e singularidades dos núcleos de saberes e práticas, de forma dialógica (Araújo et al., 2017).

Há que se considerar também o efeito paradoxal da atuação do Nasf-AB, a partir de diretrizes anteriores que orientavam sua atuação e que designavam ao Núcleo atribuições que eram, originalmente, das eSF, destituindo-os da sua vocação enquanto conhecedores de um núcleo específico do conhecimento. É preciso, portanto, clarificar conceitos e atribuições (Tesser, 2017).

Um dos profissionais entrevistados expressa que é preciso voltar para os usuários uma atenção holística e humanizada, e se faz necessário uma visão multiprofissional do indivíduo, compreendendo

que ele não é um ser dividido em especialidades, mas sim, constituído e influenciado pelo meio em que vive, levando em consideração fatores que interferem diretamente na sua percepção e modo de vida:

[...] a gente tem uma visão mais multi da pessoa também, mais integral, assim, ele não é só saúde mental, ele não é só alimentação, ele não é só uma dor na coluna ou coisa assim, ele é um ser humano completo, ele tem várias demandas, por isso, já que se tem uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, que aí a gente consegue ter vários olhares. (P1).

A integralidade é entendida como um componente da atenção ao indivíduo, correspondendo à percepção que vai para além da doença, abrange o ser em sua totalidade, considerando aspectos históricos, sociais, políticos, e processos resultantes de relações com a família, meio ambiente e a sociedade da qual faz parte. Cabe ao profissional de saúde atuar de forma menos mecanicista e articular práticas intersubjetivas, valorizando o diálogo e não tratando as pessoas como objetos (Oliveira; Campos, 2015).

No contexto das funções do Nasf-AB, o apoio matricial pode ser considerado como um arranjo organizacional sobre como “fazer” saúde, ou seja, está incumbido no cotidiano das práticas. Além disso, compõe-se de profissionais de diferentes saberes, dialogando e trocando conhecimentos, tendo como eixos norteadores, a cogestão (tomada de decisões), relações interprofissionais e a interdisciplinaridade; e como foco principal a corresponsabilidade pelo território e sua população (Oliveira; Campos, 2015). Esta proposta, junto ao desenvolvimento de grupos pelas eSF, com o auxílio do Nasf-AB, vem contribuindo para o desenvolvimento profissional dos nasfianos, pois

reconhecem a atividade como um potencial em seu processo de trabalho.

Chama atenção a heterogeneidade de participantes dos grupos organizados pelos nasfianos, bem como a forma de planejamento e operacionalização destes. Os profissionais da eSF, segundo os nasfianos, solicitam o desenvolvimento do grupo na unidade, porém, não participam, efetivamente, da sua organização e desenvolvimento:

[...] tinha um pessoal, agente de saúde, auxiliares [de enfermagem] que participavam dos grupos, mas elas vinham enquanto alunas, e não enquanto profissionais para serem capacitados, por exemplo, para estar fazendo alguma atividade. (P3).

Os grupos de saúde mental são as rodas de terapia comunitária ou o GDH, então as unidades mesmo quem tem da unidade a capacitação pra roda de terapia, não estão fazendo. (P4).

[...] o [grupo] do Lian Gong [nome do grupo de práticas corporais] é terapêutico [...] esse não tem nenhuma participação [dos profissionais de eSF] das unidades. Assim, foi tentado: quem iria participar para quando o educador físico vem fazer um alongamento junto? Mas não houve nenhuma participação da unidade, a unidade quer que tenha o grupo, mas nenhum funcionário participa [...] eu não faço [grupo] onde não tem participação da equipe [eSF] porque a equipe tem que conhecer também o que está sendo feito, como é que o grupo está acontecendo. (P4)

Aspectos como a falta de colaboração e de participação, bem como, o não envolvimento de alguns profissionais, são vistos como falhas na ação conjunta entre equipes do Nasf-AB e eSFs, dificultando a realização do apoio matricial e ocasionando uma integração incipiente entre as equipes (Matuda et al., 2015). Necessita-se evoluir no que se refere ao trabalho integrado, sendo que, no lugar da transfe-

rência de responsabilidades de um profissional para o outro, se exerce a corresponsabilidade entre as equipes.

Gonçalves (2014) em um estudo na cidade de São Paulo observou que o Nasf coordenava a maioria dos grupos com ou sem a parceria das equipes da eSF, justificado em decorrência de algum dos empecilhos como: a elevada demanda de atendimentos para as eSF; ou a diferença do modelo de gestão; ou a divergência nas práticas de serviços das equipes; ou das distintas metas de produtividade, que interferiam na participação da eSF no desenvolvimento dos grupos.

O fato de os profissionais do sistema de saúde não terem recebido preparo em seus cursos de formação para a coordenação de grupos, especialmente os grupos horizontalizados, baseados nas trocas de informações e de conhecimentos por parte das pessoas do grupo, contribui para a não participação ou para o desestímulo na continuidade das práticas grupais pelos profissionais (Freitas, 2010).

As práticas grupais fomentam o apoio matricial exercido pelos profissionais do Nasf-AB com as eSF, configurando-se como um elemento fundamental para alcançar a integralidade de saberes, potencializar as competências individuais e a autonomia dos profissionais e da equipe diante aos problemas enfrentados (Sousa; Tófoli, 2014). O trabalho a partir de práticas grupais proporciona o sentimento de autonomia e protagonismo não apenas dos profissionais das equipes da eSF, mas também, atinge os profissionais do Nasf-AB: “[...] a gente tem mais autonomia para criar e desenvolver o grupo.” (P3).

Nas falas dos profissionais foi mencionada a resistência por parte da população quanto à participação nas práticas grupais, contudo, um deles acredita que seja possível o trabalho em grupo, por meio da educação popular, a fim de conscientizar os usuários sobre a poten-

cialidade de intervenção que um grupo exerce: “[...] a gente também pode educar a população para se trabalhar de outra forma [participar dos grupos].” (P4).

Sobre isso, Franco et al. (2011), em seus estudos, relataram sobre algumas dificuldades para a realização de grupos, entre elas, a participação limitada dos usuários, cuja causa atribuiu às práticas grupais voltadas a temas que eram prioridade para o serviço e não para os usuários.

Vale refletir sobre isso, com base em Rumor et al. (2017), para o qual questões como o autoritarismo do profissional da saúde, desvalorização dos sentimentos e crenças dos usuários, educação de caráter informativo, entre outros aspectos visados em uma educação bancária, não estimulam a educação libertadora (Freire, 2017). Ao contrário, para promover a longitudinalidade do cuidado, o profissional precisa exercer o acolhimento, a escuta, o diálogo, além de demonstrar a sua disponibilidade ao usuário, valorizando suas crenças e fomentando o sentimento de confiança.

A atuação conjunta entre a equipe do Nasf-AB e as equipes da eSF's da área de abrangência, pressupõe o trabalho conjunto, a partir das práticas grupais, porém, foi observada a fragmentação dessa atividade, pois também se observa o revezamento dos profissionais do Nasf-AB e eSF no trabalho com os grupos. O planejamento do grupo inclui a “definição” de um profissional para coordenar e estar presente nos encontros dos grupos. Essa prática de “escalar” qual profissional participará e coordenará o grupo dificulta a continuidade e a comunicação entre eles e os usuários, fragmentando o cuidado e dificultando o diálogo e a troca de saberes multiprofissionais acerca das demandas e necessidades dos usuários.

A gente sempre divide [quem irá conduzir o grupo] porque na verdade é muita demanda [de atendimentos individuais] para ir toda a equipe do Nasf. Então, por vezes, assim, vai um profissional [...] que eles [eSF] convidam para participações pontuais, esse mês vai psicólogo, mês que vem vai a nutricionista, assim vai indo, sempre com algum enfermeiro ou o médico junto para coordenar o grupo. (P1).

O desenvolvimento dos grupos requer das equipes a realização de um planejamento de modo compartilhado, mediante espaços coletivos que possibilitem o diálogo, a análise de necessidades e a tomada de decisões, a fim de criar condições para um trabalho coletivo (Panzizzi et al., 2017).

O trabalho compartilhado é infinitamente mais potente do que a abordagem individual (Brasil, 2010a). A demanda interfere na organização das atividades, mas também constitui o motivo principal para repensar essa organização e superar o modelo individual e fragmentado, avançando em direção ao trabalho interdisciplinar.

Práticas grupais: combinações e possibilidades

As entrevistas evidenciaram que são realizados grupos voltados para adultos saudáveis, pessoas com hipertensão, com diabetes e idosos. Outros públicos como: crianças, adolescentes, mães e gestantes, apesar de serem reconhecidos como públicos em potencial, não constituem o alvo das práticas grupais para a equipe do Nasf-AB participante do estudo. Assim,

[...] são adultos que participam de atividade física, pessoas saudáveis e pessoas que já tenham algum tipo de problema, como

lesões na coluna, que procuram atividades físicas para melhorar a questão da saúde ou então para fazer a manutenção. (P3). [...] grupos, por exemplo, de hipertensos e diabéticos vai acolher mais idosos, geralmente, mais idosos que participam! (P2).

São variadas as possibilidades para atenção e cuidado aos idosos, não tendendo somente para “controle” da doença ou para a prevenção dos agravos. Em uma pesquisa realizada por Santos e Martins (2017), propõe-se, na lógica da promoção da saúde, grupos de ginástica, com a presença do Nasf-AB e das eSFs. Neles, os participantes, com idade de 65 a 80 anos, relatam considerarem adequada essa proposta para promover sua qualidade de vida. Sentem-se respeitados e valorizados no grupo, o que significa a construção da autonomia. Observa-se, portanto, que as atividades físicas não apenas influenciam na saúde mental, mas também possibilitam o controle das doenças crônicas e ampliação das relações sociais significativas.

No entanto, um dos profissionais reconhece os grupos como espaços de educação em saúde, com vistas à prevenção de doenças: “[...] com a equipe Nasf a gente tem vários grupos de educação em saúde: são diabéticos, dislipidemias, educação alimentar.” (P4).

Não se pode negar que os grupos se configuram como uma importante ferramenta de educação em saúde, possibilitando a ampliação do cuidado e a relação horizontal entre os profissionais de saúde e a população, além da viabilização do compartilhamento de experiências entre os participantes dos grupos. A educação popular possui grande possibilidade de transformação da realidade social, por considerar a história e as crenças do indivíduo, atendendo às reais demandas e necessidades de saúde da população (Freire, 2017). Todavia, ao tomar o referencial da promoção da saúde, há que se avançar

para práticas que, além de empoderadoras, promovam a qualidade de vida e a felicidade.

As práticas grupais favorecem a formação de vínculo entre os indivíduos, por facilitar a relação de um com o outro. Isso vale para profissionais e usuários e entre os próprios usuários, e implica compreender hábitos, histórias de vida, propiciando o reconhecimento da identidade de cada um, dentro e fora do grupo (Brasil, 2010b).

Em relação à metodologia proposta para a condução dos grupos, os profissionais referem à preocupação em interagir com o indivíduo, evitando o modelo baseado em palestras e ações verticais. Em relação aos temas abordados, ainda se percebe uma tendência a direcionar as intervenções grupais para as patologias e riscos que representam para a saúde. As práticas grupais preponderantes no SUS são ainda as do tipo verticalizadas, pois se baseiam em passar informações dos profissionais da equipe Nasf-AB para os usuários do SUS (Freitas, 2010).

Evidencia-se, portanto, características dos grupos horizontais expressas na fala “fazer grupos mais interativos” e características dos grupos verticais expresso em “centrado na questão da patologia”, conforme pode ser observado a seguir:

[...] a gente procura fazer grupos mais interativos, baseados na queixa do paciente. Então, são conversas, aquele modelo de palestra a gente acaba não seguindo, a gente chama esses pacientes para uma roda de conversa. (P4).

[...] eu acho que infelizmente, está mais centrado na questão da patologia, a maioria dos nossos grupos está centrado nisto. (P1).

Na contramão de grupos que não se consolidam por serem baseados na passagem de informações como uma forma de “combater as doenças”, os profissionais também mencionam experiências que se consolidam, como a criação de um grupo de diabéticos a partir da identificação da necessidade na comunidade. Grupo este que se propôs a promover a interação entre os seus membros:

Tem grupo de diabéticos [...] foi muito por uma iniciativa do Nasf, foi uma demanda que a gente viu que precisava ter essa parte de promoção e prevenção à saúde [...] é um grupo que deu supercerto, não morreu, que a gente tem muito essa questão de morrer grupo de hipertensos e diabéticos. (P2).

A realização de grupos com funcionamento horizontalizados, baseados na construção conjunta do conhecimento, ainda pode ser considerada uma prática incipiente no sistema de saúde, e um fator de estranhamento, tanto por parte dos usuários quanto por parte dos profissionais das equipes de saúde (Freitas, 2010).

A atuação do profissional da nutrição envolve várias atividades, entre elas a avaliação nutricional, o plano e os grupos. A avaliação nutricional é o momento em que o usuário é convidado a fazer parte de um dos grupos já existentes e que, no escopo das suas abordagens, pode dar conta da manutenção da saúde: “[...] da minha parte, não vou chamar essa pessoa toda semana até quinze dias ou uma vez por mês para passar um plano alimentar, por exemplo, vou orientar ela e vou tentar encaixar ela em alguns dos grupos que a gente tem.” (P4).

Esta fala remete a uma mudança de postura da profissional entrevistada, evoluindo de uma prática baseada na ideia do profissional ser o “dono do suposto saber” que prescreve uma terapêutica, no caso,

o plano alimentar, para a postura da “construção conjunta do saber”. No grupo, onde ocorre uma interação entre os participantes do mesmo, ambos (profissionais e usuários) conseguem analisar, compreender o problema e, depois, de forma conjunta, buscarem uma solução para o mesmo.

No GDH são realizados em torno de dezesseis encontros, por meio de grupos fechados, horizontalizados, conduzidos pelo Nasf-AB juntamente com a eSF, a partir de temas como tabagismo, alimentação e nutrição, priorizando o trabalho interdisciplinar, a busca pela resolutividade, o cuidado contínuo e acolhedor, a criação de vínculo e da responsabilização dos participantes. Portanto,

[...] é uma metodologia diferente, os nossos grupos de saúde mental, por exemplo, não tem como ser grupo aberto, a gente faz GDH, o grupo de desenvolvimento humano tem que ser fechado. Por quê? Porque tu só vai conseguir falar sobre você, sobre tua vida se tu ir todo encontro e encontrar as mesmas pessoas, tu vai criar confiança, tu vai criar afeto por aquelas pessoas, aí que tu vai se sentir livre para falar o que tu precisar falar, tu vai resgatar coisas antiguíssimas da tua vida, da tua alma, que você precisa pôr para fora, então não teria lógica, de você deixar um grupo às vezes aberto, porque uns vêm, outros não vêm, tu nunca cria confiança naquele grupo que tá ali para ti tratar [...]. (P1).

Os grupos de saúde mental desenvolvidos pelo Nasf-AB com foco na promoção da saúde foram descritos pela equipe em estudo como o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), uma ação que promove a capacitação de modo permanente. Dessa forma,

[...] a gente acaba também procurando formas de se capacitar, como a gente tem o GDH, que é o Grupo de Desenvolvimento Humano, que não é só para a gente estar junto com a psicóloga [...] a maior demanda que a gente tem acaba sendo a psicologia. Então, a gente procura alguma forma de estar se capacitando, é ainda um pouquinho fraca a questão da educação permanente [nos serviços de saúde em geral], mas a gente procura uma forma para estar melhorando sempre o nosso atendimento [como o que acontece no GDH]. (P4).

O GDH capacita os profissionais por meio do aporte teórico metodológico dos GIs. Partindo do emergente no contexto grupal, observado em meio aos conflitos relatados que causam sofrimento nos usuários, os profissionais buscam dar adequado encaminhamento à tarefa com um objetivo em comum, que será alcançado a partir da interação e o estabelecimento de vínculos, como relatado no capítulo 3 desta obra.

O Nasf-AB estudado utiliza o GI como modelo na condução dos grupos na AB, em especial para os de saúde mental, e tem no GDH o suporte permanente para o desenvolvimento de grupos horizontalizados dentro da rede de atenção. Assim,

[...] a gente da saúde mental tem mais nos grupos de estudo do GDH que tem uma proposta de grupos terapêuticos que a gente tem, é claro que ele é aberto para profissionais também de outras áreas, não é só da psicologia tá, mas, mesmo assim, ele é bem voltado apenas para a saúde mental, às vezes teria que ter outros momentos de estudos, uma coisa mais ampla [...]. (P1).

Ainda que o GDH seja associado a uma demanda de saúde mental, profissionais de outras áreas participam, caracterizando-o como uma proposta interdisciplinar. Para além disso, os profissionais

sentem necessidade de ampliar as propostas de estudos, visando a instrumentalização para a prática profissional em outras áreas.

Este estudo analisou as falas de somente uma dentre as quatro equipes do Nasf-AB em Chapecó, o que pode ser considerado um fator limitante para a generalização dos achados no momento da pesquisa. Contudo, isto também pode ser considerado um fator estimulante para novos estudos e para o acompanhamento da evolução que o GDH vem desencadeando, bem como, seus desdobramentos nos diferentes cenários na rede de atenção, seja na saúde e para além dela, nos processos de trabalho profissionais, e, principalmente, na vida dos usuários.

Considerações finais

O Nasf-AB participante do estudo utiliza as práticas grupais para oferecer apoio matricial junto a eSF, e como instrumento para a promoção de saúde do usuário. A atuação interprofissional entre as equipes ora é evidenciada por meio dos grupos horizontalizados, ora não, pois demonstra uma fragmentação no processo de trabalho, evidenciado pelos grupos verticalizados, comprometendo uma atenção interdisciplinar efetiva, e o próprio desenvolvimento do apoio matricial nesse espaço.

A realização de grupos pelo Nasf-AB constitui-se uma prática cotidiana comum, uma vez que todos os entrevistados realizavam algum tipo de grupo. Contudo, a atuação interprofissional, que contribui para o estabelecimento de vínculos e a longitudinalidade do cuidado oferecido ao usuário, nem sempre acontece. Os nasfianos reconhecem-se como parte da saúde da família, priorizando a parti-

cipação da eSF nos grupos desenvolvidos. Porém, a adesão incipiente e mesmo a resistência de alguns membros da eSF em participar dos grupos, especialmente os grupos baseados na interação, os GI, compromete o estabelecimento de vínculos entre os profissionais do Nasf com os profissionais da eSF. Resultando na fragmentação do cuidado, divisão de tarefas, e reforça a manutenção de grupos verticalizados.

Os grupos verticalizados realizados pelas equipes são geralmente destinados aos usuários em fase adulta ou idosa, participantes do grupo de atividade física, hipertensos e diabéticos, e tendo caráter mais paliativo. Quanto aos públicos, crianças e adolescentes, não há o desenvolvimento de grupos, porém, vê-se que os profissionais demonstram disposição para trabalhar com estes públicos, mas não enfatizam a realização de ações para atingir esses públicos.

Apesar de serem observadas fragilidades na condução destes grupos, tanto no que se refere à atuação conjunta entre Nasf-AB e eSF quanto na abrangência do público-alvo, que se mostrou limitada, emerge neste cenário do GDH uma ação que capacita os profissionais permanentemente para o desenvolvimento de grupos interativos, potencializando, assim, a transformação de paradigma até então hegemônico, o saber centrado na figura do médico.

Quando as práticas grupais na AB, desenvolvidas pelas equipes do Nasf-AB e eSF, ocorrem de maneira conjunta, elas assumem uma nova configuração, resultando em um trabalho interprofissional. Neste cenário, há um incremento do desenvolvimento de grupos horizontalizados, os Grupos Interativos (GI). Estes podem ser considerados um importante instrumento de trabalho, uma vez que favorecem o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, e constituem espaços de escuta e diálogo, contribuindo para a resolu-

ção de problemas em comum e potencializando o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

Assim, alguns profissionais já vêm priorizando a realização dos Grupos Interativos, abandonando o modelo vertical tradicional das palestras. A proposta horizontalizada pode ser considerada empoderadora, uma vez que estimula os usuários a participarem e a se sentirem corresponsáveis pela resolução das situações conflituosas potencialmente adoecedoras.

Referências

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. _____. _____. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. _____. _____. **Primeiro encontro para discutir saúde mental no estado de Tocantins**. Orientação Dr^a. Fátima de Oliveira e Dr. Jorge Bichuetti. nov. 1995.

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Pactos pela Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 31 jan. 2019.

FRANCO, T. de A. V. et al. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na Atenção Básica. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 7, n. 2, p. 19-22, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 64. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91

f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; METELSKI, F. K. Grupo Interativo: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: FREITAS, F. B. de; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano**: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas. Chapecó: Argos, 2019.

_____; METELSKI, F. K.; BERTOLLO, B.; BRUNELLO, V. Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na Rede de Políticas Públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos. In: FREITAS, F. B. de; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano**: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas. Chapecó: Argos, 2019.

GONÇALVES, R. M. de A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, nov. 2014.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&rm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

MYNAIO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, M. M. de; CAMPOS, G. W. de S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, jan. 2015. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2018.

PANIZZI, M. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 155-170, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

RUMOR, P. C. F. et al. Educação e cultura em saúde à luz de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5122-5128, 4 dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25338/25362>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

SANTOS, A. de P. M.; MARTINS, C. D. Qualidade de vida de idosos participantes do grupo de ginástica em Fortuna de Minas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Belo Horizonte, v. 5, n. 4, p. 1-20, dez. 2017.

SOUSA, M. L. T. de; TÓFOLI, L. F. Apoio Matricial e Integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 47-70, jan. 2014.

WHO – World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=6428907925D5673BFC11A870882A495F?sequence=1>. Acesso em: 27 dez. 2018.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300565&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

TERCEIRA PARTE
Experiências de Grupos de
Desenvolvimento Humano nas
Políticas Públicas

O trabalho com famílias: relatos de experiências com grupos interativos no CREAS I e CAPSi II

Ana Paula Machado
Cassintia Santin Gasparetto
Daiana Cristina Sebenello
Karina de Witt

“O que é calado na primeira geração, a segunda o leva no corpo.”
(Françoise Dolto, 1989, p. 32).

Introdução

Para Zimerman (2007), a família é o primeiro grupo onde o indivíduo está inserido e, como tal, é determinante na constituição do sujeito. Conforme o referido autor, a família se constitui como um campo dinâmico, onde a criança não sofre somente de forma passiva a influência dos demais, mas também é um poderoso agente de modificação da estrutura familiar. Desde que nasce, a criança está inserida nesse sistema, seja influenciando-o ou sendo influenciada, e, ainda, construindo a sua estruturação psíquica. Além disso, cada um dos pais ou cuidadores possui um sistema de valores que deve cultivar e passar adiante, além da internalização de objetos acompanhada dos respectivos conflitos que podem ser a marca de uma família (Zimerman, 2007).

Conforme a NOB/SUAS (Brasil, 2005), considera-se família como um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consan-

guíneos, afetivos e/ou de solidariedade. Desta forma, para ser família não é necessário a existência de vínculos sanguíneos e de parentesco, e sim estabelecer relações significativas entre os indivíduos.

Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999, p. 22) descrevem a família como “um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança”. Na mesma direção, Groisman (2015) destaca que o ser humano se desenvolve – do seu nascimento até a morte – na família que o originou e na família que veio ou não a constituir. Assim, as experiências no relacionamento com pais, avós, irmãos ou outros sujeitos significativos do contexto familiar, deixam marcas positivas ou negativas que determinam o comportamento do sujeito no presente.

Na família, a criança inicia seu processo educativo, socializa-se e constrói as bases emocionais que a tornam capaz de intercâmbios afetivos. Também é na família, em contato com os demais membros, que a criança se torna pessoa, aprende a se comportar segundo os lugares que nela ocupa de criança, filho, irmão, primo, a partir dos modelos familiares e da cultura que a orienta (Rabinovich; Silva, 2009). Conforme Pichon-Rivière (2009), o indivíduo doente é o porta-voz das ansiedades do grupo familiar, ou seja, é o depositário das tensões e dos conflitos encobertos deste grupo. Da mesma forma para Groisman (2015), o indivíduo não é uma pessoa isolada com uma patologia específica, mas, sim, um elemento de um sistema de forças: a família.

Partindo das noções apresentadas destacamos a importância do trabalho com famílias, especialmente quando falamos sobre o atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes. Os desafios que se apresentam aos profissionais do CREAS I e CAPSi II que desenvolvem atendimentos psicossociais com famílias na cidade de

Chapecó é que, em muitas situações, as famílias não se apresentam como ambientes de proteção e cuidados para proporcionar o desenvolvimento de seus membros, mas sim, são fontes de violência e de adoecimento psíquico.

Sendo assim, como articular as políticas públicas no atendimento da realidade destas famílias? Seria possível modificar este padrão familiar para o estabelecimento de vínculos saudáveis e protetivos? E quais as estratégias possíveis para a modificação desta dinâmica familiar? As equipes de profissionais que atuam nesta área estão preparadas para atuar diante dos casos relacionados à família, à infância e à adolescência? Considerando essas questões e refletindo sobre os desafios e dificuldades no trabalho com crianças e adolescentes é que os profissionais dos serviços CREAS I e CAPSi percebem que não é possível promover saúde mental, fortalecimento de vínculos familiares e o rompimento com as situações de violência sem trabalhar diretamente os membros do grupo familiar. Diante dessa percepção, os serviços passaram a desenvolver de forma contínua o trabalho com Grupos de Famílias.

O avanço a partir da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi muito grande para a proteção integral de crianças e adolescentes. Porém, o que autores como Zimmerman (2007), Groisman (2015), Pichon-Rivière (2009) nos apontam é que precisamos ampliar a compreensão e o direcionamento dos atendimentos, seja nas Políticas de Saúde ou de Assistência Social, para que crianças e adolescentes não sejam percebidos como depositários dos conflitos e questões familiares.

Desta forma, é preciso avançar em relação às estratégias de atuação junto às famílias e às crianças e aos adolescentes, sendo este

um dos maiores desafios encontrados pelas equipes de profissionais tanto do CREAS I quanto no CAPSi II. Os Grupos Interativos oferecidos a partir dos Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH) se apresentam como estratégia de trabalho e intervenção com as famílias, visando, por meio do acompanhamento grupal, a reflexão e a mudança nos padrões de relacionamentos e na dinâmica familiar.

Para avançar nos atendimentos às famílias e seus membros precisamos estar atentos a fatores relacionais, compreendendo a situação em sua complexidade e dinâmica inter-relacional que não pode ser reduzida a uma explicação simplificadora, individualizada e projetiva na figura de um terceiro. Partir somente de um entendimento primário acaba simplificando a realidade, pois, desta forma, basta afastar o membro “problemático” do grupo familiar, desconsiderando-se, assim, que os conflitos dizem respeito a questões culturais, históricas, sociais e, sobretudo, relacionais. Como observamos na prática, é preciso um trabalho efetivo para produzir mudanças nas relações evitando a repetição do padrão relacional em outras esferas de relacionamentos.

Um exemplo claro dessa realidade é encontrada nos casos de atendimentos a famílias em situação de violência. Neste sentido, Cavalcanti e Schenker (2009) apontam a ocorrência de um efeito cascata em relação à violência, ou seja, para estas autoras a violência praticada pelos avós aos pais, repercute na geração dos filhos, que praticaram com os netos e assim o ciclo permanece caso não seja diagnosticada e tratada em seu contexto social. Assim, os profissionais do CREAS I descrevem que durante a realização da primeira acolhida da família no serviço, o discurso de muitos pais ou responsáveis ao justificar o uso/abuso da violência como forma de resolver os conflitos na famí-

lia perpassa pela expressão: “eu fui criado assim e estou aqui, então com o meu filho farei o mesmo”. Os pais proferem essa justificativa para explicar a forma de educar ou relacionar-se com os filhos tendo como base a violência. Desta forma, acontece uma naturalização das práticas violentas seja do homem contra a mulher, historicamente construída por questões de gênero, e do adulto sobre a criança ou adolescente (Cavalcanti; Schenker, 2009).

Para Zimerman (2007) existe ainda a forte tendência de conflitos dos pais serem reeditados nas pessoas dos filhos. Isso vai ao encontro do indicado por Kaës (2013 apud Trachtenberg et al., 2013) sustentando que o ser humano, mesmo antes de nascer já está inserido em um conjunto intersubjetivo que o tem e o sustém; e dentro deste conjunto ocorrem as transmissões psíquicas entre as gerações. Este autor chama a atenção para a transmissão de aspectos não metabolizados, traumas não elaborados, vivências não significadas, nos fazendo pensar sobre o fato de que uma perturbação mental possa estar vinculada a gerações anteriores (Trachtenberg et al., 2013).

Já Faimberg (2013 apud Trachtenberg et al., 2013) fala deste fenômeno através da metáfora das bonecas russas, que “entram umas dentro das outras”, denominando este movimento como telescopiação entre gerações. Neste fenômeno o filho vulnerável fica sujeitado ao que os pais dizem ou calam; como um depositário de lutos não elaborados, segredos não revelados, dores não sentidas, ficando, assim, alienado de si mesmo, vivendo uma história que ao menos em partes não é sua (Trachtenberg et al., 2013). Nos atendimentos nos serviços CREAS I e CAPSi II são frequentes as percepções por parte dos profissionais desse fenômeno ocorrendo nas famílias e através da visualização da repetição de situações de violência, suicídio, adoeci-

mento psíquico, negligência em seus relatos e contextos de relações e de vida.

Este capítulo tem por finalidade apresentar as experiências desenvolvidas na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC) de Grupos com Famílias, mais especificamente a aplicação de Grupos Interativos no serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) das unidades do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS I) e no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

A família na Política de Assistência Social e de Saúde

A proteção social e a garantia de direitos são conceitos discutidos e considerados nas políticas públicas brasileiras, especialmente a partir da Constituição de 1988. A promulgação desta, conforme Bicca (2011), representou uma nova fase para a Assistência Social no Brasil, em que a mesma assume *status* de política pública, assim como as políticas de saúde e educação, ampliando a proteção social no país.

Em relação à correspondência de fatores de proteção, garantia de direitos e políticas públicas, destaca-se o desenvolvimento de ações para fortalecer a autonomia do papel da família tanto na Política de Assistência Social e Política de Saúde (Brasil, 2011). Esta ênfase da política de Assistência Social e da Saúde na família sinaliza aos profissionais psicossociais a importância de compreender o sujeito em relação com seu ambiente social, sua comunidade e, em especial, as relações entre os familiares.

A Declaração dos Direitos Humanos traz a família como núcleo natural e fundamental da sociedade que tem direito a proteção do Es-

tado. Porém, apesar desta definição e do conceito ampliado de família proposto pela NOB/SUAS (BRASIL, 2005) o que é observado muitas vezes na prática são processos de fragilidade das políticas públicas em oferecer condições de proteção e garantia de direitos a todos os integrantes da família; assim como sua complexa unidade familiar.

A Política de Assistência Social aponta que para a família garantir a proteção de seus membros deve ser fornecido a ela um mínimo de garantias de sustentabilidade para tal, por meio de políticas públicas estatais. Com as mudanças nos arranjos familiares, a lógica individualista da sociedade acarreta mais fragilidade nos vínculos familiares e comunitários, sendo necessário às famílias o desenvolvimento de complexas estratégias de sobrevivência (Brasil, 2005). Nesse sentido, a Política de Saúde também passa a visualizar a família como promotora de cuidados e responsável pela manutenção de seus vínculos a fim de alcançar o desenvolvimento saudável de seus membros.

A saúde mental infantil é um tema transversal a diferentes especialidades médicas, sociais e educacionais afetando todas as áreas do desenvolvimento e impactando a saúde física e mental da família e o rendimento escolar, com suas óbvias consequências na vida adulta. São difíceis de mensurar os impactos causados pela angústia familiar, situações de conflito e de desempenho social inadequado na infância.

A corresponsabilização de familiares na atenção às crianças e adolescentes, apresenta-se como uma das diretrizes nas políticas de saúde mental infanto-juvenil (Brasil, 2005). De acordo com a Portaria 336/GM, o atendimento a familiares encontra-se entre as atividades a serem desenvolvidas nos CAPSi II.

A Lei n. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – traz em seu artigo 4º que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Fundamentando-se neste artigo a família se caracteriza como célula primordial na observância e no cumprimento do Estatuto, firmando-se, assim, como instituição de maior responsabilidade na formação e no desenvolvimento da criança e adolescente.

Conforme Pereira (2003), a importância da família como parceira no novo modelo de atenção cresce em reconhecimento pelos serviços de saúde mental à medida que se percebe que ela é o principal agente na ressocialização do paciente. Esse reconhecimento é tornado oficial a partir da Lei n. 10.216, que, dentre outras atribuições, fala da responsabilidade da família no tratamento:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (Brasil, 2004, p. 17-18).

Melman (2006) aponta que o bom funcionamento social dos pacientes depende de um suporte familiar, e, para isto, é preciso que se pense em estratégias de envolvimento familiar no tratamento. Sendo assim, é congruente afirmar que os serviços de saúde devem voltar a sua atenção também para o cuidado dos familiares. Assim, com essa nova postura com o tratamento, em que a família é vista como peça-

-chave para o seu progresso, é necessário que se reveja a relação entre os serviços, usuários e seus familiares.

Melman (2006) destaca, ainda, a necessidade de se desenvolver estratégias de envolvimento da família no tratamento, uma vez que evidências comprovam a eficácia das intervenções familiares em promover melhora do quadro clínico, diminuir ou atenuar recaídas e reduzir o número de internações psiquiátricas dos pacientes com transtorno mental severo.

Com isso, a implementação das ações do GI nos serviços de CREAS I e CAPSi II oportunizaram às famílias e seus responsáveis a serem atuantes dentro de suas problemáticas, encontrando um espaço seguro e promotor de (re)significações de seus arranjos e dinâmicas familiares.

A experiência dos Grupos Interativos no CREAS I

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) constitui unidade pública estatal na prestação de serviços especializados, estando situado na Política de Assistência Social. Destina-se a prestar atendimento às famílias, indivíduos, crianças e adolescentes com direitos violados por ocorrência de negligência, abandono, ameaça, abuso e exploração sexual, violações físicas e psíquicas, trabalho infantil e adolescentes em conflito com a lei que respondem processos em meio aberto (Brasil, 2011b). A cidade de Chapecó possui duas unidades de CREAS, a experiência aqui relatada versa na unidade do CREAS I, que corresponde na abrangência dos territórios das regiões Sul, Leste e parte da região Central da cidade.

Nos atendimentos realizados pelos profissionais do CREAS I às crianças e aos adolescentes, observa-se grande necessidade de um espaço para pais e/ou familiares responsáveis em trocar experiências e compartilhar angústias diante das situações vivenciadas. Nas avaliações iniciais, a equipe multiprofissional identifica padrões transgeracionais das relações entre pais e filhos, tanto quanto a perpetuação da violência.

Até meados de 2014 o acompanhamento psicossocial às famílias era realizado no CREAS I seguindo uma metodologia de grupos informativos, com foco em transmitir orientações por meio de palestras. Nesses grupos, o vínculo estabelecido entre profissionais-familiares e familiares-familiares era verticalizado e não horizontalizado ou aberto, sem interação entre os participantes e pouca escuta. Neste modelo de grupo eram trabalhados temas norteadores como o Estatuto da Criança e do Adolescente, formas de educar, limites e cuidados adequados, entre outros assuntos. Mas observávamos como profissionais que o alcance de resultados significativos às questões apresentadas nas famílias por meio dessa metodologia era superficial.

As maiores dificuldades que a equipe de profissionais encontravam eram: grupos com temas autolimitadores; pouca compreensão da realidade sociofamiliar; abertura mínima para expressão de angústia e outros sentimentos; mais espaço de fala do profissional Assistente Social e Psicólogo do que para as famílias, que permaneciam na postura de ouvintes; pouco empoderamento na resolução de problemas familiares devido a não compreensão das raízes dos conflitos familiares; além da baixa adesão dos usuários ao acompanhamento familiar.

Ao implantar a metodologia do GI, os profissionais passaram a possibilitar às famílias trazerem à tona os padrões que os pais adquiriram em suas famílias de origem em relação aos seus filhos, e a refletir de que forma essas dinâmicas de relações contribuem, ou não, para a manutenção do ciclo de violência. Isso é possibilitado pelo objetivo principal desse tipo de grupo, que é a interação dos participantes e o compartilhamento das experiências/vivências de vida.

Nesse sentido, o grupo interativo com familiares funciona em concordância com as ideias de Pichon-Rivière (2005), ao afirmar que um grupo operativo permite que o sujeito aprenda a pensar, possibilitando, assim, a superação das dificuldades de aprendizagem; através da cooperação e da complementaridade na tarefa. Partindo desse conceito, entende-se que o grupo operativo se torna terapêutico devido à capacitação do sujeito para operacionalizar na (e com a) realidade. Na medida em que a família consegue estabelecer outras formas de interagir ou pensar sobre a tarefa de educar/ensinar os filhos, este conhecimento pode ser transposto para a vida familiar, potencializando o processo de construção do conhecimento e autogestão das relações/conflitos familiares.

Para as famílias que sofreram violações de direitos, a revelação pode ocasionar um processo doloroso, tanto para o sistema familiar quanto para cada membro dele; exigindo mudanças nas formas de relação entre os familiares.

Nos estudos interdisciplinares realizados no CREAS I, os casos são discutidos e analisados por diferentes saberes, sendo a abordagem familiar uma necessidade compartilhada pelos profissionais na grande maioria dos encaminhamentos recebidos para o atendimento de crianças e adolescentes.

Entende-se que a demanda de um espaço para escuta de familiares durante o acompanhamento psicossocial realizado no CREAS I adquire uma importância e dimensão efetiva para o enfrentamento da violência; pois as crianças e os adolescentes convivem e retornam para este grupo primário, o grupo familiar. Diante disto, a realização das ações do GDH com familiares de vítimas de violência tem sido extremamente significativa para as intervenções realizadas com as famílias; bem como tem possibilitado o enfrentamento e transformação das situações de violências vividas no núcleo familiar.

O principal objetivo em oferecer esse tipo de grupo para as famílias inseridas no acompanhamento psicossocial no CREAS I é promover um espaço de escuta qualificada, visando a reflexão de pais e/ou responsáveis sobre suas vivências de violência. Ainda pretende promover a reflexão sobre as capacidades protetivas da família; possibilitar mudanças nos padrões de relacionamento das famílias com situação de violência intrafamiliar; discutir o papel diferenciado dos pais de educar os filhos; e, ainda, promover um espaço de reflexão sobre as dinâmicas de funcionamento das relações dos membros da família.

O desenvolvimento do GI em prol das demandas da ferramenta CREAS repercutiu de forma significativa não só para as famílias em atendimento, mas também para reconfiguração da metodologia de trabalho do serviço. A tabela a seguir expõe os grupos já desenvolvidos e os profissionais envolvidos, sendo o projeto piloto realizado no ano de 2014. E no ano de 2017 o serviço passou a desenvolver dois grupos anuais, ampliando o número de famílias atendidas.

Quadro 1 – Grupos de GI realizados no CREAS I

Ano	Grupo	Coordenadores	Função
2014	Grupo de mães com filhos que sofreram violência sexual	Ana Paula e Daiana	Psicólogas
2015	Grupo de famílias	Ana Paula, Daiana e Karina	Psicólogas e Assistente Social
2016	Grupo de famílias	Daiana, Jozeane e Karina	Psicólogas e Assistente Social
2017	Grupo de famílias (1ª edição)	Ana Paula e Daiana	Psicólogas
2017	Grupo de famílias (2ª edição)	Daiana e Sheila	Psicóloga do CREAS e Psicóloga do Serviço de Acolhimento Institucional
2018	Grupo de famílias (1ª edição)	Ana Paula e Paula	Psicóloga e Assistente Social
2018	Grupo de famílias (2ª edição)	Ana Paula, Paula e Luciana	Psicólogas e Assistente Social

Fonte: elaboração das autoras.

A metodologia utilizada para a formação de todos os GI's listados ocorreu da seguinte forma: (1) inicia-se com a articulação dos profissionais que fazem a coordenação do trabalho para compor um projeto escrito destinado a organizar a demanda e direcionamento do GI; (2) os participantes são convidados e sensibilizados para o grupo através dos profissionais assistentes sociais e psicólogos que compõem a equipe de PAEFI durante a avaliação e triagem das situações encaminhadas pela rede de proteção; (3) a realização dos encontros grupais tem frequência semanal, de constituição de grupo fechado após o terceiro encontro; (4) o grupo tem a duração de uma hora, cada encontro realizado possuiu dia fixo da semana e horário pré-

-definido; (5) o período desenvolvido se estende durante quatro meses, sendo nos últimos anos oferecido no primeiro semestre de cada ano, fazendo um intervalo nos meses de julho/agosto; e reiniciando no segundo semestre do mesmo ano. Assim, os participantes que se mantiverem até o final da primeira edição podem dar continuidade no acompanhamento; como também ocorre a inclusão de novos participantes num segundo momento.

O local de realização é nas dependências do CREAS I, no espaço de reuniões; onde ficam dispostas cadeiras de forma circular para facilitar a proposta de comunicação e debates entre os integrantes do grupo. A adesão e frequência aos encontros são de responsabilidade dos participantes, que a executam com liberdade de comparecimentos na forma espontânea. Mas nos primeiros encontros do grupo, fazem-se combinados em conjunto com todos os integrantes; de forma que o envolvimento fique claro e o comprometimento com o acompanhamento correspondido. Além disso, combinados como faltas, justificativas, limite de tolerância de atrasos e sigilo são reforçados em todos os encontros por parte dos coordenadores, até que os acordos se incorporem como uma identidade grupal.

A coordenação do grupo cabe à equipe multidisciplinar do PA-EFI – CREAS I composta em sua maioria por profissionais das especialidades da Psicologia e do Serviço Social que atuam diretamente com a demanda infantil e/ou familiar. Em alguns grupos houve participação de outros profissionais oriundos de serviços da rede de proteção, a fim de possibilitar trocas, aprendizagens e expansão da ferramenta de trabalho com os GÍ's.

Resultados obtidos neste trabalho desenvolvido

As mudanças e avanços após a utilização do GI como ferramenta no acompanhamento destinado às famílias inseridas no CREAS I foram observadas tanto em relação às famílias atendidas pelo serviço quanto em relação à dinâmica e lógica do trabalho da equipe de profissionais, que foi se transformando durante a implementação da metodologia. Esta transformação foi percebida por compreender que o acompanhamento psicossocial, para ser efetivo e significativo, está centralizado especificamente nos seus membros adultos de referência, e não nas crianças/adolescentes. Isso vai ao encontro do que Groisman (2015) considerou a respeito da família nuclear – no sentido horizontal – tornar-se a sede das influências (emocionais e culturais) sobre aquele filho, e as respectivas famílias de origem dos pais – no sentido vertical – representando a história geracional que confluirá naquele filho, ambas deixando-o marcado para o resto da vida.

Além disso, alguns dos objetivos secundários estabelecidos para o funcionamento do grupo de familiares foram efetivados, tais como: a oferta de um espaço qualificado para superação/fortalecimento/empoderamento dos usuários frente às violações de direitos que sofreram; desenvolvimento de outras estratégias de enfrentamento das frustrações e resolução dos conflitos familiares, não se pautando em atos violentos. Também a transgeracionalidade da violência dentro da família foi percebida pelos próprios participantes, bem como se perceberam perpetuando essa dinâmica para a geração dos filhos – intergeracionalidade. Estes dois conceitos são descritos por Trachtenberg et al. (2013), sendo que a transmissão intergeracional acontece entre as gerações e preserva a subjetividade, havendo uma distância entre o transmissor e o receptor, já na transmissão transgeracional

essa comunicação inconsciente ocorre através dos sujeitos, invadindo violentamente o psiquismo do receptor.

Ao trabalhar com as famílias nos GI's aprofundamos e refletimos sobre a história de vida destes pais, possibilitando que eles falem, reflitam e sintam as situações traumáticas vivenciadas e não elaboradas. Citamos alguns exemplos de situações traumáticas não elaboradas que surgem no grupo de famílias: lutos, suicídios, assassinatos, abandonos, negligência, violência física, violência sexual, incestos, traições etc. A partir das aberturas destas situações muitas vezes nos deparamos com o seguinte relato: “é a primeira vez que falo sobre isso que aconteceu comigo”. Estes traumas não ditos e não elaborados pelos pais acabam tornando a nova geração herdeira compulsória desta constelação traumática (Trachtenberg et al., 2013).

O grupo por se constituir num ambiente de escuta e ressignificações pode transformar os conteúdos em palavras que podem ser ditas, ou seja, dar significado e transformar o impensável em pensamento, criando um novo espaço de transcrição transformador dentro do sujeito (Trachtenberg et al., 2013). Outro aspecto que também pode ser evidenciado como possível resultado do GI como acompanhamento de famílias no CREAS I foi a construção de um espaço grupal promotor de desenvolvimento dos participantes a partir das suas potencialidades humanas e como sujeitos de direitos. O empoderamento ocorre na medida em que os participantes se sentem acolhidos em suas histórias, sem julgamento. Passam a não ter vergonha ou se sentir excluídos pelo que já vivenciaram, mas ressignificam suas histórias transformando em situações de vida.

Para Kleba e Wendausen (2009, p. 733), “[...] o termo empoderamento é multifacetado e se apresenta como um processo dinâmico,

envolvendo aspectos cognitivos, afetivos e condutuais.” Ao utilizarmos este termo partimos de uma atuação que possibilita maior autonomia e emancipação dos indivíduos, assim os usuários conseguem refletir a partir de suas percepções sobre as relações familiares e as implicações dessas nas violações de direitos vivenciadas. Esse processo de emancipação entre o grupo gera empatia, possibilitando a troca de saberes e experiências.

O objetivo é que esse processo de conhecimento e reciprocidade seja realizado pelos participantes do grupo, os coordenadores não são mais os responsáveis pelo processo emancipatório; mas sim, apenas mediadores. Essa prática vem ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (Brasil, 2005), no que se refere à autonomia e à emancipação dos usuários.

A PNAS (Brasil, 2005) aponta que as intervenções com famílias devem priorizar a matricialidade familiar, tendo a família como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primária, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida; corroborando, assim, com os grupos de família nos moldes de GDH.

Para Zimmerman (2007), o grupo familiar não é estático, é um campo dinâmico e se assemelha à estrutura de um grupo terapêutico, onde o papel do terapeuta com seus pacientes guarda semelhança com a interação mãe-filhos. Nos Grupos Interativos os participantes podem experimentar no aqui-agora do grupo uma experiência transformadora. Considerando o que descreve Zimmerman (2007) sobre as semelhanças do papel do coordenador grupal com a interação pais e filhos, o participante do grupo pode experimentar e estabelecer uma relação com a coordenação do grupo, e com os demais participantes

baseada na compreensão, troca e reciprocidade. Em suma e no geral, uma relação diferente da estabelecida com seus próprios pais, marcada frequentemente por abusos, violência e abandono.

Como se todas essas considerações não bastassem, vale destacar algumas falas dos participantes ao final dos encontros descrevendo suas experiências a respeito do acompanhamento realizado ao longo dos grupos de famílias no CREAS I na modalidade de GDH. Ressalta-se que os nomes utilizados são fictícios para preservação das identidades dos usuários:

Ana Maria: Eu acho que foi muito bom a gente trabalhar essas coisas difíceis, porque não é fácil, mas acho que se cada um conseguir melhorar um pouco a sua dor vai ser bom. Eu acho que consegui. Eu vou sentir saudades. Pra nós talvez é difícil porque a gente viveu todos os sofrimentos nossos com os nossos pais, com nossa família... mas, talvez, nossos filhos não precisem passar por isso que a gente passou. A gente vai no fundo do poço para se reerguer. (Grupo de Família, 2016).

Adelar: Aqui a gente consegue pensar, eu fiquei mais inteligente aqui, da gente se encontrando pra pensar juntos... porque eu era muito assim de falar sem pensar, de fazer as coisas, e nem pensar nos filhos e no que isso ia acontecer com eles, eu só pareço ser calmo, hoje eu consigo falar mais, e perceber que se a pessoa não quer mudar, o problema é dela, eu vou seguir com a minha vida. Não vou ficar falando mais, agora eu não falo mais dessas coisas de ex-mulher, como que vive os filhos, cada um sabe de si... (Grupo de Família, 2016).

Com esses depoimentos ficam claros os alcances e progressos descritos anteriormente, bem como a ferramenta de grupo de GDH consegue aprofundar as demandas de violência e ressignificar seus conteúdos. Vale ressaltar que, além dos Grupos Interativos oferecidos

no CREAS I correspondentes às demandas acompanhadas, os grupos tradicionais de CREAS com objetivos reflexivos e em modalidade de grupos abertos e quinzenais continuam a acontecer. Mas com uma qualidade de escuta muito mais profunda; pois o aperfeiçoamento de alguns profissionais do serviço continua a ser aplicado em qualquer atendimento realizado por eles com os usuários.

A experiência no CAPSi II

O CAPSi é um serviço de Saúde Mental oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó através do SUS. É um local de referência para o tratamento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive a Dependência Química, conforme portaria GM 336/02.

Transtorno Mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2013).

Por meio do atendimento de crianças e adolescentes no CAPSi de Chapecó, percebeu-se ao longo dos anos maior dificuldade de melhora da criança ou adolescente quando eram tratados sem o comparecimento e comprometimento da família, a qual deveria fazer parte do tratamento. Observou-se que a família pode colaborar no complexo processo de adoecimento e melhora dos pacientes. Além disso,

foi verificado que os transtornos psíquicos afetam as estratégias de enfrentamento de problemas dos grupos familiares onde os usuários estão inseridos, prejudicando, muitas vezes, o acesso e a aderência ao tratamento proposto pela instituição.

Considerando, então, a importância do núcleo familiar, no contexto da saúde mental, proporcionar modalidades de apoio e tratamento parentais torna-se fundamental. Neste âmbito surgem as ações do GI objetivando prestar atendimentos multifamiliares em grupos para famílias disfuncionais cujos vínculos patológicos contribuíram para a formação de sintomas ou agravos na doença da criança e do adolescente atendidos no CAPSi. Também tivemos como objetivos fortalecer a produção de saúde mental, proporcionando a criação de vínculos que possibilitem ao núcleo familiar o alcance de uma nova organização, facilitando o processo de reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização, pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Os participantes do grupo eram divididos em duas categorias de atendimento. A primeira constituída por familiares de pacientes que frequentam o CAPSi II, que nunca frequentaram atendimentos de grupo, denominada de “Grupo de Iniciantes”. A segunda, denominada “Grupo de Manutenção”, destina-se aos familiares cujas dificuldades pessoais ou de vínculos continuem apresentando sofrimentos pessoais importantes ou que estejam contribuindo para agravamentos do quadro clínico dos filhos em atendimento no serviço. É relevante citar que os participantes dos grupos citados eram selecionados em Reunião de Equipe Multidisciplinar, na qual se percebeu que as dificuldades e sintomas apresentados pelos pacientes estavam diretamente relacionados aos conflitos e disfunções familiares.

Os encontros eram realizados na sala de Grupo do CAPSi II, com frequência semanal. Após o término do grupo, no último encontro, era feita uma avaliação verbal qualitativa entre os participantes, os quais tinham a oportunidade de expressar suas potencialidades alcançadas durante o período de tratamento. Eram constituídos grupos grandes com até 20 participantes cujo funcionamento se dava de acordo com proposta descrita por Freitas e Metelski no terceiro capítulo deste livro.

Espera-se destes trabalhos com grupos baseados na interação destinados a multifamílias oferecer um espaço de escuta e de reflexão sobre o processo histórico da constituição destes sujeitos participantes do grupo. E, a partir daí, que estes sujeitos possam compreender quais as raízes, às vezes intergeracional e outras vezes transgeracional, contribuíram para o surgimento dos sofrimentos e/ou dos conflitos, tanto do ponto de vista pessoal quanto no espaço vincular. E, por fim, possam, através de um processo de mudança, conseguir superar tais influências negativas geracionais e, assim, superarem tais atitudes patológicas que estavam contribuindo para adoecimento pessoal e de seus familiares.

Resultados obtidos no trabalho desenvolvido

A realização do GI no CAPSi II de Chapecó, com a participação dos pais e cuidadores dos pacientes pertencentes a grupos familiares disfuncionais atendidos na instituição, tornou-se um instrumento de tratamento para familiares participantes dos grupos. Também se tornou um meio de prevenção e promoção de saúde, possibilitando a expressão do sofrimento e insegurança nas relações parentais, criando

um espaço para a formulação de resolução de problemas, além de facilitar o acesso ao serviço de saúde de um número maior de usuários.

A situação de grupo possibilita que os familiares troquem experiências e vivências sobre suas próprias estratégias de cuidado. Através dos encontros foi possível trabalhar com os familiares qual lugar o filho ocupa em sua vida, bem como, os sentimentos gerados por esta situação. Permitiu-se a difusão do conhecimento sobre como cada um lida com a sua questão referente ao sofrimento psíquico e, ainda, tornou-se possível identificar distintas formas de cuidado, mesmo diante de hipóteses diagnósticas que se apresentam comuns a vários casos.

Os grupos com familiares demonstram-se bastante contínuos, possibilitando a troca de experiências emocionais com potencial terapêutico. Alguns processos de mudança ocorrem possibilitando a superação de influências negativas geracionais, que, por sua vez, evidenciam-se em atitudes patológicas que contribuem para o adoecimento pessoal e de seus familiares, em muitos casos identificou-se a necessidade de encaminhar os familiares para atendimento específico.

A sobrecarga familiar pode ser atenuada por meio de uma escuta, quando há acolhimento de experiências consideradas dolorosas pelo grupo e esclarecimento das dúvidas colocadas pelos familiares. Ao relatarem as suas experiências, os familiares contribuem para que os profissionais compreendam o que efetivamente pode fazer a diferença na vivência e no cuidado das crianças e dos adolescentes. Tornou-se possível refletir sobre o processo histórico da constituição desses sujeitos e, em seguida, oportunizar a compreensão das raízes, intergeracional ou transgeracional, que contribuíram para o surgimento dos sofrimentos e/ou conflitos.

Considerações finais

Neste capítulo apresentamos o trabalho com famílias em dois serviços do município de Chapecó, sendo um situado na Política de Assistência Social e outro na Política de Saúde. Neste trabalho não nos preocupamos em tecer as diferenças de percepção e formas de trabalho das políticas sobre a família, guardadas as diferenças ou semelhanças, nosso objetivo foi apresentar o uso da metodologia GI como uma ferramenta viável e exitosa no trabalho com famílias desenvolvido em ambos os serviços públicos.

Ainda diante do apresentado, foi possível visualizar que o trabalho com grupos interativos é uma valiosa ferramenta de trabalho com as famílias, sejam elas na intervenção dos serviços de saúde ou da assistência social.

Visualiza-se, assim, o caráter interdisciplinar e intersetorial promovido pelas ações práticas do GDH, baseado na proposta teórico metodológica dos GI, apesar do capítulo não possuir aprofundamento em aspectos da interdisciplinaridade e intersetorialidade do modelo seguido, por fugir ao escopo da discussão apresentada, esse é um interessante tema para futuras pesquisas e estudos dentro desta inovadora proposta.

Este capítulo versou sobre os grupos com famílias, considerando a família como importante espaço de interação, crescimento e desenvolvimento dos seus membros, assim como o espaço dos GI's que são espaços de interação, crescimento e desenvolvimento de seus participantes. Os grupos de família, neste modelo, não visam à solução de todos os problemas familiares, mas sim a superação de situações

estereotipadas proporcionando às famílias novos olhares e formas de lidar com os conflitos e problemas da vida.

Referências

APA – American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5**. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

BICCA, C. S. A Assistência Social após a Constituição Federal de 1988. Uma nova fase. **Caderno Virtual**, Brasília, n. 24, v. 1, jul./dez. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e da outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 13 jan. 2013.

_____. Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>. Acesso em: 13 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1994-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: MDS, 2011b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília: MDS, nov. 2005.

CAVALCANTI, F. G.; SCHENKER, M. Violência, família e sociedade. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

DOLTO, F. **Quando os pais se separam.** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS.** 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____ et al. Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na Rede de Políticas Públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos. In: _____; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas.** Chapecó: Argos, 2019.

_____; METELSKI, F. K. Grupo Interativo: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: _____; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas.** Chapecó: Argos, 2019.

GROISMAN, M. **Terapia familiar breve na infância e na adolescência:** sem remédios, sem terapia individual. Rio de Janeiro: Núcleos Pesquisas, 2015.

HABIGZANG, L. et al. Fatores de risco e de proteção na Rede de Atendimento a Criança e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2005.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

MELMAN, J. A. et al. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais da saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2006.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PEREIRA, R. C. **Direito de Família**: uma abordagem psicanalítica. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

RABINOVICH, E. P.; SILVA, M. E. P. de O. A família como um sistema ecológico: um estudo de caso. In: MACEDO, R. M. S. de (Org.). **Família e Comunidade**: pesquisa em diferentes contextos. Curitiba: Juruá, 2014.

RIBEIRO, D. D. **A interdisciplinaridade e a execução penal**: um desajuste a ser tratado. 2003. 58 Monografia (Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SILVA, R. F. **Ah se eu tivesse uma varinha mágica...** A atividade lúdica na prática clínica de abordagem sistêmica. Florianópolis: Familiare Instituto Sistêmico, 2009. Disponível em: <<http://www.institutofamiliare.com.br//Monografias/Roberta%20Ferreira%20Gasparino%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

TRACHTENBERG, A. R. C. et al. **Transgeracionalidade de escravo a herdeiro**: um destino entre gerações. Porto Alegre: Sulina, 2013.

ZIMERMAN, D. E. A importância dos grupos na saúde, na cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, dez. 2007.

Para além do cumprimento da medida socioeducativa: relato de experiência com grupo de jovens

Irme Salete Bonamigo

Jozeane Moreira Paz

Silvia Rosana da Cunha

Introdução

A proposta do presente capítulo é descrever a experiência com grupo de jovens implicados no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) amparado pela Lei n. 12594 (2012), em especial do meio aberto no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS I) de Chapecó. Aborda aspectos referentes a uma nova metodologia de trabalho denominada de Grupos Interativos (GI), descrita por Freitas e Metelski no terceiro capítulo deste livro. Estes GIs são utilizados na prática através dos Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH), cuja finalidade é a interação entre os participantes, oportunizando novos caminhos de reflexão à vida dos jovens que não sejam mais a implicação em atos infracionais, em especial, indo além de um mero cumprimento socioeducativo, com o intuito de viabilizar múltiplas compreensões, expressas pela pluralidade de vozes compartilhadas no grupo.

Compreendendo que a medida socioeducativa tem natureza sancionatória e finalidade pedagógica aplicada ao adolescente a quem se atribui autoria de ato infracional, a nova ferramenta de trabalho com grupos, o GI, procura auxiliar ao jovem fazer uma reflexão crítica acerca de sua vivência, da sua dinâmica familiar. Consideramos que ajudá-los a compreender as raízes que os levaram a agir de forma antissocial possibilita que procurem novas formas de lidar com tais impulsos. Nessa reflexão inclui-se o resgate da cidadania.

Entendemos que as situações que incidem os jovens envolvidos em conflito com a lei muitas vezes são respostas às violações de direitos já vivenciadas por estes, em uma sociedade que, ao invés de romper com essas situações que perpassam gerações, convive com sua permanência, não possibilitando a humanização dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, a nossa intenção foi propor um espaço direcionado a esta demanda, por meio de uma nova metodologia de trabalho em grupo, de escuta qualificada e humanizada, proporcionando a compreensão de suas vivências e a criação de novos significados, colaborando assim com o processo de desenvolvimento da autonomia e do empoderamento destes para o rompimento do ciclo transgeracional com a criminalidade.

Para situar o relato desta experiência, inicialmente discutimos a situação dos jovens em medidas socioeducativas, descrevemos em seguida a metodologia que sustenta a ação do GDH realizado. Procuramos articular a essa discussão teorias que refletem sobre o tema proposto. O objetivo é partilhar a experiência e as reflexões sobre a prática realizada, de modo a dialogar sobre esta importante metodologia de atuação com grupos de jovens em cumprimento de medida socioeducativa, possibilitando, assim, aprimorá-la e potencializá-la.

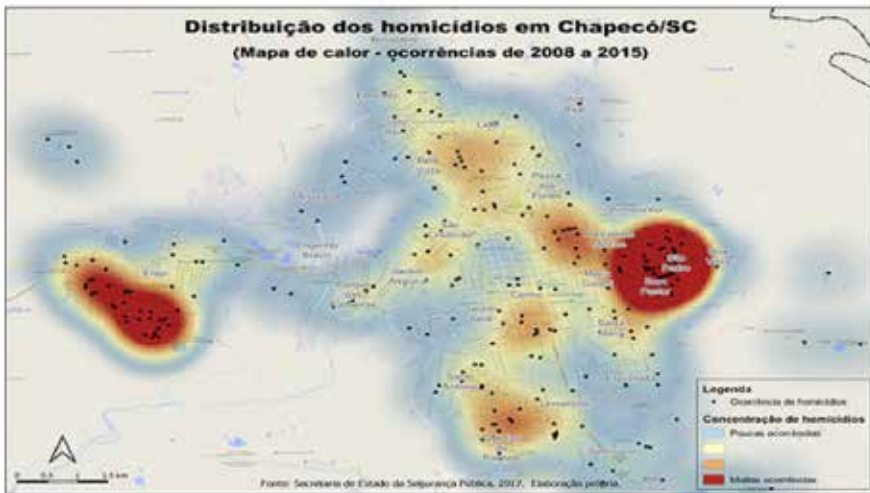
A realidade dos jovens em medida socioeducativa

Chapecó é um município situado no oeste de Santa Catarina e, segundo o último censo produzido pelo IBGE (2010), sua população é de 183.530 habitantes, da qual 91% residem na área urbana do município. Deste total, 54 mil são jovens de 15 a 29 anos, constituindo 29% da população chapecoense.

Discutir sobre a situação dos jovens em Chapecó e no Brasil implica hoje necessariamente abranger a situação da mortalidade violenta que os atinge. Com relação ao número de homicídios ocorridos no Brasil, Cerqueira et al. (2018) mostra que os jovens entre 15 e 29 anos representam 53,7% das vítimas totais no país. Entre os jovens mortos, 94,6% são homens. No que se refere aos jovens de Chapecó se constata a mesma situação de crescente aumento de homicídios. O estudo de Bonamigo et al. (2017) identifica que, com relação às mortes violentas no município, os homicídios de jovens de 20 a 24 anos ocupam o primeiro lugar, em segundo lugar o assassinato de jovens de 25 a 29 anos e em terceiro lugar de jovens de 15 a 19 anos. Ainda, a análise por sexo realizada pelos autores constata que a grande maioria de mortos também é composta pelo sexo masculino, variando na última década entre as taxas de 87,23% a 94,64%, igualando-se, assim, à taxa do país.

No que se refere aos locais onde esses homicídios ocorrem, o mapa de calor elaborado por Monteiro (2018) indica que eles se concentram nas regiões mais pobres de Chapecó: Bairro Efapi e Região São Pedro (bairros São Pedro, Boa Vista e Bom Pastor), como se pode visualizar na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos homicídios em Chapecó



Fonte: Monteiro (2018).

No que diz respeito ao percentual de homicídios por escolaridade, Monteiro (2018) identifica que em primeiro lugar se situam chapecoenses com ensino fundamental, em segundo lugar com ensino médio, em terceiro com escolaridade ignorada e em quarto com ensino superior. Com relação ao instrumento utilizado para a execução do homicídio, segundo Bonamigo et al. (2017), em primeiro lugar se destaca a arma de fogo (63,4%) e em segundo lugar a agressão por objeto cortante ou penetrante (25%).

Podemos perceber que a realidade descrita faz parte da existência de grande parte dos jovens em medida socioeducativa, que convivem em seu cotidiano com as situações de violência e com o risco de sofrerem morte violenta. Portanto, torna-se imprescindível colocar em análise a realidade na qual estes jovens vivem, de modo a compreender o cenário e a trama de relações que produzem as situações vividas por eles.

Segundo o Plano Decenal CMDCA 2016-2017 (Chapecó, 2017), a maioria dos jovens em medidas socioeducativas tem 17 anos, é do sexo masculino e tem baixa escolaridade. O documento também aponta que 14% cumpre medida por uso e tráfico de drogas e 86% por outras infrações como: roubo, violência sexual, porte de arma, assalto, dirigir sem habilitação, agressão física e ameaça, dano ao patrimônio, latrocínio, tentativa de homicídio, homicídio e receptação.

O que leva à morte de tantos jovens? Podemos analisar, segundo Soares ([201-]), que o modelo policial (artigo 144 da Constituição brasileira) e a política criminal, especialmente a que se traduz na lei antidrogas geram alguns problemas: criminalizam os jovens, conduzindo-os à prisão e colocando-os em uma situação extrema de matar e/ou morrer. A polícia brasileira, diferente das polícias da maior parte dos países no mundo, não realiza o ciclo completo do trabalho policial: preventivo, ostensivo, investigativo. A Polícia Civil faz a parte a investigativa e a Polícia Militar (PM) a outra parte, preventiva e ostensiva. A PM é a que dispõe do maior contingente e que está 24 horas nas ruas, no entanto, não pode investigar. Assim, para dar resposta à população ela prende, mas como só pode prender em flagrante acaba recolhendo pequenos varejistas das substâncias ilícitas, os que atuam em territórios vulneráveis. Nos condomínios afluentes, por exemplo, a polícia só entra com mandado de busca e apreensão, o qual só é expedido mediante justificativa apoiada em investigação.

As consequências desta situação e ações, ainda segundo Soares ([201-]), faz com que o subgrupo que mais cresce na população penitenciária seja o de jovens de baixa escolaridade, pobres, na maioria negros, capturados em flagrante, negociando drogas. Acusados de tráfico, se acima de 18 anos, cumprem cinco anos de sentença pelo

crime hediondo, em regime fechado. Essa situação contribui para destruir vidas, criminalizar a pobreza, aprofundar o racismo e contrair violência futura, pois com a entrada na prisão o jovem será vinculado a uma das facções existentes nas prisões.

Rolim (2016) realizou pesquisa no Rio Grande do Sul com 17 adolescentes internos na Fundação de Atendimento Socioeducativo (Fase) por delitos graves e identificou nos casos estudados que a iniciação criminal está ligada a trajetórias vinculadas ao tráfico de drogas relacionadas às histórias e vivências desde o início da adolescência. Entre as marcas descritas pelo autor, destacam-se seis: (a) família como dor: ausência ou experiência de incompreensão, hostilidade e violências (principalmente pelos pais biológicos ou padrastos); respeito pelas suas mães, retratadas como honestas e trabalhadoras; experiências de violência anterior ao crime: ambientes de hostilidade e tensionamento por períodos prolongados; (b) escola como distância: média de anos de estudo mais baixa que as médias estadual e nacional; vivência de dificuldades como constrangimentos sociais derivados de pobreza extrema e expulsões; (c) o tráfico como pertencimento: dinâmicas criminais também como fonte de reconhecimento e identidade; (d) a polícia como sócia: todos os adolescentes entrevistados mencionaram “situações de extorsão e de corrupção praticadas por policiais militares e civis em diferentes cidades do Rio Grande do Sul” (Rolim, 2016, p. 184); (e) a guerra como circunstância: as situações vividas pelos adolescentes desde antes da adolescência mostram que “[...] dinâmicas violentas vividas por estes jovens [...] produzem mortes sucessivas [...] viver num lugar onde todos parecem destinados a morrer jovens, é o único desafio com sentido.” (Rolim, 2016, p. 190); (f) a violência extrema como marca: prática de atos de violência mais ou menos graves. Treinamento violento como obra dos pares e não

“cultura delincente”. Meninos pobres são introduzidos em lógicas violentas por outros indivíduos mais velhos e detentores de habilidades e valores particulares. A violência criminal seria explicada então por um processo de socialização viabilizado pela presença de grupos armados que se dedicam a explorar a venda de drogas ilícitas e que oferecem aos meninos pobres “modelos sociais”.

Referindo-se a esses jovens, Soares (2006, p. 515) afirma que a

[...] abordagem mais eficiente é aquela que busca disputar menino a menino com o tráfico e o crime, atraindo os jovens para a participação nas redes saudáveis e construtivas da sociabilidade, valorizando-os e os acolhendo, revigorando sua autoestima.

A denominação adolescentes/jovens “em conflito com a lei” e em medida socioeducativa são modos de referir que retiram as violências e a infração tanto da essência humana quanto da essência da sociedade e as colocam nos encontros contingenciais que a história e a cultura possibilitam, como as descritas anteriormente (Sawaia, 2004). A designação “delincente”, por exemplo, remete à patologização de um sujeito, como bem analisou Foucault (2010), uma figura fabricada por meio do dispositivo da prisão. Nomear de adolescente/jovem permite olhar para o sujeito levando em conta as suas potencialidades já que são referências abertas, diferente da denominação “delincente” e “infrator” que constituem conceitos identitários fechados, marcados por modelos e preconceitos. Busca-se, assim, não utilizar conceitos pré-determinados para definir sujeitos *a priori*, mas focar na processualidade, pois ela “[...] que nos permite experimentar, criar e inventar. Na processualidade os sujeitos, objetos

e saberes estão sempre se fazendo [...] e nós como profissionais também.” (Coimbra; Nascimento, 2003, p. 188).

A adolescência é um importante momento de desenvolvimento, de aprendizagem e de experimentações.

O fato de um adolescente estar cumprindo uma medida socioeducativa não faz com que deixe de ser titular de direitos. A sua condição pessoal não se reduz à circunstância do ato infracional praticado e imputar-lhe responsabilidade deve ser um meio de auxiliar na organização de seus referenciais de convivência social. (Brasil, 2016, p. 30).

Como se pode entender então a transgressão? Transgressão e interdição são forças presentes nos relacionamentos, fundamentais para a constituição do social. A relação entre elas não deve tomar um sentido único, “[...] pois a prevalência continuada de um dos polos causa desequilíbrio, indiferenciação e dominação.” (Szpacenkopf, 2002, p. 38). A homogeneização se manifesta na forma de estruturas rígidas, projeções exacerbadas do poder, exigências exageradas de adequação às proibições, que podem ser vividos por cada um. A transgressão se manifesta na criação, “[...] pois sem esta eliminam-se as perspectivas de intervenção, prejudicando a escuta, o falar, a escrita.” (Szpacenkopf, 2002, p. 42). Trata-se, portanto, não de escolher entre uma ou outra força, mas sim na convivência entre ambas, fazendo valer a pluralidade que compõe nosso universo.

É nesse cenário que se situam os GIs, dentro das ações do GDH, como uma possibilidade do jovem se expressar, compartilhar sentimentos, pensamentos, percepções, modos de ser. Outra forma de pertencimento como: “Devir-grupo, naquilo que se pode experimentar de composição com outros modos de afecção, outros modos de

existencialização [...] devindo constantemente outro.” (Barros, 2007, p. 203). O grupo possibilita problematizar, compreendendo-se que “[...] criar problemas é se por a pensar, implica diferenciação. [...] é aquilo que consegue escapar da fala única, deixando vaziar a polifonia que habita as multiplicidades.” (Barros, 2007, p. 324).

Implementação do projeto com os jovens em medidas socioeducativas

Para a condução deste trabalho, primeiramente foram realizadas reuniões com o juiz e a promotora da Infância e Juventude do município de Chapecó, juntamente com a defensora pública, a fim de que nos apoiassem nas ações do GDH com o público da Medida Socioeducativa (MSE) em meio aberto. Após o apoio do projeto pelos órgãos competentes, a primeira iniciativa de condução desta metodologia de trabalho com este público em questão foi implementada na unidade do CREAS I em 2017. Mediante a reunião com os representantes dos órgãos competentes da Vara da Infância e Juventude da comarca de Chapecó, ficou decidido que o projeto seria ofertado àqueles que estivessem em cumprimento da medida socioeducativa de liberdade assistida, e de prestação de serviço à comunidade com prazos maiores, de até 64 horas, e que não estivessem tendo adesão nas entidades, ou aqueles com muitas medidas já há longo período para cumprir. Também se compreendeu que era necessária a motivação por parte do jovem para participação no grupo, e que a partir do momento em que não cumprissem com os combinados esse poderia ser retirado do grupo para não comprometer o andamento e a condução terapêutica proposta.

A inclusão dos jovens integrantes do grupo foi realizada pela assistente social, psicóloga e pedagoga do CREAS I por meio de convite e motivação/sensibilização para participação na proposta. Procuramos conhecer as histórias de vida de todos os participantes por entendermos que tal conhecimento do processo histórico de construção do sujeito seria útil para contextualizarmos e compreendermos junto com o grupo o processo histórico do coletivo grupal.

Para inserção no grupo foi realizada uma entrevista individual, seguindo roteiro elaborado especificamente para esta demanda. Foi elaborado um questionário com 21 perguntas abertas, a fim de possibilitar a compreensão do histórico de vida e motivação para adesão dos jovens a esta proposta. Também foram observados possíveis atritos entre os adolescentes, que pudessem interferir e comprometer o andamento do grupo ou mesmo comprometer a integridade física dos participantes.

Mediante o processo de seleção descrito, foram incluídos nessa proposta 21 adolescentes no grupo, apresentaram-se 12, e concluíram nove. Aqueles que não aderiram apresentavam dificuldades com a frequência, uma vez que os encontros ocorriam semanalmente, pelo período de quatro meses e com duração de uma hora cada encontro. O período de realização do grupo foi de julho a novembro de 2017, no período vespertino das 13h30min às 14h30min.

Funcionamento do grupo

Os encontros grupais ocorriam sempre no mesmo local. Foi escolhida uma sala do CREAS I na qual não havia interferência externa e também havia segurança de que as falas que estavam ocorrendo

dentro do grupo não seriam escutadas fora deste ambiente. Os encontros aconteciam sempre no mesmo dia e horário da semana. Como foi estabelecido previamente, não era permitida a entrada de pessoas no grupo após os dez minutos de início do mesmo. Motivo: não perturbar o clima de envolvimento e atenção do grupo.

Fazia parte das combinações estruturais do grupo, além da questão do local, horário e atrasos, o número de faltas permitidas sem justificativa – até três faltas. Foi estabelecido que seriam abonadas faltas com atestado médico e ou em virtude de comparecimento obrigatório em algum órgão como o Fórum. Sobre as combinações funcionais do grupo, logo no início do encontro, foi estabelecido que poderiam falar sobre o que quisessem e quando quisessem, que estariam livres para ficarem em silêncio. Foi combinado que no transcorrer do grupo não poderiam usar celular ou qualquer outro aparelho que atrapalhasse o acontecer grupal. Foi repetido nos três encontros iniciais a combinação do segredo grupal, ninguém poderia falar lá fora sobre os assuntos abordados dentro do grupo. Sobre sua vida pessoal estariam livres para dividir com pessoas extragrupo, porém, o que os colegas falassem não. Tal regra, acordada pelo grupo, também teria que ser respeitada pelos profissionais que conduziam o grupo.

No início de cada encontro os coordenadores deixavam a palavra à disposição por meio do convite aberto, usando frases como: “Pessoal, estamos aqui para falar sobre a vida. Os problemas que a gente passou ou que estamos passando e que gostaríamos de dividir com esta ‘família por opção’. Deixarmos o ‘coração falar’. O que vocês estiverem precisando ‘desafogar’”

Quando o porta-voz do grupo trazia um assunto eleito como o emergente grupal, procurávamos aprofundar, fazer perguntas em

torno do assunto-problema que ele estaria trazendo e depois procurávamos espalhar para todo o grupo para que pudessem participar, perguntar, comentar, sugerir sobre tal problemática. O objetivo era que o grupo interagisse e assumisse a tarefa de lidar com o problema proposto se envolvendo na compreensão e na solução possível para a situação abordada. Com isto, pretendíamos gerar um aprendizado grupal. Não apenas do ponto de vista racional, cognitivo, mas também emocional.

Após cada encontro era realizado seminário de avaliação entre os terapeutas e o coordenador do grupo, onde era interpretado o processo de condução. Posteriormente, realizávamos o relato do encontro contendo as percepções e também as falas ocorridas dos participantes, sendo feita a transcrição dialogada das falas por meio da memória dos terapeutas. Importante citar que não foi utilizado gravador, pois este poderia inibir o processo terapêutico.

Na sequência eram feitos relatos escritos das sessões grupais. O objetivo era realizar um segundo olhar sobre o fenômeno grupal vivenciado e encaminhá-lo para supervisão. Supervisão esta que faz parte do processo de capacitação para coordenação de Grupos Interativos (GI), de acordo com proposta descrita por Freitas, Metelski, Bertollo e Brunello no segundo capítulo deste livro.

Desenvolvimento: relato dos encontros

Partindo da experiência vivenciada nestas ações desenvolvidas pelo GDH pretendemos, na sequência, descrever elementos percebidos como os mais apresentados pelos jovens no grupo, em especial, os movimentos que ocorreram e de como interpretamos o processo grupal.

O acolhimento

É preciso compreender que a atuação com esse público necessita desde o início dos encontros, de acolhimento. Um dos grandes desafios no acompanhamento a este público em especial está em atuar com as resistências manifestas, o que interpretamos como o medo de se vincularem aos coordenadores, daí as respostas com posturas defensivas, como autopreservação.

Nos primeiros grupos e encontros vivenciados, os vínculos ainda deveriam ser tecidos. Entendíamos que, como terapeutas, com muita paciência e continência, tínhamos a tarefa de construir um espaço de acolhimento. Utilizar de capacidades como se importar com o outro e não julgar a partir de valores pessoais, ofereceram aos jovens a oportunidade de desmistificar o medo de falar. Assim começavam a expor suas vivências.

Inicialmente, houve a necessidade de esclarecer a proposta inicial: falar da vida, antecipamos que a tarefa seria desafiadora, mas que o objetivo do grupo era comum, de construirmos juntos “uma família por opção”, que pudesse ser norteadada por um ambiente com conforto e de espaço seguro. Assim, por vários momentos nos encontros iniciais, foram ressaltadas falas como:

Eu imagino que passaram por muitas situações difíceis na vida, e imagino que em meio a tantas dificuldades aprenderam a lidar de formas diferentes, mas daí como lidar com o que está doendo e que está machucando? Talvez juntos seria possível encontrar algumas formas de amenizar ou superar essas fragilidades, ou apenas tirar de dentro o que dói.

Na medida em que o grupo foi se apercebendo das tragédias vivenciadas, eram nítidas as diferentes reações de cada um, pois cada ser humano reage conforme a vivência que teve em sua vida. Percebemos que muitos destes jovens tiveram perdas súbitas, foram expostos a situações traumáticas, a que chamavam de “traições da vida”. Foram percebendo lentamente que ali poderiam expor suas angústias, permitirem-se refletir e reavaliar suas condutas e reconstruir uma nova forma de observar e vivenciar suas relações. Estes relatos eram revividos por meio desta nova estratégia de atendimento no GI, e neste momento oferecendo-lhes a possibilidade de reeditar, de construir um novo olhar sobre o que foi vivenciado, reinterpretando os fatos. E assim nos propúnhamos a assumir um papel de acolher tais demandas traumáticas, pois entendíamos que estes jovens precisariam aprender a adquirir confiança no outro, na coordenação e no espaço grupal como um todo.

Intrigados sobre o que os terapeutas faziam com suas dores, falas e suas vivências, o grupo, desde o início dos encontros, manifestou a preocupação sobre o que seria feito com o conteúdo de suas falas. Em uma das falas, um adolescente como porta-voz do grupo questiona aos terapeutas: “O cara fica meio assim em falar, isso vai para o juiz? O que vai fazer quando terminar, eu aí pergunto o que vão mandar pra lá pra ele?”. Entendíamos que esta era a forma deles nos questionarem se poderiam confiar nesta “família chamada grupo” e se a coordenação e o grupo seriam capazes de filtrar os segredos grupais.

Foi importante, neste caso, esclarecer novamente a proposta de trabalho, o que é o serviço, quem somos, deixar claro o que estava sendo proposto. Esse momento estava destinado para orientá-los, esclarecendo de que não haveria vantagens em prejudicá-los, que o

papel dos profissionais no grupo apenas destinava-se à atuação socioeducativa e não punitiva, o papel de interrogatório aqui não estava presente. Nesse momento, ressaltamos a diferença deste trabalho com o papel do judiciário.

Diante deste acolhimento presenciamos mais entrega dos adolescentes, mais momentos de descontração, com relatos de vida compartilhados, era perceptível a instalação de um núcleo de confiança, percebia-se laços de familiaridade entre os integrantes do grupo.

O adolescente e a família

Os adolescentes traziam relatos de história de vida em meio a situações diversas, entre elas, violações de direitos e núcleos familiares vulneráveis. Percebemos, em especial, que as figuras de referências na maioria das vezes não resolviam as inquietações dos filhos de maneiras resolutivas de modo a tranquilizá-los, pelo contrário. Expressavam configurações e organizações com vivências traumáticas que muitas vezes se arrastam de forma transgeracional, gerando obstáculos na confiança da prole em seus responsáveis.

Segundo Winnicott (1999), a criança antissocial está simplesmente olhando um pouco mais longe, recorrendo à sociedade em vez de recorrer à família ou à escola para lhe oferecer a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional. Isto é, busca alguém que olhe para ela, que lhe coloque limites, que lhe indique um caminho caminhando junto com ela.

Percebemos, ainda, um misto de confusão quando criança, e agora na adolescência, tiveram em seus modelos identificatórios, seus

pais, um conjunto de mensagens “confusas”. Observamos nos relatos do grupo vivências em que os combinados na família nem sempre eram seguidos pelos pais, eram ambientes familiares inseguros e instáveis, como podemos perceber em uma das falas: “às vezes eles esqueciam porque estavam batendo e a gente porque estava apanhando”.

Propomo-nos a criar um espaço grupal que propiciasse novos modelos reidentificatórios. Nesse sentido, podemos citar um momento em que os jovens se deparam com a postura do coordenador, agora servindo de um novo modelo masculino como opção de reidentificação. Como exemplo, podemos citar a situação onde o coordenador usa de sua vivência pessoal:

Nem precisava bater, mas era só meu pai me olhar que eu já sabia meu lugar, pelo olhar dele, não tinha segredo. Todos sabíamos que ele não estava gostando. Ele não bebia... Mas pra vocês, como é viver com pais que ora dizem pra fazer de um jeito e depois já desdizem, falam pra fazer o contrário?

O papel reorganizador do ambiente grupal com a construção do *setting*

Outro ponto central da atuação com este público foi organizar o *setting*, a possibilidade de oferecermos a condição de construir com os jovens o espaço do grupo, algo imprescindível para o desenvolvimento da proposta. Propor um ambiente harmonioso, seguindo regras e limites em combinações realizadas no coletivo possibilitou estreitar os vínculos entre a equipe técnica e usuários. Nessa perspectiva, citamos a fala do coordenador, que propôs tal tarefa da organização do *setting* ao grupo:

Pois é pessoal, a gente está aqui pra ajudar vocês, não é pra dizer como vocês deverão fazer na vida, mas podemos conversar sobre os caminhos, e tentar resolver o que está confuso. É nesse sentido de formarmos uma ‘família por opção’, onde a gente possa conversar nossas coisas aqui dentro, resolver entre nós, não sair lá fora falando. Daí a ideia também do sigilo, mas para que isto ocorra quais seriam as demais regras desta família que estamos construindo e que precisaríamos combinar?

Um adolescente em resposta falou: “Se alguém fofoquear lá fora, tem que chamar o cara e expulsar ele do nosso grupo.”

Oferecer uma condição aos adolescentes de participarem dos combinados os empodera, a partir daí, cria-se um ambiente de responsabilização, o que facilita o falar de si, das histórias vivenciadas, das suas perspectivas de vida. Isso foi possível na medida em que compreendiam o quanto naquele momento grupal, os combinados propostos no coletivo seriam sempre mantidos, essa é a ideia do espaço seguro e confiável.

Tentativas de burlar regras

Este ambiente era testado, confrontado, tendo sido importante estar atento aos movimentos do grupo, entrando na linguagem do grupo, para criar envolvimento, conquistamos o direito de colocarmos limites em nosso campo grupal, possivelmente porque perceberam a continência oferecida pela coordenação do grupo.

O espaço organizado demonstrava que não havia possibilidades para o rompimento de regras. Podemos demonstrar esta situação em um dos encontros, quando um dos participantes ao ser impedido

de entrar na sala, por não manter o combinado de horário, chuta a porta, em um ato impulsivo, afrontando a coordenação. A coordenação relembrou os combinados firmados com a pessoa atrasada e demais sujeitos do grupo. Após alguns instantes de relutância por parte da pessoa atrasada esta acabou se retirando após perceber a coerência da fala de todos os elementos do grupo. Inclusive a posição dos seus iguais que reforçaram o fato de o combinado ser para todos. Embora sua atitude agressiva de chutar a porta, o adolescente em questão retornou aos encontros, não se atrasou mais e permaneceu até o encerramento do grupo. Esta mesma pessoa pôde confirmar a coerência grupal quando outro colega se atrasou e não foi permitido que ele permanecesse no grupo.

Foi nítida que a situação do momento serviu para tranquilizar os demais integrantes, uma vez que todos saberiam para onde esta “família”, com a proposta de humanização, estava seguindo. O estabelecimento da ordem e disciplina propôs uma nova aprendizagem.

Identificamos que uma parte de cada jovem gozava com a perversão do sistema judicial corroborando para o “não dá nada”. Esta é uma das falas reproduzida por muitos no grupo ao se referirem que as medidas aplicadas mediante atos abusivos nada lhes trazem de responsabilização. Porém, outra parte pede por interrupção deste ciclo vicioso, como foi perceptível em uma das falas: “[...] pois é, então o cara lá se meteu em muitas coisas, assaltou e tudo mais nessa vida, não foi preso, ele ia, mas daí ele não foi, pensa só.”

Podemos perceber que apresentar um ambiente organizado, que ofereça um “abraço continente”, com novas figuras de representação, ajuda a estes jovens mudarem comportamentos, contribui para que eles deixem de reagir de forma violenta diante de situações que lhe contrariem e lhe imponham limites.

O ato infracional e a tentativa de suprir o vazio afetivo

Os participantes demonstravam um estado de excitação diante do ato infracional. Denominavam a este estado de “busca pela adrenalina”, como visto na afirmação: “Essa vida do crime, traz adrenalina. Vocês nunca saberão o que é isso, só os caras que sabem a adrenalina que dá quando vai roubar, não é pessoal?”. Mas, ao mesmo tempo, percebemos que o objeto a ser roubado era simbólico, como demonstrado: “Eu não sei explicar, é como tudo que vem fácil, vai também, ninguém fica rico no crime, eu pelo menos não fiquei, não guardei nada pra mim.” E de maneira complementar registramos uma segunda fala: “Agora nem tem mais graça a gente assaltar, as pessoas já recebem a gente de boa, não reage, vão entregando tudo, nem se apavoram mais...” O que nos faz novamente pensar no simbólico do roubo, como se estivessem tentando com este ato reeditar um passado e, com isto, obter aquilo que lhes foi negado, e que não era de ordem material, e sim afetivo. Isto explicaria os atos impulsivos destes adolescentes.

Segundo Winnicot (2000), os afetos constituem um ponto de partida, uma condição da constituição psíquica e da própria existência humana. Percebíamos a importância desta falta de afeto, dos vazios existenciais destes seres através da decepção com o fruto do crime, o qual não substitui a falta original de afetos, ficando cada vez mais perceptível à medida que os relatos iam surgindo. Como na fala de um adolescente: “A criança precisa de leite e de carinho, ah, se não ganhou, quando adulto já era, tudo se perdeu, daí não dá, né?”. Traduzindo a frase diante do contexto, o leite simbolizava a ordem material e o carinho a ordem de envolvimento e amparo afetivo parental a qual todo ser necessita.

No caso do jovem que não obteve o amparo, o colo e aconchego familiar, agora este vai em busca sem medida, através do roubo. Assumindo uma postura do tipo: “já que não me destes, agora eu pego”. Porém, este pegar o destrói. Muitos relatam a inocência que se perdia em meio ao crime como na frase: “Achei que estava indo pra uma brincadeira, como a criança que vai atrás de um doce, só que depois tudo mudou.”

Estudo realizado por Sena, Machado e Coelho (2006) estabelece ligações entre a juventude que comete atos infracionais e a ausência da figura paterna, como representação de limites e de valores culturalmente aceitáveis. Assim, a precariedade nos cuidados abrange a falta de qualidade nos primeiros encontros e, segundo os autores, ela se refere não só ao investimento amoroso, mas também ao que diz respeito à falha na imposição de limites. Tal constatação fica bem ilustrada pelas histórias de vida, em que a figura paterna na vida destes jovens era praticamente ausente.

Capacidade de humanizar

No início dos atendimentos percebemos um momento de fuga dos adolescentes. Resistiam a falar sobre sentimentos como a mágoa, dor ou raiva. Como na frase: “Às vezes é melhor nem pensar no passado porque o que se vai fazer depois? É ‘embaçado’ (traz complicações) pro cara!”. E assim apresentavam como uma tentativa de enfrentar os seus problemas o uso da droga, como na afirmação: “É, mas daí o cara usa a maconha pra ficar de boa, depois usa cocaína pra ficar agitado, depois usa crack, mas no fundo vira um bolo, uma coisa em cima da outra e quando se vê, se perde em meio a tudo.” No fundo é como se

temessem acessar a parte humana, o permitir-se sentir os sentimentos, e, depois, como fazer?

Aos poucos foram trazendo críticas aos seus comportamentos, o exemplo a seguir parece espelhar tal contradição:

Olha só, tinha um cara fechado com a gente que lia a Bíblia pra nós de noite e de dia falava só em matar, traçando planos destas coisas. Que tipo, né? Pra que daí? E, sabe, a sagrada falava do céu e o inferno. Mas se manda. Tamo perdido. Nós tudo vamo puxar carvão pro diabo, isso sim. Que coisa!?

Simultaneamente às experiências de autocrítica desenvolvidas pelos adolescentes em MSE, eles também iam vivenciando experiências de falarem sobre suas vidas, iam se escutando e escutando os sofrimentos dos outros. Nesse processo passaram a demonstrar capacidade de colocar-se no lugar do outro e sentir junto a dor desse outro, como na afirmação: “é embaçado falar do que já fizemos para as pessoas”. Ou seja, demonstravam estar acessando a suas partes humanas e estarem desenvolvendo capacidade de ampliar tal estrutura humanizada.

Fomos percebendo o desenvolvimento da capacidade de se entristecerem, como no momento em que as terapeutas trouxeram para o grupo situações em que foram vítimas de assalto. Na mesma semana, uma delas sofreu assalto na rua e outra na sua própria casa. No transcorrer dos relatos estes jovens ficaram, de início, calados, com rostos melancólicos, pareciam sobressaltados, assustados, acompanhavam o relato muito atentos e num silêncio profundo. Quando uma das terapeutas expressou sua ideia de parar com todo o trabalho que estava fazendo, desistir de tudo, aparentemente por estar desa-

creditando dos aspectos humanos das pessoas, um adolescente falou: “Vai conseguir superar, tem que enfrentar. Olha, eu tenho várias medidas pra cumprir, já tô quase terminando. Não dá pra você larga tudo.” Outro: “Ah, eu acho que não tem que ficar olhando pra trás, tem que recomeçar...”. Um outro: “Eu não sei como é ser assaltado por aí, mas já entraram na minha casa. Foi a polícia. Reviraram tudo e a gente tinha que ficar quietinho. Me surraram muito, a mãe também. E o cara tem que fica ali calado.”

No final deste encontro, um dos adolescentes, de cabeça baixa, sem conseguir olhar para as terapeutas, aparentemente constrangido, falou o seguinte: “E eu também não sei como é ser assaltado, mas já assaltei muito.” A partir desta fala fez-se um longo silêncio grupal. No sentido de ajudá-los a refletirem sobre os problemas da vida e se colocarem no lugar do outro, a coordenação questionou sobre o que eles recomendavam, como elas deveriam reagir, surgiram respostas como: “Eu acho que vocês puderam falar para nós. Isso é bom, mas o cara não sabe nem o que falar. É triste!”. Outro: “Se elas não falassem poderia acontecer como a mulher que morreu de câncer depois que foi assaltada. Acho que tinha também um sofrimento dentro dela por causa do assalto e ela não desabafou com alguém. Me falaram que se guardar é pior.” Um outro: “É porque deve ser difícil vir aqui e ouvir as coisas da gente. E falar dessas coisas. Ainda mais pra gente. Mas vocês têm que recomeçar.”

Novos Modelos de identificação

Com relação ao processo de vinculação, Zygoris (2002 apud Oliveira, 2013, p. 7) afirma que:

[...] o tecido do vínculo é real entre dois organismos humanos. Trata-se, antes de tudo, de uma característica da espécie humana, uma realidade feita de emoções com origem inconsciente e consciente. O que faz o vínculo entre dois ou mais seres humanos são os alicerces de uma presença que se une e se liga ao outro.

Uma das prerrogativas para a pessoa ser terapeuta de grupo é gostar de trabalhar com pessoas, ter boa intenção e disponibilidade para facilitar os vínculos. O terapeuta serve como um aporte para superar os conflitos, para organizarem os próprios pensamentos e ajudar as pessoas a superarem possíveis atuações. Podemos, então, considerar que o terapeuta também servirá de identificação para que o jovem se espelhe nesta nova figura de referência. A partir de tal concepção teórica, percebemos o quanto era importante para os profissionais comportar as atuações e as projeções maciças destes jovens.

Na história dos adolescentes com MSE percebemos a ausência da figura paterna no processo de criação dos mesmos, são figuras ausentes ou, quando presentes, apresentam características de funcionamento bastante negativas, constituindo-se como modelos negativos de identificação. Percebemos que no transcorrer dos encontros estes jovens passaram a buscar na figura do coordenador um novo modelo de reidentificação. Como na situação em que o coordenador horizontalizou com o grupo e citou exemplo pessoal na relação com o filho, este teria supostamente negligenciado nos cuidados com o carro do coordenador, aí um adolescente quis saber qual foi a atitude por ele tomada, o coordenador respondeu que não permitiu mais que seu filho usasse o mesmo. O grupo, parecendo ter entendido que tal atitude era de envolvimento e não de retaliação, passou a respeitar o papel de “liderança paterna” do coordenador. Podemos citar a situa-

ção onde o grupo discutia um assunto e estavam na dúvida sobre qual rumo tomar, então um adolescente falou: “Eu quero saber do senhor, que é mais vivido aqui, o que o senhor pensa... Deixa ele falar pra nós pessoal.” E, assim, ao visualizarem uma figura paterna na pessoa da coordenação, a possibilidade de reeditar vivências do passado com a imagem masculina, no aqui e agora, poderá implicar em um novo significado de como agir perante a vida, pois, agora, com novos modelos a se identificar, podem seguir novos comportamentos.

O papel de cooperação

No início dos encontros o que percebemos foram adolescentes falando de um mundo onde imperam leis distorcidas, de um mundo interno onde impera o funcionamento primário. Portanto, quando contrariados, a resposta natural de reagirem com raiva, e atacando a pessoa ou a situação frustradora, evidenciavam o quanto o Id, baseado no princípio do prazer, que não aceita o “não”, imperava no mundo interno destes adolescentes. À medida que iam expondo sobre suas experiências de vida à coordenação, faziam questionamentos no sentido de analisarem suas vivências, refletirem sobre seus atos e sobre as consequências dos mesmos. Isso ia propiciando um clima grupal de pensar sobre as suas ações e se anteciparem aos resultados.

Diante dos relatos das histórias de vida trazidas pelo porta-voz do grupo, os participantes faziam suas interpretações, percepções e sugestões, ao se colocarem no lugar do outro, falavam o que fariam diante das diversas situações vivenciadas pelo coletivo. Como no caso de um dos participantes, ao aconselhar um dos colegas diante de uma possível traição da companheira, ele sugeriu ao colega: “Capaz, eu

não mataria não, é porque daí você nem vai poder pegar outras por aí. Eu não mataria, capaz, sai uma vem três. Vai atrás de outra. Tipo, olha eu, feio, e nem sei como que pego as meninas, matar pra perde tua liberdade?”.

Seguindo este porta-voz da reflexão podemos perceber que o grupo aos poucos começava a produzir Egos livres, pessoas que começavam a funcionar como Ego auxiliar do grupo, que assumiam um papel de cooperar com a coordenação na tarefa de refletir sobre os problemas, com as frustrações impostas pela realidade, buscando soluções e não apenas atacar e tentar destruir tal realidade adversa, ou seja, superar o princípio do prazer dos quais estavam sob domínio. Um exemplo que evidencia o surgimento do papel de cooperação com a coordenação grupal fica evidente em uma fala de um dos integrantes quando uma parte do grupo assumia o papel de resistência em manter-se na tarefa de lidar com o problema anunciado pelo porta-voz do emergente grupal: “Eles querem ajudar nós aqui, não tão aqui pra atrapalhar nós.”

A possibilidade da mudança

Segundo Bastos (2010), no grupo, a escuta também pode ser provocativa, na medida em que o coordenador problematiza, levanta questões, propõe cortes e rupturas nas falas. Além de escutar, ele devolve o que escuta para os integrantes, tentando surpreendê-los, “desestabilizá-los”, fazê-los escutar sua própria fala, podendo, com isso, provocar novas perspectivas e descobertas.

Fomos percebendo no transcorrer do processo diacrônico do grupo que à medida que íamos questionando sobre os comportamen-

tos destes adolescentes e de como estavam conduzindo suas vidas, eles iam se desestabilizando. De início o ato infracional estava Ego sintônico, diante das reflexões grupais eles passaram a se sentir desconfortáveis ao relatarem suas condutas, estas passaram a ficar Ego distônicas. Percebemos isso na expressão de um adolescente:

Sabe a cabeça da gente tá assim: como um vaso. Sabe aqueles que tu vai moldando com barro?! A vida da gente é assim, mas daí vem aqui e quer que eu quebre no chão?! Na minha vida, só aprendi essas coisas ruins.

Desta forma ele parecia estar falando por si e pelo grupo sobre um processo de desconstrução de seus *selves*, parecia retratar o medo e a dor mental diante do processo de mudança, o medo do colapso diante do processo de mudança, como afirmado por Winnicott (1990).

Quando nos encaminhamos para os finais dos encontros as falas destes adolescentes passaram a expressar mais claramente a ideia de quererem mudar, passaram a buscar nas figuras das terapeutas encaminhamentos para inserção no mercado de trabalho. Podemos visualizar esta mudança de postura nos comentários de um dos adolescentes:

É, ninguém quer trabalhar, mas às vezes é preciso. Não que eu queria, mas hoje vejo as coisas diferentes. Tô trabalhando e consegui guardar um dinheiro pra fazer minha carteira de motorista. Mas não é fácil o cara romper com as coisas. Como era, não tinha compromisso e o dinheiro vinha fácil. Mas é gratificante quando é com o teu suor, como agora.

E outro adolescente, de forma complementar, continua: “Dona, tu podia ver pra mim né, pra marcar de fazer a carteira, quero trabalhar agora.”

Considerações finais

A nossa equipe técnica do CREAS I (2017-2018) havia constatado que os jovens infratores que buscavam este serviço apresentavam demandas assistenciais primárias, mas que suas necessidades iam para além disso, traziam consigo falhas básicas em seus processos de constituição enquanto sujeitos (Balint, 2014). Percebemos que estes jovens, já no seio familiar, aprenderam a reagir frente às agressões do meio externo de forma defensiva e patológica (Winnicott, 1990).

Juntava-se a esta constatação a angústia profissional diante da forma como eram operacionalizadas as ações neste serviço. Em geral, predominavam ações burocráticas com produção de documentos para prestar informações/esclarecimentos ao judiciário. Percebemos a necessidade de mudar a metodologia de trabalho.

Foi então montada uma proposta cuja prioridade era o estabelecimento de vínculos fortes entre os jovens em conflito com a lei com a equipe técnica, construindo um espaço que denominamos de “família por opção”. Entendíamos que o essencial para a construção deste referido espaço seria oferecer uma escuta qualificada baseada na ideia de humanização mútua, pressupúnhamos que esta escuta humanizada seria fundamental para criar uma confiança básica entre adolescentes e os profissionais. O objetivo deste espaço era reencontrarmos, revivermos, vínculos de familiaridade e, com isso, através deste ambiente transferencial, trabalharmos e superarmos possíveis

falhas básicas que estes adolescentes traziam em suas vivências pessoais com suas famílias de origem.

Ao darmos início aos atendimentos grupais fomos percebendo que o grupo ia passando por alguns pontos evolutivos muito evidentes. Primeiramente, no transcorrer do período de acolhimento que correspondeu aos três, quatro primeiros encontros, o que se via eram “crianças rebeldes”, tentando burlar regras, por exemplo, manter celular ligado, conversas paralelas e atrasos, como no caso citado do adolescente que chutou a porta quando foi convidado a sair do grupo devido ao atraso. Entendemos que eles estavam nos testando através de uma comunicação profunda, a fim de observar se seríamos capazes de “aturá-los” e contê-los. Depois desta primeira fase, surgiu a “capacidade de envolvimento transferencial”, estas “crianças carentes” começaram a aceitar o “colo terapêutico” e passaram a trazer relatos de muita dor existencial, como o adolescente que relatou história de abandono por parte de “mãe prostituta e pai drogado”, sobreviveu graças aos cuidados da avó. Encerrou sua fala com o comentário: “É muita treta para uma criança”. Depois desta fase veio o “período de humanização”, neste momento conseguiam colocar-se um no lugar do outro, tanto dos adolescentes entre si quanto adolescentes e equipe técnica. Ilustra esta fase o adolescente que empaticamente sugere ao colega “traído” que não mate a ex-namorada, que faça como ele, que, embora sendo “feio”, sempre consegue umas duas-três meninas. Ou na situação em que os adolescentes acolhem as duas terapeutas assaltadas e lhes oferecem “colo”, dizendo que elas “não podem se abater por isto. Precisam continuar”, ou seja, fazer como eles. A última fase seria a da “mudança”, do reinício, como o adolescente que reconhece que trabalhar um mês para ganhar um salário não é fácil. Porém, está

fazendo a carteira de motorista e já guardou dinheiro para comprar uma moto.

Portanto, entendemos que espaços de atendimentos baseados na escuta humanizada como estes desenvolvidos pelo Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), baseados no método GI, são eficientes para atendimentos de adolescentes em MSE, eles contribuem com a humanização destes sujeitos e são potencialmente úteis no processo de socioeducação e nas mudanças de condutas desses. Acreditamos que esta ação foi uma experiência inovadora dentro da assistência social e pode vir a se constituir numa ferramenta social metodológica de trabalho com grupos de adolescentes em medida socioeducativa do CREAS no município de Chapecó.

Sugerimos, ainda, paralelo aos grupos com os adolescentes, que sejam ampliadas as ações do GDH prestando-se atendimentos às famílias dos jovens como forma de fortalecimento dos vínculos entre seus membros e suporte às fragilidades pessoais das figuras parentais.

Pensamos que este é apenas o início de um novo movimento nos atendimentos aos jovens em medida socioeducativa. Entendemos que há necessidade de atitudes complementares, interações com a sociedade por meio de atividades sociopedagógicas de inclusão para além dos atendimentos no CREAS, que interajam com as demais Políticas Públicas.

Referências

BALINT, M. **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, 2007.

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

BONAMIGO, I. S. et al. Homicídios: das práticas às inscrições das violências letais. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 21, n. 1, p. 425-444, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/7338/4508>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

BRASIL. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome. **Caderno de orientações técnicas**: serviço de medidas socioeducativas em meio aberto. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432>. Acesso em: 10 maio 2018.

CHAPECÓ. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano decenal dos direitos humanos da criança e do adolescente**. 2017-2026. Chapecó: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: <<https://web.chapeco.sc.gov.br/documentos/?f=/Documentos/Conselhos/Sala%20Executiva/CMDCA/CMDCA%20Plano%20Decenal.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. do. Jovens pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA, P. C. P.; IULIANELLI, J. A. S. **Jovens em tempo real**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FREITAS, F. B. de et al. Implementação do Grupo de Desenvolvimento Humano na Rede de Políticas Públicas: estratégias complementares e interdependentes que capacitam para a realização de Grupos Interativos. In: _____; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2019.

_____; METELSKI, F. K. Grupo Interativo: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: _____; FELIPI, E.; DAL MAGRO, M. L. P. (Org.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

MONTEIRO, F. M. Violência e segurança pública: análise espacial e temporal das taxas de homicídios em Chapecó (1980 – 2015). In: SEMINÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS, 1., Chapecó, 2018. **Anais...** Chapecó: UFFS, 2018.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

OLIVEIRA, I. G. **A relação terapeuta-cliente: na perspectiva do cliente**. 2013. 77 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade do Porto, Porto, 2013.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROLIM, M. **A formação de jovens violentos: estudo sobre etiologia da violência extrema.** Curitiba: Appris, 2016.

SAWAIA, B. B. Contextos socioculturais na construção da subjetividade e de exclusão. In: SILVA, M. V. O. **Psicologia e direitos humanos: subjetividade e exclusão.** São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2004.

SEMINOTTI, N.; BORGES, B. G.; CRUZ, J. L. O pequeno grupo como organizador do ambiente de aprendizagem. **Psico-USF**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 181-189, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712004000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2018.

SENA, I. J.; MACHADO, T. R.; COELHO, M. T. A delinquência juvenil e suas relações com a função paterna. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2006. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/48/42>>. Acesso em: 27 out. 2018.

SOARES, L. E. **Legalidade libertária.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

_____. **Luiz Eduardo Soares defende uma nova estrutura para Segurança Pública.** [201-]. Disponível em: <<http://www.luizeduardosoares.com/luiz-eduardo-soares-defende-uma-nova-estrutura-para-seguranca-publica/>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SZPACENKOPF, M. I. Um espaço para instituição e para transgressão. In: PLASTINO, C. A. **Transgressões.** Rio de Janeiro: Espaço Brasileiro de estudos psicanalíticos, 2002.

WINNICOTT, D. W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artmed, 1990.

_____. **Privação e delinquência**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZYGOURIS, R. **O vínculo inédito**. São Paulo: Escuta, 2002.

Luto de pais que perderam filhos: o grupo como uma experiência transformadora

Juliana Angela Albiero Salvi

Maria Helena Pereira Franco

Taiacu Thuitza Melo

Este artigo traz o relato de experiências grupais desenvolvidas no CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial ao Adulto do município de Chapecó (SC), onde constatávamos o crescente número de pacientes encaminhados por diversas patologias graves, exacerbadas ou desencadeadas após a perda de um filho.

Para Freud (1996), o luto é uma reação natural referente à perda de um objeto amado, considerado uma reação sadia fazendo parte do processo de reinvestimento da libido do objeto perdido, ao qual ele chama de trabalho de luto. Mas um filho representa uma completude imaginária para os pais, sendo assim “[...] como a libido investida de uma mãe para um filho é de teor narcísico, o desinvestimento objetal diante da morte de um filho pode abrir portas para um movimento de identificação narcísica, incorporação e luto complicado.” (Schinermann, 2014, p. 133). Como nos coloca Viorst (2005, p. 261): “A morte de um filho é como uma morte fora de tempo, uma monstruosidade, um ultraje contra a ordem natural das coisas.”

No contexto do CAPS II tínhamos um desafio pela frente, pois lidávamos com o tabu da morte, apesar de ser algo inerente à vida,

precisávamos ser um instrumento de auxílio, de alívio àqueles que perderam um filho. Algumas pessoas nos questionavam ou apenas diziam “eu nunca conseguiria fazer um grupo desses”, “nossa que pesado!”. Sobre a dificuldade contemporânea de falar da morte “[...] no século XX, disse-nos Ariès, a morte é interdita, vergonhosa, um fracasso, um erro, tabu e aquilo do que não se fala; a pornografia do século XX.” (Gorer, [s.d.] apud Franco, 2011, p. 8).

Diante de nossa inquietação, desenvolvemos um projeto de intervenção profissional com o apoio do psiquiatra Flávio Braga de Freitas, idealizador do GDH, onde refletíamos: “O que fazer com tantos pacientes que passaram pelo luto diante da morte de um filho? De que forma poderíamos ser mais efetivas?”; “O que a morte de um filho provoca na vida dos pais?”.

Os pacientes passaram pelo acolhimento individual, pois, além de estabelecermos vínculo com aqueles que não conhecíamos, enfocamos a temática a partir de um roteiro semiestruturado que desenvolvemos. Após o acolhimento, os mesmos foram convidados a participar do grupo. A grande maioria atendeu a nosso chamado. Assim, foram realizados dois grupos, por um período de quatro meses cada, com encontros semanais baseados na tarefa (Pichon-Rivière, 2005). Tínhamos a pretensão de “drenar essa grande ferida”. Não estávamos propondo cura, mas desenvolvimento. Nosso objetivo foi de oferecer acolhimento aos pais que enfrentavam o luto pela perda de um filho, trabalhando em prol da elaboração parcial desta perda. A partir desta escuta qualificada e acolhedora, criou-se um espaço para compartilhar suas dores.

Inicialmente realizamos combinações, estabelecemos o *setting* para que o grupo funcionasse, de maneira que os participantes pudes-

sem sentir nossa base segura para entrar com eles no “buraco negro”. Os grupos foram centrados na tarefa. Em cada encontro se trabalhava espalhando os questionamentos para o grupo no sentido de reviver e acessar sentimentos, tornando-se um espaço para transformar a dor em palavras.

Os tensionamentos nos primeiros encontros foram inerentes ao grupo. Não insistíamos para que ficassem no grupo, pois o mesmo era dos pacientes, não nosso. Realizamos o convite, mas a disponibilidade egoica e energética provinha de cada paciente. Conforme afirmam Franco e Polido (2014, p. 42), “[...] é que cada pessoa tem o seu tempo e suas limitações. E que o paciente busca somente o que deseja, e isso nem sempre irá ao encontro do que o psicoterapeuta propõe ou compreende como saudável [...]”, ou seja, “[...] o paciente não está para as expectativas de seu terapeuta, mas sim para o que realmente deseja ou até mesmo suporta enfrentar.” (Franco; Polido, 2014, p. 63).

Convém salientar os ataques explícitos ou implícitos intrínsecos às dinâmicas grupais. Nesse caso específico, os conteúdos destes ataques se referiam aos sentimentos de raiva e abandono. Conforme Bowlby (1969) pontua, é absolutamente normal a reação de raiva diante da perda, sendo esta considerada uma poderosa expressão para que a tristeza siga seu curso normal.

Os emergentes grupais reiteradamente foram de luta e fuga. Sabíamos que quando o emergente estivesse acontecendo haveria resistências, tais como: sonolência excessiva não decorrente de noites mal dormidas, saídas da sala do grupo, desvios de assunto. Nosso papel foi então de direcionar para voltar ao foco, entendendo a importância do desencadeamento de mecanismos de defesa, tais como a negação, que

ocorre para a manutenção do equilíbrio egoico dos pares do grupo, bem como, do acontecer grupal.

Ao estimularmos que lembrassem suas perdas muitos pais relatavam: “Não quero lembrar”; “Esse grupo me faz muito mal” e “Não quero estar aqui”. “É importante reconhecer o caráter protetor e adaptativo da negação, em alguns momentos, necessário para manter a sanidade... a natureza e a duração desta negação dirão se está sendo adaptativa ou não.” (Franco; Polido, 2014, p. 86).

Alguns conteúdos advindos das falas dos participantes foram relativos às lembranças das vivências com os filhos; como receberam a notícia da morte desses; como foi a expectativa da vinda desse filho; quais eram as conflitivas e potencialidades relacionais e em que contexto esses filhos foram gerados.

Realizamos até o momento dois grupos com essa finalidade e, estatisticamente, o perfil dos pais acompanhados se compõe de: 93,5% mulheres e 6,50% homens; com relação à idade 35,82% possuíam entre 40 e 50 anos, 25,37%, 50 e 60 anos, 19,40%, 30 e 40 anos, 10,44%, 60 e 70 anos, 5,97%, 70 e 80 anos e 2,98% possuíam entre 20 e 30 anos. Sobre as causas da morte: 47,76% faleceram por doenças, 25,37% por acidentes (trabalho, automobilístico ou doméstico), 5,97% por suicídio e 20,89% por assassinato.

Desdobramentos pós-perda/manifestações pós-luto

A morte de um filho é considerada uma afronta à ordem natural das coisas, sua repercussão gera diversas reações e sentimentos, muitas vezes contraditórios, insuportáveis e adoecedores. “O luto dos pais é frequentemente misturado com raiva, culpa, autorreprovação

por sua inabilidade em impedir a morte, bem como com a sensação de estarem sendo vítimas de uma injustiça.” (Franco, 2011, p. 115).

O principal sentimento despertado e que frequentemente surgiu como emergente nos grupos atendidos foi a culpa, seja ela implícita ou explícita: alguns pais se sentiam culpados, pois, muitas vezes, expressaram sentimentos ambivalentes em relação ao filho perdido, deslocando sua raiva para outros familiares ou profissionais de saúde. Citaremos alguns exemplos e falas dos participantes, preservando suas identidades por meio de nomes fictícios. Nazaré abordou:

Meu outro filho tinha sofrido um acidente um ano antes, e eu não saí de perto dele, mesmo que falassem pra gente ir pra casa. Se eu estivesse junto com o outro... eu não sei o que aconteceu com esse meu que morreu, mas eu chego à conclusão de que eles são culpados por deixarem meu filho tanto tempo naquela maca (‘eles’, se referindo aos socorristas do acidente automobilístico).

Percebemos que algo que atemoriza é trazer à consciência que eles, apesar de amarem seus filhos, também nutrem sentimentos negativos em relação a esses. Tais sentimentos não aceitos pela consciência são desencadeadores de culpas inconscientes. Sendo assim, “[...] a privação da satisfação (não poder ficar feliz) somada à possibilidade de punições (adoecimento, depressão) pode funcionar como uma forma de redimir esta culpa.” (Schinemann, 2014, p. 46).

Citaremos Amélia, única participante que não era mãe/pai do ente falecido, uma avó que foi convidada a participar do grupo, pois havia criado seu neto e se encontrava em acompanhamento no serviço, Amélia tirara o neto do castigo dado pela mãe e depois de tal fato a criança fora brincar no pátio e acidentara-se com uma faquinha de

serra, vindo a óbito. Explicitamente, Amélia se culpava “se eu não tivesse tirado do castigo, não teria acontecido”. Alegava, ainda, que “meu companheiro me chama de assassina”. Percebe-se neste e em muitos relatos o superego acusador projetado, neste caso, no companheiro. Em outras facetas, projetado nos profissionais da saúde, na justiça, na família, em Deus.

Notamos que, psiquicamente, muitas vezes são criados bloqueios que resistem em deixar que essas mães se permitam a continuar, como se não tivessem direito à felicidade, insistindo numa vida de penitência e de dor.

Sinto falta dele agora, e sou atormentada pelas minhas deficiências, pelas vezes que falhei com ele. Acho que todos os pais têm uma sensação de fracasso, até mesmo de pecado, só pelo fato de continuarem a viver depois da morte de um filho. Não parece direito viver quando o filho está morto, temos a sensação de que devíamos ter encontrado um meio de dar nossa vida pela dele. Tendo fracassado nisso, as faltas que cometemos durante sua breve vida parecem mais difíceis de ser suportadas e perdoadas. (Viorst, 2005, p. 247).

Outra participante, Claudia, relatava que insistira em engravidar novamente, apesar da discordância do cônjuge. Seu filho nascera com problema cardíaco congênito e após intervenções cirúrgicas, falecera. Culpava-se desde então: “eu não deveria ter engravidado”; “se eu soubesse, eu não deveria ter cobrado tanto dele”.

Culpa indiscriminada é também a incapacidade para distinguir pensamentos proibidos de ações proibidas. Assim, desejos maldosos são iguais a atos maldosos. E embora nós, adultos, acreditemos que há muito tempo somos capazes de distinguir

um do outro, nossa consciência pode cruelmente nos condenar, não só pelo crime que cometemos, mas também pelo desejo de crime que levamos no coração. E mesmo sabendo que só o desejo não implica o ato, ainda assim nos sentimos culpados. (Viorst, 2005, p. 135).

Nesse sentido, a ilusão de controle diz respeito ao suposto domínio sobre o bem-estar das pessoas. Assim, se o outro adoece ou sofre, surge a culpa, que seria possível ter evitado tal situação por meio de uma mudança de comportamento.

Elza não tinha uma relação estável com o pai de seu filho. Engravidara em um período em que fazia uso de substâncias psicoativas, descobrira a gravidez com cinco meses de gestação. A criança nasceu com paralisia cerebral, dependendo exclusivamente da mãe. Antes de o filho falecer, Elza quando vinha ao serviço com ele, arrastava a criança agressivamente, o que aparentemente simbolizava o “fardo”, como formação reativa, dizia no grupo “Meu filho era um anjo”, em uma forma de se defender da culpa ou aliviá-la. Sendo assim, precisávamos lidar com verdades intoleráveis, pois, do contrário, essa forclusão desencadearia núcleos psicóticos que geram culpa e perseguição. Assim, era possível acessar a ambivalência, o desgaste, a realidade do filho que exigia mais que os outros. Como coloca Franco (2011, p. 116):

Filhos portadores de uma doença potencialmente fatal ou filho com deficiência – com relações de dependência – mesmo com o apoio da família estendida e da rede social, para a família, e em especial para os pais, causa muito sofrimento a ideia de que é possível ter um funcionamento com menos encargos após a morte desse filho.

Sendo assim, precisávamos encaminhar essa dificuldade de comportar os sentimentos contraditórios. O ódio dirigido aos filhos e que não podiam ser pensados.

Os sentimentos contraditórios – de amor e ódio simultâneos – começam com as primeiras figuras mais importantes de nossa vida, e são mais tarde transferidos dos pais e irmãos para mulheres e maridos, filhos e amigos. (Viorst, 2005, p. 176).

Apesar de um sentimento universal, muitas vezes se reprime a raiva, com o temor de que esse sentimento atinja negativamente quem se ama.

Segundo Neder (2012) a idealização da maternidade oculta os impulsos agressivos e hostis da mulher pelo filho, como se as mães fossem uma inesgotável fonte de amor transbordante. Assim, raiva e agressão, irritação ou cansaço, provocam vergonha e culpa nas mães que falham em realizar este ideal de maternidade santificada. (Schinemann, 2014, p. 70).

Percebemos também os conflitos mal resolvidos no passado e as histórias que se repetem, como no caso de Telma, que fora abandonada pelos pais, criada pelo avô. Este não estabelecia um vínculo continente com a neta, era alcoolista e agressivo. Ela se envolveu com um homem alcoolista e engravidou. Por medo da reação do avô, escondeu a gravidez: enrolava a barriga para disfarçá-la. O pai da criança também a abandonara. O filho nascera com uma deficiência intelectual, frequentava a APAE e veio a óbito por câncer. Telma se culpava: “Errei ao ter me envolvido com um cara bêbado, mas o que fui buscar neste cara?”. Precisávamos trabalhar com essa mãe que possivelmente buscava um “colo” que não teve na família de origem.

A falta de maturidade para enfrentar e solucionar as contradições da vida, frequentemente, traz consequências graves para as pessoas, como no caso de Irma, que era casada, dois filhos e seu marido a traiu. De maneira reativa, envolve-se em uma relação extraconjugal e engravida. O casamento se mantém e a gravidez é encarada como o fruto concretizado da traição. Criado pelo padrasto, marido da paciente, esse filho na adolescência se envolvia com drogas, tráfico, roubos, internações no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), até que durante a prática de um desses delitos é assassinado. A paciente verbaliza “amava ele, mas me dava muito trabalho”, e ainda “eu deveria ter trabalhado menos e ter tido mais tempo para eles. Acho que abandonei ele muito antes disso...”. Sendo assim, notamos que os desejos inconscientes e fantasias repercutem na vida do sujeito como se fossem fatos reais.

Outro exemplo atendido foi de Nazaré, que não queria ter filhos, sequer casar, vinha de uma família disfuncional, na qual se sentia rejeitada pelos pais, sendo expulsa de casa na juventude. Ela teve três filhos de relações diferentes, os três se envolveram com drogas, tráfico, roubos, prisões. Um deles se envolveu em um acidente automobilístico, foi socorrido, mas veio a óbito. Ela culpava os médicos por não terem salvado o seu filho. Teve dificuldades em falar abertamente sobre o relacionamento com o filho, contar sobre situações vividas nesse relacionamento. Pôde, com o tempo, questionar-se sobre o que foi oferecido a esses filhos e quais eram as contribuições que lhe cabiam no desenvolvimento desses. Precisava lidar com a culpa gerada pelos sentimentos ambivalentes e com esse filho real, que roubava dentro de casa, e que, simbolicamente, já estava “morto-vivo” para a família.

Outra situação reiterada pelos membros do grupo diz respeito ao sentimento de onipotência dos pais, na qual se mantém a fantasia de que podem ou devem proteger os filhos do inevitável. Isso pode ser observado no caso de Gema, que tinha uma filha com neutropenia congênita, e questionava-se: “Eu fiz tudo certo, nunca fumei, nem usei drogas, comia tudo natural, não ingeri uma gota de álcool na gravidez, tomei o ácido fólico, fiz todos os exames antes de engravidar, mas ela veio assim.” Sua filha passou por várias internações hospitalares. Na última internação, o esposo de Gema prometeu à filha que não a deixaria morrer.

A presença física dos pais não evita que os filhos sofram ou adoçam, como aponta Viorst (2005, p. 14):

[...] somos completamente incapazes de oferecer a nós mesmos ou aos que amamos qualquer forma de proteção – proteção contra o perigo e contra a dor, contra as marcas do tempo, contra a velhice, contra a morte, proteção contra nossas perdas necessárias.

Diante disso, para a família, perder um filho muitas vezes é sinônimo de incompetência nas funções parentais, pois a morte é a separação definitiva e lidar com a morte do filho coloca os pais frente à raiva e ao fracasso.

Constatamos a negação da morte, como no caso de Étel, que não conseguia tolerar a realidade de que o filho não voltaria mais. Toda manhã quando arrumava a mesa do almoço, guardava o lugar onde o filho sentava e ali servia seu prato.

De um lado está a crença de que a morte ocorreu com toda a dor e desespero que ela traz. Do outro, está a negação da morte,

acompanhada pela esperança de que tudo vai ficar bem e pela necessidade urgente de procurar e reaver a pessoa perdida. A criança, quando a mãe sai, nega sua ausência e vai procurar por ela, diz Bowlby. É nesse mesmo estado de espírito que nós – os adultos que ficamos e que sofreram a perda – procuramos nossos mortos. (Viorst, 2005, p. 248).

Além do luto, os pais trouxeram as relações desestruturantes vividas no âmago de suas famílias: Ademar cresceu em uma família disfuncional: sua mãe, alcoolista, abandonou a família quando Ademar tinha seis anos de idade. Seu pai se casou novamente e sua madrasta o expulsou de casa. Ademar buscou sobreviver em serviços informais em troca de abrigo e comida. Casou-se com uma mulher, também alcoolista, e passava a maior parte do seu tempo trabalhando. Um de seus filhos se envolveu com drogas e, em um acerto de contas, foi executado na área da casa com trinta tiros. Ademar culpa-se: “Eu também ‘abandonei’ meus filhos.”

Monica morava no interior com os pais, na adolescência engravidou e sua mãe sugeriu que deixasse o filho no hospital, Monica discordou e foi expulsa de casa. Após alguns anos, casou-se com um homem que assumiu seu primeiro filho. Anos mais tarde engravidou da sua segunda filha que nasceu com problemas congênitos. O marido, em uma discussão, assassina o enteado e com requintes de crueldade decepá-lhe todos os dedos das mãos. “Me sinto culpada, porque o assassino do meu filho é pai da minha segunda filha... eu coloquei pra dentro de casa um monstro.” Diante disso, após acolhimento, abordou-se a repercussão da desestruturação familiar na constituição do sujeito, as contribuições nas possíveis falhas de maternagem, dentre outros fatores.

Outro caso que gostaríamos de compartilhar é de Zilda, que criou a enteada desde seu primeiro ano de idade, a mesma sofria com crises respiratórias e era tabagista. Certa vez, essa enteada, já adulta, utilizou álcool pelo corpo para aliviar sintomas da asma, porém, acendeu um cigarro em seguida, seu corpo pegou fogo e a madrasta levou a enteada ao chuveiro, o choque térmico gerado com o fogo e a água foi considerado a causa da morte. Essa senhora relatava sintomas alucinatórios “uma sombra que a ronda” e “sapos que diziam: queimou e se foi”, entendido como um misto de culpa e raiva.

Sentimos raiva e ódio da pessoa morta como uma criança odeia a mãe que vai embora. E como a criança, tememos que nossa raiva, nosso ódio, nossa maldade a tenham afastado de nós. Sentimo-nos culpados por nossos maus sentimentos e também pelo que fizemos – e pelo que não fizemos. (Viorst, 2005, p. 247).

Outro fator que percebemos foi sobre os vínculos ansiosos anteriores, que, rompidos por morte deixam na reação do luto marcas deste *déficit*, como na história de Verônica, que morava no interior com seus filhos, um deles, usuário de drogas, vendeu para dois rapazes um suíno que criavam no sítio. Enquanto isso, Verônica retornou à cozinha para finalizar o almoço, e seu filho avisou que estaria de saída com os rapazes. Na cidade, o filho foi executado. Sobre o ocorrido, Verônica se culpa de maneira mágica: “Se eu não tivesse ido mexer as panelas, ele não teria ido pra morte.” Sendo assim, com alguns pacientes, antes de trabalharmos a aceitação do inevitável, foi relevante que revivenciassem as relações afetivas preexistentes.

No luto chamado normal, o impacto da perda pode ser diminuído em um breve espaço de tempo, pela formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos produtivos em novas atividades e da aceitação do apoio social. Já no patológico, o vínculo permanece intenso com uma pessoa que, não estando mais viva, não permitirá à mãe enlutada a vitalização necessária para a sua manutenção saudável, abrindo o campo para reações – como negação, ambivalência, distorção, permanência no passado – que levam ao desequilíbrio pessoal e à doença. (Freitas, 2000, p. 14).

Na teoria do apego de Bowlby (1969), este autor aponta que a natureza dos primeiros vínculos estabelecidos determinará os padrões de vinculações futuras. Assim, a partir disso se definem os recursos que serão utilizados para lidar com separações, com as relações futuras.

Durante o processo do grupo, os pacientes tiveram a oportunidade de externalização dos sentimentos: revolta, mágoa, saudade e culpa. E assim como em outras dinâmicas grupais, os participantes alternaram: ora cumpriram o papel da resistência, ora o papel de porta-voz da tarefa.

As experiências com esses grupos possibilitaram observar alguns fatores determinantes no enfrentamento da perda, destacados a seguir: o tipo de vínculo estabelecido com o ente falecido; a frequência do contato com o mesmo; os tipos de ambivalência mantidos durante o vínculo; o contexto da concepção desses filhos; as histórias de vida prévias; as circunstâncias do falecimento; e a rede de apoio familiar, religiosa, social. Quanto mais essas redes estivessem fortalecidas e trabalhando em conjunto, melhor era o enfrentamento dessa dor e seus desdobramentos.

Um filho representa a extensão de si, do próprio ego, como nos aponta Brown (2001, p. 401), “[...] uma vez que a maioria dos pais vê os filhos como extensões de suas esperanças e sonhos de vida, a perda de um filho é um golpe existencial do pior tipo.” É um evento devastador no sistema familiar.

Alguns pacientes atendidos no grupo de pais que perderam filhos retratam o fato da perda da seguinte maneira: “é como perder um pedaço da nossa carne”; “se eu tivesse perdido um pedaço do meu corpo, não sentiria tanta dor” e “um buraco se abriu embaixo de mim”. Sendo assim, observamos que a perda de um filho provoca o sentimento de que se perdeu uma parte de si, de sonhos e planos traçados com a agravante dificuldade na aceitação dos fatos: “por que comigo?”, debruçando-se sobre uma ferida narcísica.

Reiteramos que os lutos patológicos dos pacientes atendidos prevaleciam de relações contraditórias, em que a ambivalência relacional mantinha-se reprimida e o sentimento de raiva se sobressaía de maneira predominantemente inconsciente, decorrendo, muitas vezes, o que se denomina melancolia, onde simbolicamente não se separa e nem se enterra o morto. Assim,

[...] quando o vínculo é rompido, os recursos de que o indivíduo dispõe para elaborar o luto devem ser buscados na qualidade do vínculo anteriormente existente. É possível, então entender os motivos que levam ao desencadeamento do chamado luto patológico, no âmbito individual, em qualquer uma das suas formas: a partir de vínculos ansiosos, não se desenvolveram de forma positiva a autoconfiança e a autoestima; com o rompimento de um vínculo por morte, a reação de luto apresentará as marcas desse déficit e a dificuldade de separação será intensificada pela dificuldade de encontrar novas possibi-

lidades de vinculação, seja com uma pessoa, uma atividade ou ideia. (Franco, 2011, p. 102).

Desta forma, precisávamos trabalhar com a desidealização dos filhos, para que pudessem enxergá-los como um “objeto real” de amor e ódio.

Nos grupos atendidos, algumas doenças foram desencadeadas ou exacerbadas no pós-luto, dentre elas: transtorno de estresse pós-traumático, sintomas ansiosos e depressivos, descompensação da hipertensão arterial sistêmica, cânceres, além de doenças de coluna, joelho e fibromialgia. Essas somatizações se conformaram enquanto resposta adaptativa a um desequilíbrio no ciclo vital.

A perda de um filho e o surgimento de doença orgânica, o “enlouquecimento do corpo”, como no caso de Graziela, que perdeu o filho por acidente de trabalho. Ela optou por não visitar o filho no hospital e decidiu não ir aos atos fúnebres. Após tal situação acabou se separando, pois, segundo ela, não conseguiam falar sobre o assunto. Em uma tentativa de negar a realidade fala: “eu tapava o sol com a peneira”. Graziela desenvolveu uma doença autoimune chamada penfigoide bolhoso. Portanto,

[...] as pessoas com história prévia de doença física ou mental correm maior risco. Bem como aqueles que perdem a pessoa amada por suicídio. [...] cujo relacionamento com o morto era especialmente ambivalente e de dependência. Aqueles que enfrentam a perda sem o apoio da sociedade. (Viorst, 2005, p. 258).

Outra situação de doenças é a que apresentou o casal Cenira e Neri, ela tinha histórico de perda de dois irmãos por suicídio, já Neri relatava que quando criança vigiava a mãe, pois esta ameaçava se ma-

tar. O casal teve três filhos, os dois mais novos tinham histórico de uso de substâncias psicoativas. O primogênito era casado e tinha um filho adolescente, ao descobrir uma relação extraconjugal da esposa, enforcou-se no quintal da casa de seus pais. Neri foi encaminhado ao CAPS após tentativa de suicídio. Cenira desenvolveu câncer de mama.

Dentre os assuntos levantados nos grupos realizados, trabalhávamos não apenas a relação que estes pais estabeleciam com o falecido, mas também a história de vida dos participantes relacionadas às ligações e perdas que afetavam suas vidas, e enfrentamento das mesmas.

O luto de um filho como um fator estressante gera mudanças significativas no *status quo* familiar e individual, como no caso de Márcia, que perdeu um filho por acidente automobilístico. Ela relata: “Eu não sabia mais o que eu era...”, “Tentei suicídio, a vida não tinha mais sentido pra mim... parei de trabalhar, de fazer as coisas em casa... foi como minha vida tivesse parado.”

A perda de um filho pode gerar o “enlouquecimento psíquico”, como no exemplo de Ivo, que perdeu um filho, a nora e a esposa em um acidente automobilístico. Um filho que sobreviveu ao acidente seguiu carreira sacerdotal. A falecida nora estava gestante, os socorristas realizaram o parto e salvaram a bebê que foi batizada com o nome da mãe. Ivo vem ao serviço devido aos sintomas depressivos graves e tentativas de suicídio. Outra situação foi de Eliane, independente, trabalhava como servente em uma escola e morava sozinha. Logo após a perda do filho, Eliane desenvolveu um tumor no colo do útero e sintomas depressivos psicóticos, não se alimentava, não geria mais sua própria vida, sendo necessários os cuidados intensivos de familiares.

Complementando, Pierre, que teve problemas mecânicos em seu carro e necessitou utilizar da força física para estacioná-lo na garagem. Nesta ocasião, atropelou acidentalmente seu filho. Além da dor da perda e de sua cobrança interna, Pierre foi preso.

Dentre os complicadores do luto, constatamos que medicalização diante da notícia da perda dificulta o processo de enfrentamento. Alguns pais foram sedados ao receberem a notícia, não externalizando seus sentimentos diante da difícil experiência da perda. E outros, por complicações ou por escolha, não puderam participar do funeral, como Graziela que “queria manter a imagem dele vivo”.

Resultados do trabalho

Por ser um grupo de pais que vivenciaram o luto pela morte de um filho, reuniam-se vivências similares que nós, psicólogas, não tínhamos. Nesse contexto entrávamos com o conhecimento teórico e técnico e conduzíamos o grupo com pacientes em diferentes fases do luto, proporcionando um espaço de troca de experiências.

Algumas práticas grupais de saúde conduzem à passividade dos participantes. A prática grupal na modalidade GDH, baseada no método dos Grupos Interativos (GI), conduz a uma postura ativa dos participantes na qual a força para a mudança decorre da interação entre os membros, reproduzindo conflitos e estabelecendo identificações, sendo assim, uma dor que antes era inominável passa a ser uma experiência passível de ser compartilhada.

No espaço do grupo era possível, por meio do espelhamento, tratar sentimentos recalçados, dentre eles a negação da raiva. Uma vez que um dos participantes estivesse extremamente resistente a

acessar tais conteúdos, outros assumiam o papel da tarefa de integrar e desromantizar o papel materno, abordando sobre mãe/pai que se orgulha, que se cansa, que se enfurece. Ressaltamos a importância do espelhamento no atendimento grupal, onde a imagem refletida nos demais participantes podem desvelar sentimentos, vivências, os quais eram ignorados ou negados. Sendo assim, a socialização da dor do luto no grupo sucedeu ao surgimento de possibilidades de enfrentamento.

Muitos desses pacientes que estavam mergulhados em sua dor autorizaram-se a sair da posição narcísica para a altruísta: “a gente só olhava pra gente [Id], não olhava pros outros [Ego]”. Nessa evolução para uma postura mais madura, egoica, puderam aperceber-se que o núcleo familiar também perdeu. Como o exemplo, Angela que perdera um filho por assassinato. Após tal situação, segundo ela:

Ninguém nunca mais pôde comemorar Natal, aniversário, lá em casa... faz doze anos que eu quebrei as cadeiras, cortei a mesa grande que a gente tinha e eu não conseguia escutar quando minha filha me dizia, ‘mãe você ainda tem a gente’.

Emergiram os sentimentos de revolta, raiva, vazio e abandono despertados diante das perdas. Mas quando um paciente conseguia expressar no grupo o vazio diante da perda em um ambiente acolhedor, possibilitava-se a ele o “preenchimento” com sentimentos amorosos, de compreensão e de compaixão que provêm de tal ambiente continente.

Como seres de linguagem, pode-se falar, adoecer e/ou atuar. Assim, nosso intuito foi de que o sujeito falasse em vez de atuar (por meio de tentativa de suicídio, somatizações ou a utilização de defesas

psicóticas para lidar com a dor), como no caso de Ruth, que descobriu estar grávida pela terceira vez, aos sete meses de gestação. Era paciente psiquiátrica e utilizava vários medicamentos desde sua adolescência. A criança, sua terceira filha, nasceu com problemas e veio a óbito.

Eu não consigo aceitar, se eu tivesse sabido antes teria parado ou trocado os medicamentos [...] Eu ia todos os dias no cemitério, me debruçava no chão pra ver se ela se mexia lá dentro. Comprava bonecas e roupinhas pra ela e levava, achava que ia usar.

Constatamos, então, a palavra como recurso/veículo para “expulsar a dor da perda”.

O grupo serviu como espaço para trazer aspectos negativos da relação com a morte e com o filho que morreu, mas também como espaço para identificar coisas boas que não morreram. Refletindo acerca do sentimento de onipotência (raízes no narcisismo), alguns participantes puderam resgatar a capacidade de amar, de aceitar os limites da vida e puderam falar da nostalgia, como expressa o relato de Claudia: “Depois de quatro anos, hoje passo a mão nas coisinhas dele e sinto saudades, mas não de dor, de uma saudade gostosa.” Márcia, por sua vez, fala: “Eu vou voltar a montar minha árvore de Natal e a fazer empadinhas. Era o que meu filho mais gostava... eu nunca mais fiz desde que ele se foi... mas minha filha e meu marido também gostam...”. Já Amélia apontou: “hoje eu tomo banho, me cuido, me lavo”. Essas falas mostram o resgate da libido e retorno à pulsão de vida nessas mulheres que, ao lidarem com o vínculo real (de natureza ambivalente: coisas boas e ruins) e integrar amor e raiva, puderam pensar o impensável (conforme Winnicott).

O grupo se caracteriza assim como ferramenta, espaço para pensar e processar o impensável, em que o pensamento e a palavra figuram como alternativas para elaborar a tragédia. Assim, por exemplo, Érica pôde, após 23 anos de falecimento do filho, desmanchar o quarto que estava intacto como um santuário, expressão do sofrimento crônico “[...] chamada ‘mumificação’ do morto, quando se guarda cada objeto que ele possuiu exatamente no lugar e do modo que ele guardava.” (Viorst, 2005, p. 256). Érica ainda relata: “Depois de tanto tempo consegui voltar a morar na minha casa, eu não conseguia dormir lá... só ia limpar, manter...”. Essas falas expressam mudanças não apenas externas, mas principalmente internas, em que a mãe pôde aceitar gradativamente a fatalidade do que aconteceu com seu filho.

Dentre os conteúdos levantados pelos pacientes no grupo, destacaram-se as “heranças” deixadas pelos seus entes queridos, como valores, gostos, sonhos, experiências vividas, como uma forma de continuidade da relação. Como exemplo disso, citamos o que ocorreu com Ivo, já mencionado anteriormente, que, após alguns anos, pôde realizar um sonho compartilhado com seu filho de ter uma fábrica de massas, representando o filho vivo dentro dele.

Tornar consciente os sentimentos negados e reconhecê-los tornou-os mais toleráveis. Assim, “[...] quando é possível não sentir tanta culpa, tanta vergonha e medo das fantasias, elas podem ser uma fonte de libertação e de alívio.” (Viorst, 2005, p. 169). Como uma fala de Pierre no grupo: “Se a gente usar o iodo que separa as impurezas do ouro pra separar as feridas do coração, talvez reencontraremos um amor soterrado e encoberto.”

A partir dos emergentes grupais relativos à resistência, os reconhecidos pontos críticos de Pichon-Rivière, trabalhamos vertical-

mente na tentativa de vencer as resistências de forma direta ou horizontalmente, em busca de alguém no grupo que assumisse o papel e pudesse centrar na tarefa.

Observamos que familiares e amigos dessas mães e pais, diante da impotência de comportar suas dores, muitas vezes inibem a expressão dos sentimentos. Sendo assim, pacientes como Gema relatam sobre o grupo: “Aqui é um lugar onde a dor pode ser falada”. Outra paciente também menciona: “aqui a gente se reconstrói e se ajuda”. Sendo assim, a familiaridade grupal estabelecida auxiliou o processo empático e a possibilidade de superações conjuntas.

Outro exemplo das mudanças com a participação no grupo é o caso de Zilda, que relata:

Aqui foi de grande ajuda. Em casa não se fala sobre a morte do meu filho. É um tabu. Dói muito não poder falar... no começo deste grupo eu estava relutante, é duro falar, mas agora eu tenho gratidão. Foi uma grande ajuda, estou muito agradecida.

Nos encontros iniciais ela foi a porta-voz do grupo no sentido de atacar a coordenação e o grupo por estarem mexendo em sua ferida. Como a coordenação e o grupo foram continentes a tais projeções, ela demonstrou gratidão e reconhecimento. Depois que o grupo comportou seu “ranço”, Zilda pôde trazer à tona seus elementos alfa, transformando-os em beta, conforme Bion (1994). Sendo assim, a escuta devolve ao paciente o espaço para trazer à consciência àquilo que não é dito e insuportável de ser pensado, como a perda de um filho.

Ao findar o grupo, revivemos no aqui-agora a experiência da dor da separação – uma possibilidade de atualização da problemática trabalhada. Como alternativa, uma paciente propõe ao grupo a troca

de telefones e estabelece a partir do grupo de *whatsapp*, um grupo enquanto rede de apoio no pós-luto.

Márcia relata: “Depois de tanto tempo, consegui voltar a Porto Alegre e tô torcendo pelos dois times que a gente sempre torceu. Foi muito bom voltar onde a gente se divertia tanto.” Ofélia cita a metáfora: “Se a gente ficar olhando pro galho seco, a gente esquece que tem outros galhos verdes que precisam da gente [...]”, expandindo essa parte da personalidade que aceita o inevitável e evolui no processo de enfrentamento.

Uma paciente relata no último encontro que estava gestante. O grupo anuncia a nostalgia e o sentimento de se autorizar a continuar, seja com uma gravidez ou com outros projetos, sendo possível readaptar-se familiar e individualmente, reinvestir a libido.

Acreditamos que a dor dessas perdas pode ser transformada, elaborada parcialmente, mas não extinta, como ilustra Viorst (2005) sobre o relato de Freud:

No dia em que sua falecida filha Sophie teria completado trinta e seis anos, Sigmund Freud escreveu para um amigo: Mesmo sabendo que depois dessa perda a fase aguda da dor vai passar, sabemos também que ficaremos para sempre inconsoláveis e nunca encontraremos uma substituta. Não importa o que venha preencher o vazio, mesmo que seja preenchido completamente, sempre será algo diferente. (Viorst, 2005, p. 263).

O grupo de pais que perderam filhos é uma vivência que não era ofertada pela rede pública e privada do município. Essa experiência proporciona, a partir dos espelhamentos grupais, a revivência de relações reais, muitas vezes envolvidas em culpas reais e/ou fantasiosas. Desta forma, acolhemos e auxiliamos na elaboração parcial das

perdas, com as constatações de pacientes que puderam reinvestir sua libido em outras relações, projetos de vida e estabelecendo um novo tipo de vínculo com o filho perdido.

Sendo assim,

[...] a importância do processo analítico como possibilitador de um espaço, um lugar para este sofrimento indizível das perdas do agora, que atualizam todas as perdas anteriores, nossas perdas arcaicas, e também nossa primeira dor – a falta. (Schinemann, 2014, p. 134).

O desafio que assumimos com os pacientes foi possível por termos retaguarda da supervisão e utilizarmos como ferramenta de visualização e aprendizagem a confecção do relato dialogado dos encontros grupais. Ao mesmo tempo que esta atividade foi um grande desafio por se tratar de uma coletividade de pacientes sufocados em meio à dor, foi também um grande presente para nós, psicólogas, pois possibilitou desenvolvermo-nos para muito além da técnica.

Referências

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Apego: a natureza do vínculo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B. E.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FRANCO, M. H. P. **Vida e morte: laços da existência**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

_____; POLIDO, K. K. **Atendimento psicoterapêutico no luto**. São Paulo: Zagodoni, 2014.

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, S. Luto e melancolia. 1917. In: _____. **A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

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

SCHINEMANN, D. C. **O luto de mães que perderam seus filhos: uma leitura psicanalítica**. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

Hiperutilização da Atenção Primária e os Grupos de Desenvolvimento Humano

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Janaína Antonello

Ronaldo Rodrigues de Oliveira

Larissa D’Maiella Akkari Klimeck Kammer

Raica Moterle

Introdução

Os padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde são dinâmicos e expressam as características socioeconômicas de uma determinada população, bem como, o modelo assistencial adotado, a carga de doenças que a acomete, entre outros aspectos. O uso frequente dos serviços de saúde pelo mesmo usuário é denominado de hiperutilização¹ (Carvalho; Carvalho; Lopes, 2015), fenômeno que afeta os diferentes níveis de atenção à saúde em vários países do mundo (López-Montes, 2007).

1 Em revisão sobre as nomenclaturas utilizadas para se referir ao fenômeno da hiperutilização, Belini e Antonietti (2017, p. 16) apontam para “[...] outras formas de referência, como utilização excessiva dos serviços de saúde e superutilização de consultas médicas (Capilheira et al., 2006), consultas acima da média (Dias Da Costa et al. 2008), consultador frequente (Fernandes, 2013), hiperfrequentador (Maestre et al. 2015)”.

Na Atenção Primária (AP), as pessoas hiperutilizadoras são responsáveis por grande parte da demanda atendida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a hiperutilização caracterizada por critérios quantitativos e/ou qualitativos. Estudos que utilizam critérios quantitativos têm caracterizado como hiperutilizadoras as pessoas com número de consultas que excede a um número médio ou de referência para um grupo com características semelhantes, o que costuma variar entre cinco e 20 vezes ao ano (Mendes, 2015).

Outro modo frequentemente utilizado nos estudos para identificar as pessoas hiperutilizadoras é pela percepção do profissional de saúde. Nesse sentido,

[...] quando um profissional percebe que uma determinada pessoa o consulta com uma frequência superior à esperada, tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa ser hiperutilizadora, independentemente de um critério numérico. (Mendes, 2015, p. 62).

Diversos estudos associam o fenômeno da hiperutilização dos serviços de Atenção Primária em saúde às demandas de saúde mental, entre os quais Dowrick, Bellon e Gomez (2000), López-Montes (2007), Carvalho, Carvalho e Lopes (2015). Esses indicam prevalência de agravos como depressão e sintomas como ansiedade entre a população hiperutilizadora.

Harold Muñoz (2009) chama a atenção para a relação entre a somatização e a hiperutilização dos serviços de saúde, o que se expressa por meio de sintomas inexplicáveis e motivos de consulta inespecíficos, em que queixas físicas do usuário expressam um mal-estar de ordem psíquica, suprimido de um sistema de representações. Este

fenômeno, se não for compreendido pelo profissional de saúde, pode gerar intervenções pouco resolutivas ou mesmo prejudiciais ao usuário, como prescrição medicamentosa desnecessária, exames complementares, encaminhamentos excessivos aos médicos especialistas, e induzir a reconsultas.

A somatização motiva a procura por cuidados em saúde, repercutindo negativamente na qualidade da assistência prestada pela alta demanda assistencial gerada por meio da hiperutilização (López-Montes, 2007). Também produz importante impacto econômico, já que a frequência e necessidade de intervenções de um reduzido número de pessoas consome a maior parte dos recursos da Atenção Primária (Nunes; Yaphe; Santos, 2013).

Dado o cenário apresentado, os objetivos da discussão proposta neste capítulo são caracterizar o fenômeno da hiperutilização no município de Chapecó (SC) e analisar o potencial dos Grupos de Desenvolvimento Humano, na qualificação da assistência prestada ao usuário hiperutilizador da Atenção Primária. Isso se justifica tendo em vista o potencial que essa experiência tem demonstrado para qualificar a atenção à saúde mental e a promoção da saúde na Atenção Primária por meio dos Grupos Interativos (GI), como indica o estudo de Dal Magro, Kammer e Felipi (no prelo).

Método

Os dados aqui apresentados foram levantados em dois momentos. O primeiro foi durante pesquisa realizada no período de 2016 a 2017, que teve como objetivo analisar como os Grupos de Desenvolvimento Humano, que se utilizam do método GI, contribuem para a

atenção à saúde mental na Atenção Básica (AB), na perspectiva dos profissionais de saúde. Já o segundo momento se deu durante intervenção realizada em prática de estágio em Psicologia² junto a um Centro de Saúde da Família (CSF), equipamento da Atenção Primária do Município de Chapecó, em que foi realizada pesquisa documental e devolução desta às equipes de Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa voltada ao GDH contou com a realização de quatro grupos focais com 52 profissionais que participavam na ocasião dos diferentes níveis de capacitação em coordenação de grupos sob a metodologia GI (iniciantes, intermediários e avançados). Já as informações levantadas por meio do estágio, o qual ocorreu no período de março a dezembro de 2018, incluíram pesquisa documental realizada em relatórios do Winsaúde, *software* utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. Neste se podem acessar dados sobre perfil dos usuários e padrão de acesso e uso dos serviços de saúde.

Analisou-se o período de janeiro a dezembro de 2017, relativo aos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com idade de 15 anos ou mais, e que tivessem feito uso de consultas (médica, de enfermagem ou outro profissional de nível superior, com exceção de consultas odontológicas) nos 26 Centros de Saúde da Família e/ou Centro de Referência em Especialidades Médicas (CRESME). A inclusão de consultas deste último se dá em função da estreita relação que se observou no campo, entre hiperutilização da Aten-

2 Estágio integrado de Psicologia Clínica e Psicologia Organizacional e do Trabalho do curso de Psicologia da Unochapecó, realizado pelas autoras 4 e 5, orientado pela autora 1 e supervisionado pela autora 2.

ção Primária (AP) e encaminhamento para as especialidades médicas, sendo que a maior parte da demanda atendida pelo CRESME é oriunda dos CSF. Os dados analisados foram sexo, idade, número de consultas realizadas no ano e tipo de consulta realizada, também foram analisados dados de prescrição medicamentosa de 15% da população que mais utilizou o CSF em que foi realizada a prática de estágio. As informações foram analisadas por meio de estatística descritiva e análise temática de conteúdo de Minayo (2008), resultando em duas categorias que compõem a escrita a seguir, sendo elas a hiperutilização na AP e possibilidades do GDH frente à hiperutilização dos serviços.

A hiperutilização na Atenção Primária no município de Chapecó

Analisar o fenômeno da hiperutilização em um dado território contribui para reconhecer as características desta demanda e planejar ações em relação a ela. No entanto, de acordo com López-Montes (2007), ainda não há consenso na comunidade científica sobre os critérios para definir o paciente hiperutilizador, ou seja, se o número de consultas é adequado ou não em relação ao sexo, idade e morbidade dos usuários, o que aponta para a complexidade do fenômeno em questão.

A partir de dados brasileiros, Fernandes (2013) define como hiperutilizador o usuário que consulta seis vezes ou mais no período de um ano. Observando os dados de 2017 a partir dos registros no

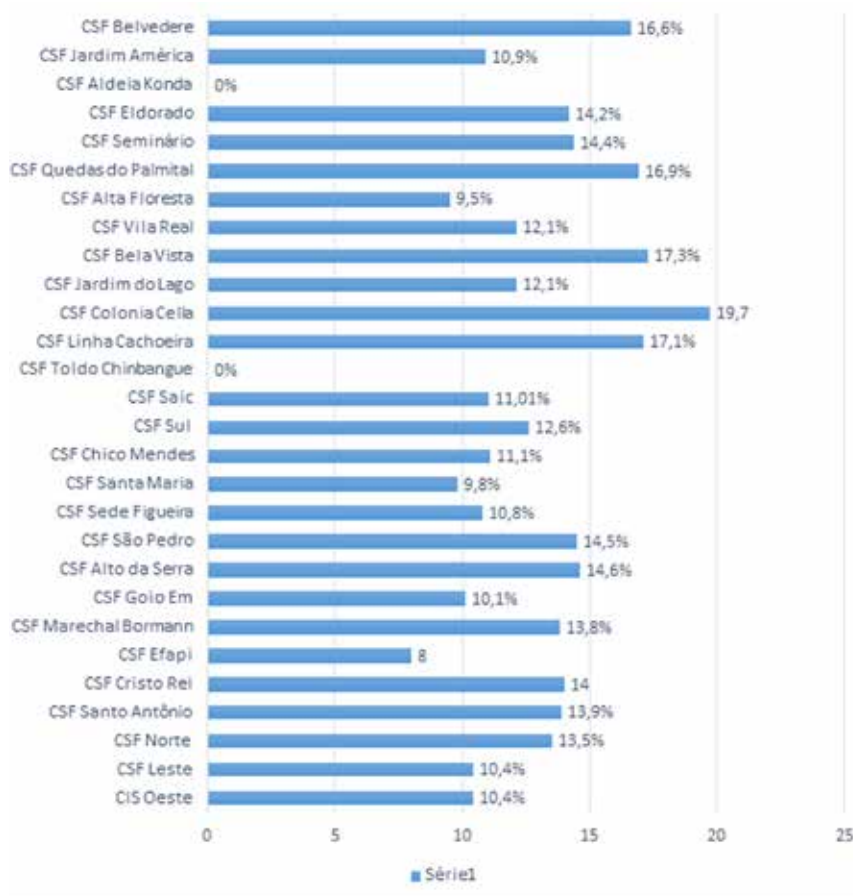
sistema Winsaúde foi possível identificar que 194.179³ usuários com 15 anos ou mais realizaram um total de 566.797 consultas na Atenção Primária e Atenção Secundária de Chapecó, com uma média de 2,9 consultas por pessoa, o que se aproxima da média nacional que é de 2,7 (Brasil, 2013). Desses usuários, 75.661 (38%) eram homens e 118.515 (62%) mulheres.

Com base no critério quantitativo de Fernandes (2013) constatou-se que 23.930 usuários da faixa etária analisada consultaram seis vezes ou mais ao longo do ano estudado, utilizando 208.598 consultas. Isso representa que 11,9% da população (entre jovens, adultos e idosos) utilizou 34% das consultas disponíveis na Atenção Primária e na Atenção Secundária da rede pública no ano de 2017. Aos demais 88,1%, restaram 66% das consultas disponíveis.

Ao analisar a hiperutilização por território, observamos que esta ocorreu em todos os 26 Centros de Saúde da Família, como demonstra o gráfico 1.

3 Destaca-se que o número de usuários registrado pelo Winsaúde é maior que a população estimada do município para o período.

Gráfico 1 – Índice de hiperutilizadores por CSF



Fonte: elaboração dos autores (2020).

O índice de usuários hiperutilizadores da AP entre os 26 CSF do município variou de 8% a 19,7% em 2017, com uma média de 12,1%. Dentre esses usuários, 5.275 (22%) eram homens e 18.655 (78%) mulheres, sendo que o predomínio de mulheres hiperutilizadoras também é observado em diferentes estudos, como o de Fernandes (2013) e López-Montes (2007), bem como de Belini e Antonietti (2017) realizado no município de Chapecó. Quanto à faixa etária,

predomina a população de 30 a 59 anos, a qual representa 32% dos hiperutilizadores, e os idosos com faixa etária acima de 60 anos, que são 27% do total, o que também vai ao encontro dos resultados do estudo de Fernandes (2013).

A hiperutilização dos serviços por uma parcela da população foi reiterada tanto pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família que atuavam no CSF em que foi realizado o estágio quanto por aqueles que participavam da formação do GDH. Esses reconhecem que tem uma parcela dos usuários que fazem uma busca excessiva pelo serviço de saúde. “É normal o paciente precisar de um suporte se passa por um momento difícil, procura o serviço, tem atendimento e volta pra sua vida, agora aqueles que voltam e voltam e voltam, a gente geralmente identifica ele como um superutilizador.” (Psicóloga do NASF-AB, grupo de avançados do GDH).

A fim de discutir a relação da hiperutilização com a saúde mental, foram analisados dados da hiperutilização de um CSF que tem um índice médio de hiperutilização de 12,1%, o qual coincide com a média geral do município. O CSF em questão teve 814 pessoas de 15 anos ou mais que hiperutilizaram os serviços de saúde de acordo com o critério de Fernandes (2013). Desses, foram selecionados 15% dos usuários que mais utilizaram a AP, o que resultou em 120 usuários. Foram analisados sexo, faixa etária e uso de medicação psicotrópica, de acordo com dados a seguir:

Quadro 1 – Usuários hiperutilizadores do CSF Jardim do Lago

Faixa Etária	Número de Usuários	Masc.	Fem.	Uso de psicotrópicos
15 a 29	8 (6%)	1	7	2
30 a 59	78 (58%)	8	70	55
60 anos ou mais	34 (25%)	9	25	20
Total	120	18	102	77

Fonte: elaboração dos autores (2020).

Na amostra analisada todos os hiperutilizadores consultaram 12 vezes ou mais com os profissionais do CSF e CRESME no ano de 2017. Se considerarmos também o uso dos demais serviços da RAS registrados no Winsaúde, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), este grupo de usuários utilizou os serviços de saúde 18 vezes ou mais ao longo de um ano.

Entre os usuários analisados 18 (15%) são homens e 102 (85%) mulheres, das quais seis (5%) eram gestantes na ocasião da pesquisa. Já em relação à faixa etária, 58% tinham entre 30 a 59 anos, seguido da população idosa (25%) e da população de 15 a 29 anos (6%). Os resultados encontrados vão ao encontro dos dados gerais dos hiperutilizadores do município, sendo que em relação à variável sexo houve predomínio de mulheres em todas as faixas etárias analisadas. Já em relação à faixa etária, esta também se concentra entre os adultos de 30 a 59 anos.

Quanto ao uso de psicotrópicos, esse é feito por 77 usuários, o que corresponde a 64% da amostra analisada no CSF, sendo os antidepressivos os medicamentos mais prescritos. Nesse sentido, cabe destacar que, de acordo com Fernandes (2013), os problemas relacionados à saúde mental são mais comuns entre os usuários hiperutili-

zadores, o que também é destacado por autores como López-Montes (2007) e Zoboli, Santos e Schweitzer (2016). No estudo de Carvalho, Carvalho e Lopes (2013) a prevalência de transtornos mentais e comportamentais é 50% maior entre os usuários hiperutilizadores. Na mesma direção, Li et al. (2009) apontam que os pacientes com Múltiplos Sintomas sem Explicação Médica (MUPS) caracterizam-se por apresentarem uma maior carga de doenças e comorbidades mentais e físicas, induzindo o clínico a prescrições, encaminhamentos e intervenções desnecessárias.

Com frequência o hiperutilizador é visto como um paciente difícil, como aponta o estudo de Zoboli, Santos e Schweitzer (2016, p. 34), tendo em vista que desperta “[...] nos profissionais uma mescla de sentimentos negativos (exasperação, derrota, aversão), usualmente, devido a comportamentos considerados inapropriados para ambientes de assistência médica.” Assim, a hiperutilização do serviço pode gerar situações de estresse tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde, criando, para estes, “uma carga de trabalho aparentemente desnecessária” (Mendes, 2015, p. 63).

Ao se dialogar com profissionais da ESF do CSF estudado sobre os pacientes que mais utilizavam o serviço, ouviam-se falas como “esse é o chato”. Como expressa o profissional do NASF:

Às vezes ele tem cinco consultas no prontuário, mas ele veio 15 vezes no posto naquela semana, [...] porque ele não consegue a consulta, mas fica o dia inteiro esperando alguém faltar pra ele poder consultar, então não abriu a vaga, ele não consultou, mas ficou o dia todo lá, ele passou pela farmácia, passou pela enfermeira, tentou conversar com todo mundo pra ver se alguém o ouvia e ele não conseguiu a consulta. (Psicóloga).

Esse tipo de demanda frente à organização do trabalho e a ausência de estratégias de manejo na AP acaba por sobrecarregar as equipes de saúde.

O panorama apresentado indica que a hiperutilização da Atenção Primária é uma realidade no município estudado. Nesse sentido, cabe analisar como os Grupos de Desenvolvimento Humano podem contribuir para lidar com essa realidade.

Grupos de Desenvolvimento Humano e o método dos GI como possibilidades frente à hiperutilização da AP

Tendo em vista a problemática que caracteriza a hiperutilização dos serviços de saúde, bem como, a identificação da relação desse fenômeno com a saúde mental dos usuários, desde a constituição do GDH já foram realizados diversos grupos de hiperutilizadores em diferentes territórios da Atenção Primária.

De acordo com Dal Magro, Kammer e Felipi (no prelo), os profissionais de saúde reconhecem que a formação possibilitada pelo GDH em operar com o método GI qualifica a escuta e o cuidado em saúde mental, auxiliando-os a reconhecer e acolher o sofrimento psíquico manifesto ou latente nas queixas dos usuários. Tendo em vista que esse é um conteúdo muito presente na demanda do usuário hiperutilizador quando acessa a AP, o GDH tem auxiliado no manejo da mesma, como expressa a médica de saúde da família:

Como médica eu atendia muitos pacientes com problemas somatizados, sendo que a origem destes problemas estava lá no passado. Na infância principalmente. E a gente consegue fazer

uma escuta qualificada dos pacientes. E esses pacientes são mais acolhidos nesse sentido... (Médica da eSF 1).

Quando a emoção não é decodificada o corpo padece e engendra meios para descarregar de alguma forma sua agonia. Como apontam Ballone, Neto e Ortolani (2007, p. 183), “[...] a reclamação somática continuada caracteriza nessas pessoas uma forma de ‘ser doente’ mais do que de ‘estar doente.’” Nesses casos, a escuta qualificada possibilita ao profissional compreender demandas por trás de queixas físicas como a dor, que são recorrentes entre os hiperutilizadores.

Como médico a gente atende muito a parte física, dores insuportáveis, sem correlação, ou sem necessidade de medicamentos, e grande número de atendimentos. Isso você consegue observar dos participantes do grupo de hiperutilizadores. Mas quem mantém um seguimento [no grupo], você consegue observar muito bem que eles realmente diminuem, eles conseguem um amparo que antes eles não conseguiam numa consulta clínica normal. (Médico do CSF).

Os profissionais também observam como a formação promovida pelo GDH possibilita outras formas “de pensar e fazer saúde” (Costa et al., 2009) no contexto da AP, que acenam para outro modelo assistencial. Este conta com estratégias menos medicamentosas e que investem mais na relação interpessoal, nos vínculos transferenciais e na reflexão, produzindo novos modos de compreender e intervir junto ao usuário hiperutilizador.

É uma experiência de transição de um atendimento clínico tradicional pro GDH, porque em um atendimento clínico você foca muito nos sintomas [...] e não na história, na raiz do pro-

blema. Quando você trabalha com o GDH você procura essa raiz, você procura fazer com que o indivíduo entenda o porquê desse adoecimento, o porquê dele estar apresentando tais sintomas. É muito mais efetivo do que tratar um sintoma com uma medicação, é você fazer a pessoa entender que a raiz do seu problema é por tal trauma, por uma situação específica, e é isso que ela tem que resolver, e através disso que ela vai conseguir uma melhora, não somente com uma medicação. (Médico da ESF 2).

As mudanças na prática clínica dos profissionais, assim como a inserção dos usuários nos Grupos Interativos, produz efeitos também na forma como os hiperutilizadores expressam suas dificuldades em saúde. Nesse sentido, as mudanças proporcionadas pelo GDH auxiliam os usuários a trazer para a consciência o sofrimento psíquico que está por trás da somatização, resignificando o conteúdo das falas.

Eu percebo que os resultados lá no nosso grupo são basicamente a redução dos sintomas e a redução das dores, porque elas falavam muito de dores físicas e no decorrer do grupo essas dores foram desaparecendo e elas foram tratando mais de questões afetivas. (Estagiário de Psicologia em um CSF).

A forma de compreender a dificuldade em saúde leva a um uso diferente dos serviços por parte do usuário, de acordo com os profissionais:

Eu sou enfermeira e trabalho em uma unidade básica de saúde, o que a gente observa com os grupos é que ele não chega mais daquela forma jogando todos os problemas pra equipe de saúde, como se os problemas fossem nossos e não dele, ele assume essa responsabilidade pelo que ele tem, pelo que ele está sentindo, enfim, o que ele traz como doença. (Enfermeira CSF).

Isso também impacta na redução do número de consultas desses usuários na percepção dos profissionais, o que foi apontado por diferentes sujeitos:

Lá na unidade onde eu atuo a gente fez um grupo chamado de hiperutilizadores, eram aquelas pessoas que utilizavam demais as consultas, né? [...] e foi gritante a diferença antes do grupo e depois do grupo, pela redução no número de consultas. Tem pacientes que eu nunca mais vi depois que terminou o grupo, acho que o grupo terminou a uns três meses. (Médico do CSF 2).

Ou como diz uma psicóloga do NASF: “A gente percebe que os hiperutilizadores têm diminuído o número de idas ao posto de saúde.”

Segundo Angerami (2013, p. 11), “[...] humanizar as relações interpessoais e exigir dignidade em nossa cotidianidade é um desafio que exige novas formas de ação em nosso contexto social.” O GDH no município de Chapecó tem caminhado nessa direção, ou seja, persegue a desnaturalização do olhar patologizante, com foco na dor aparente, abrindo possibilidades para que as práticas cotidianas dos profissionais de saúde possam ir além do tratar a doença.

Considerações finais

O presente estudo mostrou que a hiperutilização dos serviços de saúde é uma realidade no município de Chapecó, caracterizada tanto pelo grande número de consultas que os usuários realizam quanto pela percepção dos profissionais que indicam um uso considerado excessivo frente às queixas e agravos apresentados. Nesse sen-

tido, ao descortinar o sofrimento psíquico por trás das queixas dos hiperutilizadores, o GDH oferece uma forma mais resolutiva e ética de atender esta demanda.

Para aprofundar as análises do potencial do GDH para o fenômeno da hiperutilização, sugere-se novos estudos longitudinais que acompanhem aspectos como prescrição medicamentosa, número de consultas e condições de saúde mental de usuários caracterizados como hiperutilizadores antes, durante e depois de participar dos Grupos Interativos.

Referências

ANGERAMI, A. V. (Org.). **Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento**. São Paulo: Cengage do Brasil, 2013.

BALLONE, G. J.; NETO, E. P.; ORTOLANI, I. V. **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática**. São Paulo: Manole, 2007.

BELINI, J.; ANTONIETTI, L. G. **Usuários hiperutilizadores do Sistema Único de Saúde no município de Chapecó – SC**. 2017. 38 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. IBD 2012 Brasil. **Indicadores de cobertura: número de consultas médicas (SUS) por habitante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f01.def>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CARVALHO, I. P. do A.; CARVALHO, C. G. X.; LOPES, J. M. C. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Revista**

Brasileira Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan./mar. 2015.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

DAL MAGRO, M. L. P.; KAMMER, L. D. M. A.; FELIPI, E. **Grupos de Desenvolvimento Humano e cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica Cuidado em Saúde mental**. (No prelo).

DOWRICK, C. F.; BELLON, J.; GOMEZ, M. Frequent attendance in Liverpool na Granada: the impact of depressive symptoms. **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 454, p. 361-365, May 2000.

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um Serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, Brasil**. 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/79591>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

HAROLD MUÑOZ, C. Somatización: consideraciones diagnósticas. **Revista Med**, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 55-64, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LI, C.-T. et al. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. **Journal of the Chinese Medical Association**, USA, v. 72, n. 5, p. 251-256, 2009.

LÓPEZ-MONTES, M. T. M.-C. **Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía**. Granada: Universidad de Granada, 2007.

MARTÍNEZ-CAÑAVATE, T. **Modelo Multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía**.

Granada: Universidad de Granada, 2007. Disponível em: <<https://hera.ugr.es/tesisugr/16905234.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NUNES, J. M.; YAPHE, J.; SANTOS, I. Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde de Portugal. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 164-171, jul./set. 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V. dos; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 893-903, out./dez. 2016.

Sobre os autores

Flávio Braga de Freitas (Org.)

Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Psicoterapias Psicanalíticas na Clínica de Adultos pelo Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Residência médica em Psiquiatria pela Associação Encarnación Blaya Clínica Pinel (AEB-CP), Brasil. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Médico psiquiatra do Caps II na Prefeitura Municipal de Chapecó. Atua como coordenador do Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) desde sua fundação e como pesquisador no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Márcia Luíza Pit Dal Magro (Org.)

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com período sanduíche na Universitat Autònoma de Barcelona. Mestre em Psicologia pela UFSC. Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unocha-

pecó). Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais e curso de Psicologia da Unochapecó. Vinculada ao Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas, Processos de Gestão e Participação Social. Coordena o projeto de pesquisa “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Elizangela Felipi (Org.)

Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Especialista em Mercado de Trabalho, Gestão e Educação do Trânsito pela Unochapecó. Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Unochapecó. Graduada em Psicologia pela Unochapecó. Psicóloga clínica com atuação em consultório e professora do curso de Psicologia da Unochapecó. Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Ana Paula Machado

Mestre em Ciências Humanas pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialista em Proteção de Direitos e Trabalho em Rede pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atua como Psicóloga do PAEFI no Centro

de Referência Especializado em Assistência Social (Creas), pela Prefeitura Municipal de Chapecó. Atua como capacitadora no GDH.

Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Graduada, mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com estágio doutoral na Westfälische Wilhelms Universität Münster, na Alemanha. É professora associada do Departamento de Enfermagem da UFSC, nos Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional de Informática em Saúde. Líder do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) e membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2 do CNPq.

Bruna Bertollo

Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade do Contestado (UNC), em Proteção de Direitos e Atenção em Rede pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), *campus* de São Miguel do Oeste. Especialista em Psicologia em Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia. Atua como psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no município de Chapecó (SC), e como psicóloga clínica. Atua como capacitadora no GDH. Pesquisadora no projeto “Grupos de Desen-

volvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Carine Vendruscolo

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde Pública pela UFSC. Graduada em Enfermagem pela UFSC. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), na graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Representante das Universidades junto à Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) Regional e no estado de Santa Catarina. Diretora de Pesquisa da ABEN-SC. Líder do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/Udesc). Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Cassintia Santin Gasparetto

Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), *campus* Chapecó. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Atua como psicóloga no CAPSi na Prefeitura Municipal de Chapecó.

Cristina dos Santos Padilha

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Psicologia pela UFSC. Especialista em Terapia de Casal e Família pelo Ciclos Instituto. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Atua como psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no município de Chapecó (SC), e como preceptora do Programa de Educação para o Trabalho (PET Interprofissionalidade) na Unochapecó. Atua como capacitadora no GDH e como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Daiana Cristina Sebenello

Especialista em Proteção de Direitos e Trabalho em Rede pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Graduada em Psicologia pela Unochapecó. Tem formação em Terapia de Casal e de Família pelo Elo Instituto de Passo Fundo (RS). Atua como psicóloga na Política de Assistência Social na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC) e como capacitadora no GDH. Também atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Fernanda Karla Metelski

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regio-

nais pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Especialista em: Preceptoria no SUS; Gestão em Saúde; Saúde da Família; Regulação e Auditoria nos Sistemas de Saúde; e Didática e Docência no Ensino Superior. Graduada em Enfermagem pela Uniguaçu e em Tecnologia em Processamento de Dados pela Universidade do Contestado (UNC). Professora assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste), na área de Gestão e Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem. Participante dos grupos de pesquisa GESTRA/Udesc e GEPADES/UFSC. Enfermeira na Secretaria de Saúde de Chapecó (SC) na área de gestão em saúde no período de fevereiro/2009 a agosto/2018, colaborando junto à coordenação do Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) desde a sua fundação. Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Gabriela Rebeschini

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). cursando especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Atualmente atua como enfermeira assistencial no Hospital Regional São Paulo na cidade de Xanxerê (SC).

Gessiani Fatima Larentes

Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Especialista em Gestão de

Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Letras pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc). Foi coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde, da Secretaria da Saúde de Chapecó (SESAU). Foi coordenadora dos projetos aprovados junto ao Ministério da Saúde PET-Saúde Redes de Atenção (2013-2015), aprovado em parceria entre a Unochapecó e a SESAU e do PET – Saúde/GraduaSUS, em parceria entre a SESAU e a UFFS (2016-2018). Atualmente é coordenadora do PET-Saúde/Interprofissionalidade (2019-2021), parceria entre a SESAU e a UFFS/Udesc/Unoesc e diretora de Atenção à Saúde da SESAU de Chapecó.

Irme Salete Bonamigo

Pós-doutorado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com estágio na Vrije Universiteit Brussel (VUB) como professora visitante. Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com período sanduíche na Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (FR). Mestre em Psicologia Social pela UERJ. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). É docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais e do Curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Desde 2018 coordena o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais na Unochapecó. Participa como vice-presidenta da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso SC). Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde

mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Janaína Antonello

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Atuou como psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no município de Chapecó (SC) e como capacitadora no GDH.

Jozeane Moreira Paz

Especialista em Docência na Educação Superior pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc). Atua como psicóloga das medidas socioeducativas do Creas I da Secretaria de Assistência Social do município de Chapecó (SC) e como capacitadora do GDH.

Juliana Angela Albiero Salvi

Especialista em Comportamento Organizacional pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), *campus* Chapecó, com formação para o Magistério Superior. Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Atua como psicóloga do Caps II na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC) e como capacitadora do GDH.

Karina de Witt

Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Especialista em Gestão Social de Políticas Públicas pela Unochapecó. Graduada em Serviço Social pela Unochapecó. Atua como Assistente Social da Prefeitura Municipal de Chapecó (SC) junto ao CREAS. Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Larissa D’Maiella Akkari Klimeck Kammer

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Atuou como bolsista de Iniciação Científica no projeto intitulado “Saúde mental na Atenção Básica: análise das práticas do Grupo de Desenvolvimento Humano de Chapecó – SC”, financiado pelo Art. 170, e como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Maria Elisabeth Kleba

Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Filosofia pela Bremen Universität. Mestre e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Ativação de Mudanças na Formação Profissional em Saúde pela ENSP/Fiocruz. Atualmente é professora dos Programas de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas

Regionais (Mestrado Profissional) e em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Foi coordenadora dos projetos aprovados pela Unochapecó nos editais do Ministério da Saúde: Pró-Saúde e Pró-PET-Saúde, de 2006 a 2015. Coordena o Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas, Processos de Gestão e Participação Social e é membro da International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR), desde 2012. Atua como pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Maria Helena Pereira Franco

Pós-doutora na Universidade de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine) e na University College London (Departamento de Psiquiatria). Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre e graduada em Psicologia pela PUC-SP. É professora titular da PUC de São Paulo, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica e na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Fundadora (1996) e coordenadora do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto (LELu), da PUC-SP. Coordenadora do GT Formação e Rompimento de Vínculos na ANPEPP de 2005 a 2011. Cofundadora do 4 Estações Instituto de Psicologia, em São Paulo. Membro desde 1997 do International Work Group on Death, Dying and Bereavement (IWG).

Murilo Cavagnoli

Mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduado em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Atualmente é professor na Unochapecó, onde atua no ensino, pesquisa e extensão. Atua como pesquisador no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Raica Moterle

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).

Ronaldo Rodrigues de Oliveira

Graduado em Medicina pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Médico residente em Psiquiatria pela Sociedade Sulina Divina Providência, Hospital São José. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade do Vale do Taquari (Univates).

Silvia Rosana da Cunha

Graduada em Serviço Social pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Coordenadora das medidas socioeducativas do Creas I da Secretaria de Assistência Social do Município de Chapecó (SC).

Taiacu Thuitza Melo

Especialista em Terapia Comunitária pelo Centro de Atendimento, Ensino e Pesquisa do Indivíduo, Família e Comunidade (CAIFCOM). Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Atua como psicóloga do Caps II na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC) e como capacitadora do GDH.

Vivanceli Brunello

Especialista em Gestão de Serviços de Saúde e Hospitalares (FURB/IEDUCORP). Especialista em Saúde Pública (FACINTE/IBPEX). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade). Atualmente atua como coordenadora do Nasf-AB na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC). Pesquisadora no projeto “Grupos de Desenvolvimento Humano como tecnologia social para atenção à saúde mental do SUS e proteção social especial do SUAS”, financiado pela FAPESC/CNPq.

Argos Editora da Unochapecó
www.unochapeco.edu.br/argos
www.facebook.com/EditoraArgos

Título: Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia
para trabalho com grupos nas políticas públicas

Organizadores: Flávio Braga de Freitas, Márcia Luíza Pit Dal Magro
e Elizangela Felipi

Coleção: Perspectivas, n. 31

Coordenadora: Rosane Natalina Meneghetti Silveira

Assistente editorial: Caroline Kirschner

Assistente comercial: Luana Paula Biazus

Editor de textos: Carlos Pace Dori

Divulgação: Julia Aparecida Fortuna

Distribuição e vendas: Luana Paula Biazus, Jiane Zorzi
e Paulo Ricardo Furlanetto

Projeto gráfico: Caroline Kirschner

Capa: Caroline Kirschner

Imagem utilizada na capa: Dionata Silvestre

Diagramação: Caroline Kirschner

Preparação dos originais: Juliane Fernanda Kuhn de Castro

Revisão: Carlos Pace Dori e Juliane Fernanda Kuhn de Castro

Formato: PDF

Publicação: 2020