

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ROSANA MAFFACCIOLLI

**OS GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE:
Usos e Modos de Intervenção Terapêutica**

Porto Alegre

2007

ROSANA MAFFACCIOLLI

**OS GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE:
Usos e Modos de Intervenção Terapêutica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2007

M187g Maffaccioli, Rosana

Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica / Rosana Maffaccioli; orient. Marta Julia Marques Lopes. – Porto Alegre, 2006.

123 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Serviços básicos de saúde. 2. Prática de grupo. 3. Estratégias. I. Lopes, Marta Julia Marques. II. Título.

LHSN – 705

NLM – WA 546

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

ROSANA MAFFACCIOLLI

OS GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE:

Usos e Modos de Intervenção Terapêutica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, em 14 de julho de 2006.

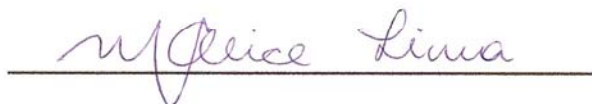
BANCA EXAMINADORA




Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes (Orientadora)



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima



Prof. Dr. Sérgio Antônio Carlos

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre uma modalidade assistencial cada vez mais utilizada pelos serviços de atenção básica de saúde, em especial nas Redes de Atenção Básica: as oficinas, os grupos de promoção e educação em saúde e as palestras educativas. Estas constituem atividades assistenciais diferenciadas em relação aos demais atendimentos tradicionais nessa Área. Desse modo, surgem reflexões necessárias para a compreensão da introdução dessas práticas nos serviços. Entre outros aspectos, o objetivo central desta pesquisa é o de conhecer o perfil da assistência prestada nas Unidades que compõem a Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, com enfoque nas atividades de grupo. Foram entrevistados profissionais de cada Unidade componente dessa rede e coletados dados referentes à estrutura dos serviços. Abordaram-se 116 profissionais, de um total de 124 serviços de saúde, sendo que, 96 destes desenvolviam atividades de grupos, no período em que os dados foram coletados. Constatou-se que, em grande parte dos serviços, todos, ou a maioria dos profissionais de diferentes Áreas da Saúde e níveis de formação, coordenavam e/ou participavam dessas atividades. As demandas atendidas nessa modalidade compreendem, principalmente, usuários portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e gestantes. A ocasião em que acontecem essas atividades favorece ao usuário obter acesso a outros tipos de atendimento. Dessa forma, mais de 50% das Unidades realizam verificação de sinais vitais, hemoglicotestes, verificação de peso e altura, e, em menor proporção, distribuição de medicação. Conclui-se que, essas práticas são de uso crescente e representam parcela significativa dos atendimentos nos serviços básicos de saúde de Porto Alegre. Assim, elas fazem parte da rotina de atendimentos sistemáticos e atuam de maneira a vincular progressivamente os usuários à prática assistencial e à unidade, na medida em que eles têm a vantagem de usufruir múltiplos atendimentos. Além disso, evidenciou-se que as atividades de grupo têm relevância terapêutica por favorecerem a troca de informações, o aprendizado, esclarecimentos sobre aspectos relacionados à saúde e doenças e estimulam a participação “negociada” da população no que se refere às práticas terapêuticas e às suas próprias condições de vida e saúde. São, portanto, práticas inclusivas capazes de vincular os usuários aos serviços e de reformular, ainda que pontualmente, o modelo assistencial vigente. Essas reflexões apontam para a necessidade de compreender essas práticas na sua dimensão de qualificação da assistência coletiva e na dimensão estratégica de compensação de atendimento às crescentes demandas de saúde.

Descritores: Serviços básicos de saúde. Prática de grupo. Estratégias.

RESUMEN

Se trata de una pesquisa sobre una modalidad asistencial cada vez más utilizada por los servicios de atención básica de salud, en especial en las Redes de Atención Básica. Las oficinas, grupos de promociones y educación en salud y las palestras educativas constituyen actividades asistenciales diferenciadas en relación a los demás atendimientos tradicionales en salud. De ese modo, surgen reflexiones necesarias para la comprensión de la introducción de esas prácticas en los servicios. Entre otros aspectos, el objetivo central de esta pesquisa es el de explorar para conocer el perfil de la asistencia prestada en las unidades que componen la Red Básica de Salud de Porto Alegre, con enfoque en las actividades de grupo. Se entrevistó profesionales de cada unidad componente de esta red y fueron colectados datos referentes a estructura de los servicios. Fueron abordados 116 profesionales de un total de 124 servicios de salud, siendo que, 96 de estos desarrollaban actividades de grupos en período en que los datos fueron colectados. Se constató que, en gran parte de los servicios, todos o la mayoría de los profesionales de diferentes áreas de la salud y niveles de formación coordinan y/o participan de esas actividades. Las demandas atendidas en esa modalidad comprenden, principalmente, usuarios portadores de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes) y embarazadas. De esa forma, más de 50% de las unidades realizan verificación de señales vitales, hemoglicotestes, verificación de peso y altura, y, en menor proporción, entrega de medicación. Se concluye que esas prácticas son de uso creciente y representan parcela significativa de los atendimientos en los servicios básicos de salud de Porto Alegre. Además de eso, se evidenció que las actividades de grupo tienen relevancia terapéutica por estar favoreciendo el cambio de información, el aprendizaje, esclarecimientos sobre aspectos relacionados a la salud y enfermedades y estimulan la participación “negociada” de la población en lo que se refiere a las prácticas terapéuticas y sus propias condiciones de vida y salud. Son, por lo tanto, prácticas inclusivas capaces de vincular los usuarios a los servicios y de reformular, aunque, puntualmente, el modelo asistencial vigente. Esas reflexiones apuntan para la necesidad de comprender esas prácticas en su dimensión de calificación de la asistencia colectiva y en la dimensión estratégica de compensación de atendimento a las crecientes demandas de salud.

Descriptor: *Servicios básicos de salud. Práctica de grupo. Estrategias.*

ABSTRACT

It is a research about an assistential modality which has been more and more used by the services of basic health attention, especially in Basic Attention Networks. Some workshops, groups for promoting education in health as well as educative lectures constitute different assistential activities in relation to the traditional attendance in health. Thus, reflections for a better comprehension about the introduction of such practices in health services emerge as a necessary issue. Among other aspects, the core goal of this research is to explore and know the profile of the service offered in the units which form the Net of Basic Health of Porto Alegre, with emphasis on the activities in groups. Professionals from each unit who make part of this net were interviewed and data concerning the structure of services was collected. 116 professionals of a total of 124 services of health were approached, from those, 96 developed activities in groups in the period in which the data was collected. It was verified that, in most services, every or most part of professionals from different areas of health and different levels of formation coordinate and/or participate in the mentioned activities. People attended in this modality are, mainly, users who have chronic diseases (hypertension and diabetes) and pregnant women. In this way, more than 50% of the units verify vital signs, do hemoglicotests, measure weigh and height, and, in small number, deliver medication. It is concluded that such practices are being used more and more and they represent an important parcel of the attendances done in the basic health services in Porto Alegre. They make part of the routine of systematic attendances and they act in order to progressively entail the users to the assistential practice and to the unit, since they have the advantage of using different services (attendances). Moreover, it was made evident that the activities in group have a therapeutic relevance because they favor the exchange of information, learning, elucidation about aspects related to health and diseases and they stimulate the “negotiated” participation of the population concerning the therapeutic practices and their own conditions of life and health. Therefore, they are inclusive practices which are able of binding the users to the services and of reformulating, even though not completely, the current assistential model. These reflections point to the necessity of comprehending such practices in their dimension of promoting the qualification of collective assistance and in the strategic dimension of compensating the attendance offered to the growing demands of health.

Descriptors: *Basic health services. Group practice. Strategies.*

As cenas que aqui se passam, ocorrem nesse país de contrastes e esperanças, onde somos, simultaneamente, atores e espectadores, movidos por forças pouco aparentes.

Frederico Simões Barbosa.

(Prefácio do livro “A Saúde em Estado de Choque”).

AGRADECIMENTOS

- ❖ À minha orientadora, Marta Julia Marques Lopes, pelo apoio e contribuição para a realização deste trabalho, mas, principalmente, por sua sabedoria, amizade e incentivo.
- ❖ Ao Programa de Fomento à Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela bolsa de mestrado ofertada a nós, estudantes.
- ❖ À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de Enfermagem, ao Programa e às professoras do Curso de Pós-Graduação dessa Escola, pelo aprendizado, pelo enriquecimento intelectual, moral e pela admirável valorização de nossa profissão.
- ❖ A todas(os) colegas do Curso e, sobretudo, amigas(os) de antes, durante e depois.
- ❖ Aos familiares e colaboradores que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização desta conquista.

Meu muito obrigada a todos!

LISTA DE SIGLAS

AB-CS -	Ambulatório Básico de Centro de Saúde
ABS -	Atenção Básica de Saúde
ACD -	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
BDA -	Boletim Diário de Atendimento
CE -	Consulta de Enfermagem
CP -	Citopatológico
CS -	Centro de Saúde
DIU -	Dispositivo Intra-Uterino
EM -	Equipe multiprofissional
EM-NS -	Equipe multiprofissional nível superior
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
GHC -	Grupo Hospitalar Conceição
HGT -	Hemoglicoteste
<i>HIV -</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Nacional
MA -	Medidas antropométricas
OC -	Outras composições
PSF -	Programa de Saúde da Família
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
SV -	Sinais vitais
THD -	Técnico em Higiene Dental
UBS -	Unidade Básica de Saúde
US -	Unidade de Saúde
US-GHC -	Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição
USF -	Unidade de Saúde da Família
USF-CS -	Unidade de Saúde da Família anexa a Centro de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Tipologia das Unidades na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	44
TABELA 2 -	Adscrição e acesso às Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	45
TABELA 3 -	Tempo de funcionamento e regiões das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	46
TABELA 4 -	Tempo de funcionamento e tipologia das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	47
TABELA 5 -	Composição das equipes nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	48
TABELA 6 -	Número de profissionais de saúde por Unidade na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	49
TABELA 7 -	Informantes da pesquisa e posição nas equipes das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	51
TABELA 8 -	Tempo de serviço dos informantes da pesquisa atuantes na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	51
TABELA 9 -	Relação tipo de serviço e formatação das equipes atuantes nas atividades de grupo na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	59
TABELA 10 -	Tempo de existência das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.....	64
TABELA 11 -	Inserção das atividades de grupo no cotidiano das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	64
TABELA 12 -	Periodicidade das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	66
TABELA 13 -	Locais de realização das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	67
TABELA 14 -	Distribuição das atividades de grupo por população e/ou finalidades, nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	79

TABELA 15 -	Divulgação das atividades de grupo, nas unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	88
TABELA 16 -	Dificuldades para implementação e realização das atividades de grupo unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Mapa do município de Porto Alegre e Gerências Distritais	36
QUADRO 1 -	Distribuição das Unidades de saúde por gerência distrital, Porto Alegre, 2005	37
FIGURA 2 -	Profissionais da Rede de Atenção Básica de Saúde informantes da pesquisa, Porto Alegre, 2005	50
QUADRO 2 -	Comparação entre realização de atividades de grupo e tipos de serviços na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	54
FIGURA 3 -	Caracterização das equipes que atuam em atividades de grupo na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	56
FIGURA 4 -	Recursos materiais utilizados nas atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	69
FIGURA 5 -	Procedimentos e condutas vinculadas às atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	73
FIGURA 6 -	Registro das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005	77

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A PROBLEMÁTICA DOS GRUPOS COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL E FERRAMENTA TERAPÊUTICA	20
2.1	Modelos e estratégias assistenciais na atenção básica de saúde.....	20
2.2	Os modelos assistenciais e seus limites.....	23
2.3	Processos comunicacionais e relacionais em saúde e reconfiguração das práticas: os grupos em questão.....	25
2.4	A realidade dos serviços de atenção básica e o trabalho com grupos.....	30
3	OBJETIVOS.....	33
4	METODOLOGIA.....	34
4.1	Delineamento do estudo.....	34
4.2	Campo de estudo.....	36
4.3	Sujeitos/informantes do estudo.....	38
4.4	Coleta de dados.....	39
4.5	Análise dos dados.....	40
4.6	Considerações éticas.....	40
5	A REDE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....	42
5.1	O contexto do estudo e o perfil dos serviços.....	42
5.2	O perfil dos trabalhadores que atuam nas unidades de saúde.....	47
6	AS ATIVIDADES DE GRUPOS: modos e usos.....	53
7	AS ATIVIDADES DE GRUPO COMO ESPAÇOS ASSISTENCIAIS: razões e reações dos atores.....	96
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados de pesquisa.....	114
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	118
	ANEXO A – Mapa de localização.....	119
	ANEXO B – Convites e cartazes sobre as atividades de grupo.....	120
	ANEXO C – Boletim diário de atendimento.....	121
	ANEXO D – Instrumento de registro para atividades de grupo.....	122
	ANEXO E – Convites para as atividades de grupo.....	123

1 INTRODUÇÃO

Com este estudo propõe-se caracterizar a atenção a grupos como modalidade assistencial cotidiana das Unidades Básicas de Saúde do Município de Porto Alegre. Insere-se na linha de pesquisa Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A motivação para desenvolver esta proposta partiu da experiência em estágio curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em uma Unidade do Programa de Saúde da Família, na cidade de Porto Alegre.

Nesse estágio, evidenciou-se a necessidade de os serviços de saúde desenvolverem modalidades terapêuticas mais abrangentes. Constavam de práticas para promover educação em saúde aos usuários que criavam condições para a viabilização de grupos, na complementaridade terapêutica. Constatou-se que ações de saúde dirigidas a coletivos de pacientes, nomeados de grupos, aconteciam nesta e em outras Unidades de Saúde do Município. A ocasião oportunizou a participação em várias dessas atividades no serviço, bem como vislumbrar um cenário pouco explorado em termos de análise científica e, por consequência, pouco discutido no meio acadêmico.

Na experiência em questão, pôde-se participar do planejamento e da coordenação de atividades de grupo, junto à equipe técnica responsável, pelas diferentes modalidades e temáticas de intervenção terapêutica definida para a população a ser atingida. Constituíam-se a diversidade de abordagens para grupos dirigidos a mulheres, idosos, cuidadores (de crianças), grupo da qualidade de vida e grupo de hipertensos/diabéticos. Assim, optou-se por adotar a denominação de “atividades de grupo”, por entender que abrangem a totalidade de abordagens realizadas com esse direcionamento e por tratar-se de uma tipologia entre as demais atividades assistenciais nos serviços.

Nesses momentos, era possível constatar, tanto o potencial resolutivo no processo saúde-doença (crenças, maneiras de enfrentamento) quanto os aspectos coletivos (situações de vida na comunidade, co-gestão, desenvolvimento da cidadania) que essa modalidade assistencial mobiliza. Como exemplo, pode-se observar uma das atividades em que os participantes já eram pessoas submetidas a um atendimento individual na Unidade, no qual se objetivava a re-educação alimentar e o resgate de outros comportamentos para o alcance da qualidade de vida. Nesses encontros, além da divulgação das orientações pertinentes prestadas

pela equipe, os participantes tinham a oportunidade de discutir suas dúvidas e trocar experiências uns com os outros sobre as condutas adequadas a serem adotadas. Além disso, pelo fato de residirem na mesma localidade, articulavam-se para formar agrupamentos de caminhada e promover essas atividades físicas junto à comunidade e suas famílias (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005).

Pode-se dizer, então, que a assistência em saúde ganha um reforço ao absorver práticas que proponham uma renovação do componente relacional e, por conseqüência, mais resolutividade, em contraposição às condutas clássicas. Contudo, constatou-se a inexistência de uma política organizacional e técnica, que fundamentasse homogeneamente tal prática, o que constitui um fator limitante às potencialidades de desenvolvimento coletivo/individual que permeiam tais ações. Cada atividade de grupo era planejada com a intenção de atender a uma demanda específica, em muitos momentos, reproduzindo discursos normativos, havendo pouca ou nenhuma interação com os participantes, que permitisse envolvê-los mais ativamente no cuidado com sua saúde.

Alguns questionamentos passaram, assim, a compor a idéia de problematizar a modalidade assistencial assentada inicialmente nos grupos, no âmbito daquele contexto. No entanto, muitos outros serviços, componentes da Rede Básica Municipal de Saúde, apropriam-se de tais métodos a fim de dinamizar/recompor o atendimento nessa Área. Assim, seria importante estabelecer um distanciamento que permitisse analisar, pontualmente, as razões pelas quais essas atividades são estruturadas, quais os profissionais envolvidos no fazer e no pensar essas práticas, como estão sendo empreendidas essas atividades, no que se refere às estruturas disponíveis e aos modos de aplicação e como esses grupos se articulam no cotidiano assistencial dos serviços, diante dos variados contextos locais. Dessa forma, um dos elementos discutidos neste estudo, constituiu-se das atividades de grupo em relação aos aspectos teóricos que os embasam e as suas implicações no que se refere à resolutividade/efetividade dos problemas de saúde da população. O cerne da discussão repousa sobre a potencialidade terapêutica das atividades de grupos em conformidade com os perfis dos diversos panoramas encontrados nos serviços de saúde. A reflexão recai, então, sobre uma ambivalência: qualificar tais atividades a partir de seu potencial assistencial, ou, de outro lado, qualificá-los a partir da mobilização de uma estratégia para compensar a falta de atendimentos em relação à crescente demanda?

Esta pesquisa corroborou o que se pode adiantar em certa medida: os grupos são atividades assistenciais presentes na maioria dos serviços de atenção básica do Município de Porto Alegre. O que ficou evidente é que, a própria falta de fundamentos e meios

administrativos reguladores dessas práticas tornam-nas completamente distintas nas Unidades pesquisadas. Por esse motivo, deparou-se com informações que davam conta da acreditação das atividades de grupo como assistência potencialmente resolutiva, mas também ficou evidente a tentativa de responder ao elevado número de procura por atendimento que pôde ser apreendida, direta ou indiretamente, por meio das entrevistas. Assim, a idéia prévia de que atividades de grupo são operacionalizadas nos serviços básicos de saúde e de que fazem parte dos processos de trabalho de muitos desses locais, demandava um conhecimento de campo mais objetivo. Não se tinha idéia indicativa, por exemplo, do quantitativo de serviços que se valiam dessas ações, nem tampouco do modo como eram desenvolvidas.

Nesse sentido, em termos de planejamento, as atividades de grupo não se inserem com clareza nas políticas organizacionais, a não ser por ações programáticas onde aparecem como um meio operacional para assistir determinadas demandas. Contudo, a adoção dessas atividades, na maioria das vezes, fica a critério dos profissionais ou da Unidade.

Cada vez mais, verifica-se a utilização de grupos como meio de assistir a clientela que demanda atendimentos em saúde. Cabe avaliar, dessa forma, se ações como essas estão, na verdade, contribuindo somente como uma estratégia de demanda, ou seja, uma forma de alocação de recursos assistenciais que dê conta do contingente crescente e excluído dos usuários e de suas de saúde. Nesse caso, é importante refletir sobre o termo “demanda”. Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), caracterizam este termo como uma parcela populacional que busca atendimento médico em um serviço de saúde para sanar seus problemas. Essa carência, algo que deve ser corrigido por intermédio da assistência, passa a ser uma das necessidades de saúde que, de certa forma, influenciam a organização dos serviços para que possam responder adequadamente a essas necessidades. Diante dessa lógica, os autores apontam para o fato de que os serviços de saúde são modelados pelas necessidades e que esse contexto *instaurador das necessidades* conduz a uma sistemática onde os indivíduos são considerados “um impulso ou uma propensão de ordem natural-biológica”. Não há lugar para inovação e ruptura criativa na produção da assistência; ao mesmo tempo em que a demanda aumenta consideravelmente, os serviços deparam-se com o dever de aceitar e de suprir os usuários e as suas necessidades. Dessa forma, é relevante construir investigações que englobem problemáticas provenientes das observações e lançar novos olhares que contribuam para a reformulação dos modelos vigentes, provavelmente pouco produtivos e perpetuados por meio de um fazer acrítico.

No caso da assistência em grupos, Zimerman (1997a, p.80), sugere que deve haver um maior conhecimento e integração entre os profissionais que realizam os grupos. O

autor afirma que esses profissionais são provenientes das mais diversas Áreas de especialização e que, mesmo no anonimato, estão empregando recursos de atividade grupal em seus campos de trabalho. No entanto, atenta para a importância de se saber quem são esses profissionais, “o que cada um pensa, faz, por que e como faz”.

As considerações levantadas, até o momento, apontam para a importância de pesquisar tal temática. É preciso, também, salientar que os poucos estudos que abordam temas relacionados a grupos consideram estes como uma estratégia relevante para melhorar determinadas condições de saúde-doença. Em um desses estudos, Moretto (1994), analisou as concepções de integrantes de um grupo de pacientes acometidos por doenças crônicas (hipertensão e diabetes) em relação ao significado dessa atividade. Concluiu que, os participantes mostravam-se satisfeitos, pois as atividades grupais resultavam em aprendizado, oportunidade de diálogo, convivência e desenvolvimento de perspectivas sociais e existenciais.

Proposta semelhante foi encontrada em um estudo oriundo da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo, realizado por Munari e Rodrigues (1997), no qual são abordadas experiências de enfermeiros ao desenvolverem dinâmicas de grupo. Tal pesquisa delimitou as características desses enfermeiros-coordenadores de grupos, suas dificuldades e facilidades, assim como, os elementos que esses profissionais utilizavam no manejo grupal. As reflexões levantadas provinham da análise das falas desses próprios profissionais, sendo possível ponderar os aspectos de funcionamento, desenvolvimento, avaliação, além da importância e vantagens do trabalho grupal para os mesmos.

Outra nuance desta discussão refere-se aos contextos destinados à prática de grupo. Ampliando-a, entende-se que o modelo de Atenção Básica em Saúde, deflagrado por meio de Unidades Básicas de Saúde, constitui terreno fértil para projeção de táticas de promoção à saúde. Diante disso, torna-se oportuno promover propostas que integrem educação e saúde em um modo de socialização propiciada pela reunião de pessoas, por intermédio dos grupos.

Pensa-se, a partir de algumas vivências do trabalho com grupos, agregados dessa forma e estabelecidos os objetivos que os une, os indivíduos se posicionam em função da coletividade, reformulando assim, regras a despeito de compreensões singularmente incorporadas. Esse intercâmbio de aprendizado nos grupos é um aspecto muito destacado entre os autores que se dedicam aos estudos dessa temática. Um deles, Tomasi (1996), analisou um grupo de convivência com pacientes hipertensos e demonstrou que o processo de convivência propicia o ensino e aprendizagem diante de situações difíceis de vida, mediados

pela troca de experiências interpessoais. Observando grupos de pacientes diabéticos, Sandoval (2003), também enfatiza a reciprocidade do aprendizado como possibilidade de os participantes ampliarem seus conhecimentos sobre as complicações dessa doença, dos recursos disponíveis para sua prevenção e tratamento, bem como no manejo das complicações já instaladas.

Contudo, para que haja sucesso na adoção desse tipo de estratégia, como prática terapêutica, acredita-se que não basta simplesmente incluí-la no processo de trabalho da equipe. É preciso valer-se de conceitos diferenciados em relação ao modelo assistencial predominante, que massifica os atos terapêuticos e desconsidera as variáveis que extrapolam os achados clínicos/físicos dos pacientes, por exemplo. Os usuários dos serviços de saúde precisam participar do seu tratamento, e os profissionais precisam deixar de visualizá-los como receptores passivos das ações terapêuticas. Determinados comportamentos que poderiam provocar a prevenção ou melhora no gerenciamento de certas condições de saúde são, freqüentemente, menosprezados no sistema de saúde atual (OMS, 2003).

Diante do exposto, é iminente questionar os modelos assistenciais de modo a repensar/recompor suas práticas. Esse processo já vem sendo analisado por gestores e profissionais e já é possível identificar a viabilização de Políticas Públicas, voltadas para um modelo de promoção à saúde exequível nas Unidades Básicas de Saúde.

Mesmo considerando as mudanças potenciais, pode-se dizer que o paradigma que permeia o processo de trabalho, nesses serviços, segue em desacordo com as reais necessidades da população. O sistema de saúde ainda se apóia em um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atendem às exigências da atual composição epidemiológica dos problemas de saúde, representada, em grande parte, pelas circunstâncias crônicas (OMS, 2003).

Por outro lado, para responder a essas exigências, verifica-se que, em várias Áreas da Saúde, os profissionais estão utilizando meios para operacionalizar adequadamente seus processos de trabalho passando a incluir práticas grupais educativas, terapêuticas e reabilitadoras, voltadas à complexidade das necessidades relacionadas a diferentes faixas etárias e com diferentes direcionamentos. Diante disso, inspirando-se em Munari e Rodrigues (1997), torna-se imprescindível que as equipes de saúde que difundem esse tipo de assistência passem a considerá-la com mais seriedade.

A pretensão deste estudo, portanto, constitui-se em identificar e analisar os serviços da Rede de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre que contemplam, em suas atividades assistenciais, a modalidade de grupos. Ao partir para a experiência em si, para o

campo de coleta de dados, o cenário que se apresentou foi de uma complexa rede envolvendo diferentes categorias profissionais, políticas e programas de saúde, contextos locais internos e externos às unidades, o que gerou um grande volume de dados e informações. Neste estudo, buscou-se aproveitar essas informações e sistematizá-las. Dessa forma, a problemática desta pesquisa esboça a assistência prestada nas Unidades de Saúde de Porto Alegre, no que se refere, primeiro, aos aspectos exploratórios da temática, enfatizando seus cenários e, a partir de então, traça algumas reflexões que balizam o contexto em que essas atividades são implementadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Compilando referenciais teóricos, os dados e as análises, este relatório de pesquisa apresenta a problemática inicial, esmiuçando-a e combinando idéias de diversas referências bibliográficas. Os objetivos e a metodologia empregada são expressos na seqüência, salientando as condições em que a coleta de dados foi realizada, a caracterização dos sujeitos, os procedimentos quanto à análise dos dados e os aspectos éticos considerados.

Segue-se a apresentação dos resultados que foram reunidos em três eixos: perfil dos serviços/unidades pesquisadas, perfil dos trabalhadores atuantes nas atividades de grupo e, por fim, as especificidades dessas atividades em si. Levando em consideração a motivação dos profissionais quanto à adoção das atividades de grupo, foram reunidos os subsídios que perpassam os três eixos acima referidos e um fechamento analítico que tenta responder à problemática em questão.

2 A PROBLEMÁTICA DOS GRUPOS COMO ESTRATÉGIA ASSISTENCIAL E FERRAMENTA TERAPÊUTICA

2.1 Modelos e estratégias assistenciais na atenção básica de saúde

O processo assistencial, em termos de Saúde Pública, sofreu grandes reformulações com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (meados da década de 1990). Essa nova política, pautada em princípios como equidade, universalidade, integralidade, igualdade, procura reorganizar a atenção básica em saúde no sentido de romper com as práticas individualizantes e segmentadas das ações terapêuticas.

A viabilidade teórica desses novos marcos conceituais pressupõe a reestruturação dos modelos assistenciais. Identificam-se, entretanto, na prática, desvios dos princípios norteadores que são observados nas formas de organização dos serviços. Constatase que, a oferta quantitativa e qualitativa dos atendimentos não condiz com a realidade da demanda, provocando retrocesso em direção a um modelo curativo e à estagnação no processo de acompanhamento dos casos.

Além disso, esses fatores desfavorecem um potencial espaço para a reformulação das relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Ao contrário, a tensão gerada em torno desses atores reduz suas interações em favor do imediatismo de determinadas situações, como o estabelecimento de diagnósticos, atenuação de sintomas e perspectivas de cura (OMS, 2003).

De fato, as bases históricas da Atenção Básica em Saúde estão atreladas à proposta de Atenção Primária à Saúde, instaurada a partir da década de 1970. Em princípio, as Unidades de saúde surgiram para realizar, além dos processos tradicionais de consultoria médica, as atividades de prevenção e promoção, desenvolvendo ações de controle e de educação (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

A consolidação da Atenção Primária à Saúde justificou-se pela necessidade de ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluída. Hoje, a idéia sustentada, afirmada pela concretização do SUS, por meio do surgimento das Unidades Básicas de Saúde é a de que essas:

[...] devem atender a uma demanda universal, de forma equânime e integral, devendo ter uma resolutividade maior que 80% das intercorrências, encaminhando para serviços especializados e internações apenas os casos de maior complexidade, o que deve ser feito idealmente, sempre através de mecanismos de referência e contra-referência formalizados entre as instituições, para garantir um atendimento integral, ou seja, um atendimento completo, proporcionando todos os cuidados/tecnologia que o paciente necessita para ter solucionado a sua necessidade ou problema de saúde (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001, p. 135).

Observa-se, claramente, a pretensão de que as unidades básicas serviriam, o que de fato acontece, como porta de entrada para o sistema de saúde, justificando também a estratificação dos níveis de atenção dessa Área: primário, secundário e terciário. Esses patamares constituem ramificações correspondentes a níveis assistenciais progressivamente mais complexos e direcionam-se a certos segmentos populacionais ou demandas distintas. Ao nível primário de atenção cabe resolver uma gama de necessidades básicas que extrapolam a atenção curativa individual. Essas necessidades incluem demandas principalmente sanitárias, tais como, o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a informação em saúde, a vigilância epidemiológica, entre outros (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Esse nível de atenção foi alvo particular, devido a sua configuração preventiva, de estratégias de promoção e educação em saúde. Considera-se que, esses dois últimos elementos surgiram como “reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”. Em termos promocionais, é proposta a “articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, para o enfrentamento dos problemas de saúde”, além de propor o resgate da humanização das relações entre os profissionais e usuários de serviços (BUSS, 2003, p.15).

A educação em saúde justapõe-se nesse cenário, uma vez que a promoção da saúde, ao sugerir a articulação entre saberes, necessita de uma tática que a viabilize. Dessa maneira, a educação em saúde não se destina somente a conceitos biomédicos sobre a saúde e prevenção de doenças, mas também prepara o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável pelo acesso às informações necessárias para tal empreendimento (OLIVEIRA, 2001).

Carvalho (2004), ainda refere que o projeto da promoção à saúde surge como uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos, subsidia práticas educativas nessa Área e faz-se presente junto a projetos de reorganização da rede básica. Esse é um processo que busca a ampliação da participação da comunidade nos serviços de saúde, objetivando a inclusão dessas pessoas no ideário da saúde, doença, perspectivas de cura e, com isso,

objetiva também formar agentes de autoproteção e prevenção por meio da troca de saberes individuais e coletivos.

A análise do panorama indica, entretanto, que algumas dificuldades de caráter prático travam o desenvolvimento da participação e da emancipação popular em termos de situações de saúde/doença. Um dos motivos, concordando com Chiesa e Veríssimo (2001), pode estar relacionado ao fato de que as Instituições públicas não têm, ou não incorporaram completamente, um caráter educativo emancipador, pois a assistência ainda está centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta” (grifo das autoras).

Em meio a essas circunstâncias, sobram poucos espaços para disseminar uma retomada dos objetivos iniciais declarados por meio das teorias e políticas que organizaram as diretrizes da Atenção Primária e do arcabouço de inovações para a Saúde Coletiva.

Assim como em determinados ciclos patológicos, o sistema de saúde opera numa lógica circular onde a soberania biomédica investe suas formas de atendimento exclusivamente centradas na doença e na cura, levando a população a subjugar outras formas de tratamento não condizentes com essa prática. Os problemas ocorrem quando, primeiramente, a estrutura se fragiliza diante da falta de recursos financeiros e passa a subatender a demanda, o que, somado às deficiências proporcionadas por um modelo unidimensional, resulta na permanência ou reincidência dos problemas de saúde prévios ao atendimento.

Dessa forma, pensa-se que, dentre as estratégias de educação em saúde, pode-se enfatizar as atividades de grupo, visualizadas como uma forma de sistematizar a assistência. A funcionalidade estaria atrelada, além dos aspectos de tratamento, a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos, excluindo dos mesmos os chamados agravos externos e/ou atendimentos de urgência/emergência.

O dinamismo que envolve os grupos, considerando as teorizações da promoção e educação à saúde, pode representar alternativas operacionais necessárias para a afirmação desses preceitos na prática. Acredita-se que são instrumentais metodológicos eficazes, capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes e destes com a estrutura institucional, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo incorporados aspectos importantes que fundamentarão certos comportamentos para a promoção da saúde. Assim, as atividades educativas e os grupos podem, conforme Chiesa e Veríssimo (2001), servir para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde que, apesar de manterem como meta a difusão de informações contribuidoras para a melhoria da qualidade de vida,

limitam-se à transferência de informações para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo e traços de autoridade e de prescrição.

Pode-se dizer, então, que as atividades de grupo constituem, dentre outros tipos de atendimentos, uma estratégia assistencial, ao operarem nos serviços com tal propósito, assim como, as consultas médicas, de enfermagem ou de outras especialidades, procedimentos de rotina (curativos, vacinação), visitas domiciliares, entre outras. Representam a disposição de uma ferramenta terapêutica, um tipo de atividade, que relevada sua capacidade resolutive e utilizada de forma apropriada, resulta em efetividade para com o alvo do ato terapêutico.

De outro modo, uma concepção diferente revela que as atividades de grupo podem ser utilizadas como uma estratégia dos serviços (e dos profissionais), inseridos em um padrão organizacional implícito, para redistribuir a parcela da demanda que não consegue, por outros meios, ingressar na Área assistencial. A experiência evidencia que, nessas condições, é grande a propensão de se inviabilizar uma prática assistencial em relação ao seu potencial positivo no movimento de responder, efetivamente, aos problemas de saúde da população. Seguindo essa linha de reflexão, parte-se para o aprofundamento da discussão, incluindo os modelos adotados no cotidiano dos serviços de atenção básica.

2.2 Os modelos assistenciais e seus limites

Avançando na construção desta problemática de pesquisa, afirma-se que o direcionamento assistencial concebido nas atividades de grupo pode representar um revés ao modelo assistencial dominante nos serviços de saúde. Nesse sentido, concorda-se com Valla (2003), ao reconhecer as nas ações alternativas, como os grupos, uma ferramenta terapêutica que vem sendo utilizada em um formato que desafia o continuísmo do modelo biomédico. Trata-se de uma prática antagônica à sistemática de atendimentos individualizados de queixa-conduta, observadas na rotina dos serviços de saúde. A esse propósito, as atividades de grupo podem ser classificadas como outras maneiras de lidar com os problemas, buscando resolver as queixas por procedimentos que não são clínicos, pois, muitas questões relativas à saúde, hoje, não se relacionam estritamente com a Medicina.

No entanto, tem-se consciência de que o modelo biomédico, centrado na supremacia histórica da Medicina, promove uma conjuntura responsável por situações de

exclusão quando se refere ao acesso e à qualidade dos serviços prestados. Apesar das muitas modificações de caráter político-institucional introduzidas no setor, para melhorar a adequação da assistência, há uma grande preocupação em estender o acesso aos serviços de saúde ao máximo, sem haver uma preocupação correspondente com sua eficácia.

As bases históricas explicam, em parte, tal modelo que, apesar dos esforços, parece não ceder diante da ineficiência estrutural evidenciada no sistema de saúde. Seus pressupostos inspiraram-se nos princípios da Biomedicina e das Instituições hospitalares, que se estruturaram como os primeiros lugares destinados a tratar as doenças e, portanto considerados, até hoje, locais de excelência para resolver os problemas de saúde.

Contudo, em um movimento para redirecionar o foco do seu trabalho, isto é, o coletivo e suas influências para com a configuração dos problemas de saúde da população, houve uma reformulação do sistema de saúde com grande influência das ciências sociais. Nesse sentido, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde surge, conforme Bertussi, Oliveira e Lima (2001), como uma forma de garantir o cuidado integral nas próprias Unidades Básicas de Saúde ou como um controle mais abrangente dos determinantes sociais das condições de saúde.

Os problemas aparecem, mesmo assim, como amarras para o desenvolvimento do cenário teórico que, aos poucos, consegue materializar-se pelas mudanças introduzidas em termos de políticas e práticas do setor. A influência dos paradigmas, como acontece com todos os outros setores na sociedade, nesse caso, exerce papel imprescindível para a permanência dos moldes que sustentam o tipo de assistência previsto e exercido. No caso da saúde, analisa-se o paradigma biologicista, amparado pela soberania das ações da Medicina tradicional (marcada pela unicausalidade e fragmentação das ações terapêuticas). Campos (1994, p.116), referindo-se ao processo de trabalho e aos profissionais do Setor Público de Saúde, afirma que há uma relação marcada pela alienação que se evidencia pelo descaso e descompromisso com a cura completa do paciente e com os determinantes do processo de saúde e de doença. Afirmando ainda, que “o resultado da conveniência com esse tipo de alienação tem sido a desumanização progressiva da prática médica, bem como a diminuição da sua eficácia”.

A adoção de novos paradigmas acredita-se e pode-se constatar, é necessária para a transformação das formas de pensamento e práticas. Alimenta-se a idéia de que é preciso renovar ou permitir o incremento de um modelo assistencial com verdadeiro enfoque sobre a etiologia dos problemas e, como conseqüência, melhorar a capacidade de resolvê-los. E, sobretudo, crê-se na necessidade de reformular as relações estabelecidas entre os usuários e os

profissionais dos serviços. Nesse caso, entre outras atitudes políticas e técnicas, é preciso desenvolver, nas pessoas, o espírito crítico, para que possam gerenciar suas condições de vida, suas escolhas, sua participação cidadã, sua capacidade de julgar e lutar por estruturas que lhes favorecem a melhoria das suas condições básicas de sobrevivência.

Antes, porém, é preciso observar o modo como a comunicação se estabelece entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Isso poderá revelar o nível de relacionamentos entre esses atores e, dependendo desse nivelamento, em maior ou menor medida, as pessoas se engajarão nos ideários de cidadania e de autonomia em relação à sua saúde com vistas ao bem estar individual e social.

Considerando os processos comunicacionais, lança-se a discussão, no próximo item, da dimensão que os mesmos ocupam no potencial resolutivo nas ações de saúde postas em prática.

2.3 Processos comunicacionais e relacionais em saúde e reconfiguração das práticas: os grupos em questão

Pensando no foco de reflexão e visando discutir criticamente essa condição, parte-se do fato de que as interações entre usuários e prestadores de serviços em saúde se estabelecem, atualmente, de forma superficial em termos comunicacionais. Autores como Silva (1996), analisam e contribuem com as reflexões já referidas anteriormente, afirmando que não existe comunicação totalmente objetiva. Esta se faz entre pessoas e cada pessoa é um mundo à parte, com sua subjetividade, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. A autora observa que a percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente.

Dessa forma, considerando as relações humanas como base do trabalho na Área da saúde, a autora conclui que a ação profissional não pode ignorar a importância do processo comunicativo. Somente diante de uma comunicação efetiva, o terapeuta pode auxiliar o paciente a conceituar os seus problemas, enfrentá-los, vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando adaptar-se a novos padrões de comportamento.

Muitas vezes, evidencia-se, diante da adesão refratária ao tratamento, que as informações prestadas aos pacientes apresentam-se de forma incompreensível, o que

demonstra, conforme Porto (2002), um descompasso entre as orientações e a diversidade de padrões culturais em que se está inserido. Outro fator é o caráter impositivo e punitivo com que se estabelece a terapêutica, sendo o paciente desconsiderado como sujeito. Ele é um depositário das intervenções, pois não participa ativamente das mesmas, pelo fato de a relação ser marcada por diferenças, intelectual, social e cultural entre as partes. Com isso, concordando com Chiesa e Veríssimo (2004), o distanciamento torna-se ainda mais acentuado, e as barreiras parecem intransponíveis em termos de interação comunicacional.

Assim, acredita-se que, considerar as pessoas a partir de suas condições objetivas, valores e experiências socioculturais, implica uma conveniente compreensão das informações compartilhadas. Nesse sentido, Lopes e Silva (2004), referem que a noção de situações de vida, incorporada a partir do aporte das ciências humanas, contribui para melhor compreender a complexidade dos sujeitos e dos coletivos aos quais são dirigidas as intervenções. Essa inserção no mundo vivencial dos sujeitos reflete uma condição imprescindível, portanto, para fazer com que as ações tenham uma repercussão mais ampla sobre os *déficits* detectados nas singularidades de vida das pessoas.

Há que se considerar, também, que os indivíduos envolvidos em meio à sistemática dos serviços de saúde experimentam relações intersubjetivas, sendo que elas compõem a qualidade e o impacto do serviço. Essa premissa, segundo Rodrigues et al (2000), pode atuar como um “indicador” para aferir a situação de produção e uso efetivo dos serviços, estando ainda implícita a visualização das estruturas que conformam as ações em saúde por meio dos sujeitos que nelas atuam.

Por essas considerações, a comunicação, intermediada pelas atividades de educação em saúde, pode ser vista, conforme Duncan (1996), como um mecanismo de interação entre o saber científico e o popular, proporcionando a socialização do saber científico e o reconhecimento do saber popular. Constitui-se em meta de atuação a possibilidade, a médio e longo prazo, de o indivíduo exercer maior prevenção e controle de doenças que possam vir a instalar-se e que a coletividade seja um agente organizado de intervenção sobre os determinantes imediatos e estruturais do processo saúde-doença.

A partir dessas idéias e concepções, surge a modalidade de grupos como possibilidade concreta na construção da integralidade da assistência e, nessa perspectiva, a comunicação é privilegiada como elemento indispensável e modificador do andamento e do sucesso das ações terapêuticas. Dessa forma, Lewin, citado por Mailhiot (1973), ressalta a autenticidade das comunicações que iniciam e estabelecem-se entre os integrantes, como elemento determinante na gênese e na dinâmica de um grupo.

Acredita-se que, a melhoria nos processos de comunicação e interação, entre os profissionais de saúde e a população, constitui uma das muitas justificativas para adotar formas alternativas de lidar com os problemas de saúde. As condições nocivas à saúde vêm aumentando substancialmente, nas últimas décadas, sem que as inovações da tecnologia consigam conter, no macrocontexto, a dispersão do quadro que se instaura. Dentre essas, os problemas psicossomáticos acentuam a falta de resolutividade terapêutica, na medida em que não podem ser tratados eficientemente em estruturas que privilegiam a terapia medicamentosa e dispõem de pouco tempo para interlocução entre terapeuta e paciente.

Reconhecendo essas implicações, faz-se imperioso o estabelecimento de estratégias que valorizem a aproximação relacional entre profissionais e paciente, influenciem mudanças comportamentais e, por conseguinte, o controle e prevenção de doenças ligadas ao estilo de vida. Dentre essas estratégias, podem-se destacar as atividades de grupo. Zimerman (1997c), evidencia esse tema referenciando-o como possibilidade de multiplicação dos recursos assistenciais e de construção de novos e eficazes modelos, mais abrangentes, multidimensionados, de maior alcance e de mais fácil acessibilidade.

Na óptica dos grupos, salienta-se o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que, muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde. Também nesse aspecto, Zimerman (1997b), estabelece uma relação metafórica ao comparar a constituição de um grupo com uma galeria de espelhos, onde cada participante pode refletir e ser refletido *nos* e *pelos* outros, oportunizando a discriminação, afirmação e consolidação de suas próprias identidades. É estabelecida uma relação onde cada indivíduo vê-se acolhido: a situação do outro reflete a sua situação pessoal. A partir disso, constitui-se uma base de sustentação e fortalecimento de relações, em que as vivências individuais transformam-se em aprendizado.

Autores como Bersusa e Riccio (1996), corroboram essas idéias, afirmando que os indivíduos agregados tornam-se um grupo, a partir do relacionamento entre seus membros, sendo a reciprocidade de relações, o entrelaçamento de ações, idéias e sentimentos das pessoas, elementos para modificação de comportamentos.

No panorama da saúde, pode-se dizer que a composição atual das estratégias de grupos, utilizadas pelos serviços de saúde, foi influenciada por intervenções psicoterapêuticas grupais, a partir dos anos 1920. Há registros dessa modalidade assistencial em literatura científica, ultrapassando cem anos atrás, podendo-se identificar alguns marcos importantes, como o surgimento de organizações que se tornaram muito conhecidas com o uso de técnicas grupais, dentre elas, a dos “Alcoólicos Anônimos”, iniciando sua atuação a partir de 1935.

Desde então, a maioria das publicações científicas sobre grupos advém desse período e reúne uma série de estudiosos, em grande parte psicanalistas, como Jacob L. Moreno, Kurt Lewin (psicólogo), Foulkes, Pichón-Rivière e Bion. (ZIMERMAN, 1997b).

Estudando a evolução histórica quanto ao surgimento dos grupos psicoterápicos, Bechelli e Santos (2004, p.242), afirmam que “diversas técnicas desta modalidade de tratamento têm sido desenvolvidas para atendimento de populações específicas de pacientes, com as mais diversas condições médicas e psicossociais”. Os autores reforçam que Joseph H. Pratt e Jacob Levy Moreno, tendo como foco a Psiquiatria, foram os precursores da psicoterapia de grupo, tendo se dedicado aos estudos e participado do enriquecimento dessas técnicas. O crescimento do emprego desse método em Psiquiatria decorreu na década de 20, particularmente em pacientes internados, sendo, inicialmente, classificado como tratamento ou instrução em massa, aula e terapia coletiva.

Ainda para esses autores, e associando-os à realidade encontrada nos serviços de saúde, o movimento dessa modalidade de tratamento expandiu e tende a prosperar para além do atendimento de pacientes psiquiátricos, internados e não internados, no Setor Público e Privado. A relevância também está na assistência a doentes de diversas condições de saúde, atendidos em âmbito ambulatorial ou hospitalar, assim como à população em geral, assistida por organizações comunitárias de auto-ajuda.

Avançando nessa análise, é válido resgatar duas classificações gerais referidas por Zimerman (1997a, p. 76), quais sejam: grupos operativos e grupos psicoterápicos. Nesse caso, a técnica de grupo operativo centraliza-se em uma tarefa proposta em nível consciente, ou seja, “somente nas situações em que fatores inconscientes inter-relacionais ameacem a integração ou evolução exitosa do grupo, é que caberão eventuais intervenções de ordem interpretativa”. Quanto às finalidades, esse tipo de grupo cobre quatro diferentes campos de atuação que, podem, por vezes, interpor suas características: ensino-aprendizagem (treinamento, reflexão); institucionais (escolas, associações de classe, sindicatos, igrejas); comunitários (grupos de gestantes, crianças, pais, líderes comunitários) e terapêuticos (situações patológicas orgânicas).

Os grupos operativos contribuem com um importante aporte conceitual teórico, a partir das idéias do seu maior mentor - Enrique Pichón-Rivière. Esse psicanalista argentino elaborou um conceito de grupo a partir de suas observações com pacientes hospitalizados. Nesse contexto, identificou as características do processo grupal, delimitando três momentos da tarefa ou do objetivo grupal:

A pré-tarefa, a tarefa e o projeto são momentos que se apresentam em uma sucessão evolutiva e sua aparição e interjogo constante podem situar-se diante de cada situação ou tarefa que envolva modificações no sujeito (PICHÓN-RIVIÈRE, 1982).

Para Gayotto e Domingues (1995), o grupo é construído em meio a um movimento que vai da serialidade à grupalidade. Na serialidade (série de pessoas), há objetivos em comum, porém, cada um está centrado em suas próprias necessidades. Avança-se para a grupalidade, quando as necessidades tornam-se comuns a todos e as pessoas se articulam para concretizar esses objetivos. Os autores referem ainda que essa passagem ocorre em torno da noção de “tarefa” (resgatada dos conceitos de Pichon-Rivière); o grupo desenvolve em conjunto e implica vínculos de intensa reciprocidade entre seus integrantes.

Essa fundamentação teórica, ao trazer o conhecimento de tarefa como promotora da operatividade grupal – produção conjunta dos integrantes – ao mesmo tempo remete a uma das formas de organização desse tipo de assistência, para que não seja exercida à revelia dos conceitos e que não se institua a ineficácia. Silva et al. (2003), relata a percepção de que, ao trabalhar com grupos, consegue-se aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua situação, além de promover um viver mais saudável. Entretanto, todos esses benefícios somente poderão ser alcançados considerando os fundamentos organizacionais dos grupos e atentando para o manejo do processo que se instala junto a esses.

Assim sendo, o suporte emocional, desenvolvido nos grupos, propicia um meio vivencial apropriado para conscientização acerca de comportamentos que podem provocar danos à saúde e que, em geral, isoladamente, não são entendidos sob esse enfoque. Para Munari e Rodrigues (1997), a convivência com um grupo que reúne pessoas com problemas semelhantes pode proporcionar experiências que condicionam um ambiente de muito valor terapêutico. Origina-se uma situação que auxilia os participantes a quebrarem barreiras instituídas por sentimentos de solidão e de isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Diante dessas questões, pensa-se que se faz pertinente um diálogo mais aprofundado, contemplador das formas de comunicação/interação entre os profissionais e os sujeitos a quem se direcionam suas ações. Questionar seus moldes referenciais para a produção de assistência implicará o dimensionamento das práticas atualmente utilizadas no

fazer saúde. Entende-se que o provimento de recursos adjuvantes, representados pelos grupos, torna-se totalmente viável na prática assistencial, especialmente por representar uma alternativa renovadora do componente relacional entre seus atores e por viabilizar a promoção e recuperação da saúde.

Nesse sentido, parte-se para elaborar questionamentos sobre essa “idealização terapêutica”, e o que a realidade dos serviços aponta sobre seus modos de utilização.

2.4 A realidade dos serviços de atenção básica e o trabalho com grupos

Inicia-se afirmando que, as bases estruturais são inadequadas e constata-se o casuísmo do trabalho com grupos. Os referenciais da Atenção Básica, as inovações conceituais que a trouxeram ao panorama da assistência e a coexistência de modelos arraigados de caráter unidimensional de atuação sobre os problemas de saúde, nos remetem à reflexão sobre as condições em que se inserem as atividades de grupo e sua influência nos processos de trabalho dos serviços de saúde.

As bases históricas explicam, em parte, a lógica que compõe a organização do sistema básico de saúde, tal como é visto atualmente. Até meados do final da década de 70, na conjuntura brasileira, o sistema público operava principalmente por convênios de pronto-atendimento (Plano de Pronta-Ação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS) e por serviços de Saúde Pública direcionados a atender às recorrentes doenças sanitárias, a algumas patologias crônicas, à população carente e aos excluídos do sistema previdenciário (NEMES, 2000).

O movimento da reforma sanitária, ocorrido nos anos 1980, tendo como lema “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, remetia à expansão do volume de assistência médica na rede pública a ponto de substituir parte da assistência prestada pela Medicina privada conveniada. Nesse contexto, o sistema básico de saúde passa a focalizar ações programáticas de acordo com a visão sanitária, tanto de apreensão de patologias específicas (tuberculose, hanseníase), como à propensão de adoecimentos em relação a certas parcelas populacionais (gestantes, crianças, idosos). Em suma, as ações programáticas constituíram-se na articulação de duas vertentes: o saber sanitário, amparado pela idéia de doença no âmbito coletivo, e o saber clínico, amparado pela idéia de doença no corpo anátomo-fisiológico individual (NEMES, 2000).

Até hoje, as políticas - ou programas de saúde - são as formas preponderantes e orientadoras do trabalho de Atenção Básica em saúde, tanto na esfera nacional (estratégias programáticas em nível federal), como no panorama regional (programas de saúde lançados pela Secretaria Municipal de Saúde). Dessa forma, também os grupos são projetados, como poderá ser constatado adiante, em conformidade com as demandas estabelecidas nas ações programáticas. Assim, observa-se que esses programas são estruturados, principalmente, em torno do núcleo da assistência médica, pressupondo, conforme Merhy (2005) um agir centrado em uma única categoria profissional.

Considera-se que, as atividades pautadas nos grupos poderiam representar uma maneira de modificar essas lógicas instituídas no intuito de ressignificar as práticas de saúde. Porém, antes é necessário compreender de que forma tais intenções são levadas a cabo quando o contexto pode não beneficiar o empreendimento da assistência sob a forma de grupos. De outro modo, como explicar o sucesso dessas atividades em meios que parecem desfavorecer seu desenvolvimento? Quem são os profissionais que desafiam os modelos dominantes e realizam atividades de grupo obtendo aceitação e respostas positivas do público-alvo? Que diferenças de perspectivas essas práticas demarcam nos distintos contextos que as fazem duradouras e motivadoras para profissionais e usuários de serviços, ou, ao contrário, fonte de desmotivação?

Essas indagações envolvem uma complexidade de respostas as quais implicam desde a estrutura física dos serviços, até os processo de trabalho, suas condições, formas de organização e motivação dos trabalhadores e profissionais. Faz-se necessário, portanto, pesquisar, não só as motivações dos profissionais e dos demais trabalhadores, como os Agentes Comunitários de Saúde, mas, também, o que pensam a respeito de formas “alternativas” de exercer seu trabalho.

A esse propósito, Valla (2003), ao referir-se a essas atividades alternativas classificando-as como grupos de discussão, atividades de apoio social, relaxamento muscular ou meditação, menciona o depoimento de profissionais da saúde que afirmam que seus colegas vêem esse tipo de atividade como uma forma de “fugir do trabalho”. Há, também, aqueles que se propõem a realizar tais atividades com as mais diversas pretensões: auto-ajuda, restabelecimento do estado de saúde para pacientes crônicos, aprendizagem, entre outros. Contudo, o que se pode constatar é que se trata, na verdade, de palestras cujos participantes não se encorajam para o diálogo, pois o conteúdo explicitado é repleto de regras que devem ser seguidas e de uma linguagem que, além de ser normativa, ultrapassa o nível de

compreensão que as pessoas podem alcançar, não instituindo espaço para maiores esclarecimentos e troca de experiências.

O entendimento das dimensões desses dilemas passa, conforme Carlos (1998), pela compreensão que o profissional tem do processo grupal que irá influenciá-lo na maneira de intervir em grupo. O referencial utilizado para o entendimento servirá de sustentação para a escolha de técnicas adequadas e para a intervenção grupal. Intervenção que, pretende-se, aconteça em favor de uma perspectiva transformadora onde as pessoas que participam de um processo grupal sejam vistas como sujeitos que, em conjunto, possam decidir o seu futuro, tendo claras as possibilidades e os limites. Esse é outro ponto que envolve a questão do preparo do profissional para trabalhar com técnicas grupais, e o notável em relação a isso é que, mesmo sem qualquer capacitação sobre as teorias e conceitos científicos de grupo, muitos profissionais realizam essas atividades de forma satisfatória, alcançando bons resultados terapêuticos. Cabe pensar se esses profissionais, que utilizam técnicas “alternativas”, buscam melhorar suas condições de trabalho e sua satisfação, e/ou seriam profissionais “alternativos”, buscando reformular pontualmente o sistema de saúde, sua lógica, minorar suas deficiências e acrescer sua resolutividade?

Esses questionamentos e reflexões, que historicam as atividades de grupo e seu potencial terapêutico, constituem o presente estudo. Os achados são resultantes do empenho em explorar para conhecer a organização da Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, destacando a prática de atividades de grupo, nesses serviços. A partir desses dados e tecendo as análises pertinentes, tentou-se complementar, por intermédio do diagnóstico situacional, o conhecimento acerca dessa temática, já que, a disponibilidade de bibliografia que promovam discussões como essa é escassa, e/ou inexistente, quando se trata da realidade dos serviços.

3 OBJETIVOS

Explorar, para conhecer o perfil da assistência prestada nas unidades que compõem a Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, com enfoque nas atividades de grupo. Dessa forma, objetivos específicos emergem da problemática apresentada e são eles:

- mapear as Unidades de saúde componentes da Rede Básica de Porto Alegre;
- identificar as Unidades que incluem atividades de grupo no processo de trabalho e em que circunstâncias há implantação dessas práticas;
- descrever as práticas adotadas nesses serviços;
- descrever as abordagens metodológicas que embasam tais atividades;
- analisar aspectos relativos à incorporação dessas práticas na reconfiguração da proposta assistencial na Atenção Básica à Saúde do Município de Porto Alegre.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório que descreve e analisa o objeto abordando-o em suas dimensões qualitativas e combinando dados numéricos que elucidam a temática proposta. Esse entendimento segue o que Tobar e Yalour (2001), definem como pesquisa exploratória, ou seja, aquela realizada em Áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado, enquanto a descrição expõe as características de determinado fenômeno.

A conveniência em combinar métodos quantitativo e qualitativo está na possibilidade de analisar temáticas veladas pelas práticas normatizadas e normativas, mas que devem passar por um exame crítico, quando o que se quer é aperfeiçoá-las. De fato, a adoção de um método híbrido, para a constituição do estudo expressa a tendência atual das pesquisas, sendo que, já na década de 70, havia preocupação em dinamizar a apreensão e a compreensão dos fenômenos estudados, como referem Goode e Hatt (1973, p.398):

A pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos ‘qualitativos’ e quantitativos, outro entre ponto de vista ‘estatístico’ e ‘não estatístico’. Além disso, não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua a ser uma qualidade.

A posição do pesquisador foi observacional na medida em que, conforme Bricenõ-León (2003), o investigador deve fazer suas observações interferindo o menos possível nas condições naturais, nas quais se encontrava o objeto em estudo.

Pensa-se que, o objetivo de explorar para conhecer a organização das atividades de grupo nos seus locais de implantação, foi alcançado adequadamente pela utilização de métodos e técnicas de estudo que contemplaram mais amplamente as nuances intervenientes nesse processo. Soma-se a abordagem quantitativa, que proporcionou suporte para o reconhecimento das características do campo de estudo, o qual serve de cenário para a realização das atividades de grupo; por meio da frequência, expressou variáveis que compõem o perfil da clientela dos serviços e profissionais envolvidos com tais atividades a fim de compor as modalidades da assistência.

Perseguindo o refinamento desse desenho, partiu-se para a análise qualitativa, na medida em que a mesma contribuiu para a compreensão da complexidade da realidade encontrada nos modos de desenvolvimento das atividades de grupo. Contudo, optou-se por uma conduta diferenciada em relação a esse tipo de análise. E nesse caso, não foram realizadas as análises clássicas que se utilizam de categorizações e de estudos aprofundados no conteúdo das falas. A diferença situou-se em empregar essas mesmas falas como elementos complementares ao que se pode identificar acerca do panorama apresentado, e não em estabelecer unidades de análise por meio do agrupamento de respostas análogas. Dessa forma, buscou-se, pelas observações e coleta de informações, responder como esse cenário é (re)construído no cotidiano, e como os atores envolvidos nessa (re)construção interpretam e descrevem esses fatos.

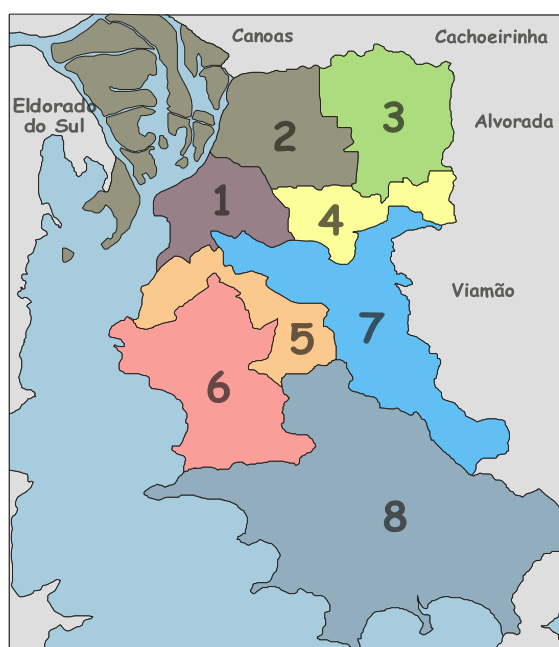
Assim, exploraram-se os significados, isto é, as várias formas de compreensão estabelecidas pelos atores responsáveis pela implementação dos grupos. De outro lado, dados como distribuição, diversidade da clientela atendida, trabalhadores envolvidos, forneceram indícios numéricos que serviram de suporte para as reflexões sobre os aspectos circunstanciais entre essas duas dimensões.

Morin (2000), considera que o conhecimento pertinente é àquele capaz de situar qualquer informação no seu contexto e, por conseguinte, no conjunto em que está inscrito. Seguindo esta lógica, é possível admitir que a assistência à saúde se apresenta de determinada maneira em função de um conjunto de idéias e compreensões que, em função de uma estrutura organizacional, se exteriorizam, na prática.

O mesmo autor afirma, ainda, que todos os problemas particulares só podem ser dimensionados em consonância com seus contextos e esse deslocamento deve acontecer, gradualmente, no seu nível mais amplo. As práticas assistenciais em Saúde Pública, por exemplo, acontecem no nível dos serviços de saúde e, por sua vez, são antecedidas por um panorama estatal dependente de políticas públicas e da adequação de um suporte financeiro para abarcá-las adequadamente. Ou seja, todos esses fatores devem ser analisados quando se quer encontrar respostas que expliquem a realidade das situações que se apresentam relacionadas ao assunto em foco.

4.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi constituído por 124 Unidades de Saúde que compõem a Rede de Atenção Básica do Município de Porto Alegre, ainda que, tenha-se conseguido, de fato, abordar 116 para os fins da pesquisa. Do universo de 124, 117 constituem Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 8 são Centros de Saúde (CS) (PORTO ALEGRE, 2004b). As Unidades de Saúde estão distribuídas em 8 gerências distritais (FIGURA 1), áreas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, que cobrem o território do Município e que são responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde de uma região de adscrição.



Legenda:

- 1) Centro;
- 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas;
- 3) Norte/Eixo Baltazar;
- 4) Leste/Nordeste;
- 5) Glória/Cruzeiro/Cristal;
- 6) Sul/Centro Sul;
- 7) Lomba do Pinheiro/Partenon;
- 8) Restinga/Extremo Sul.

Fonte: Cartilha do SUS, Porto Alegre, agosto de 2004.

FIGURA 1 - Mapa do Município de Porto Alegre e Gerências Distritais.

Em torno de 40% das UBS, compõem-se de equipes de Saúde da Família, ou seja, além dos profissionais atuantes em nível assistencial, fazem parte, também, os Agentes Comunitários de Saúde. Essas Unidades são responsáveis por ações que incluem atividades programadas de promoção à saúde e prevenção de agravos estratégicos, bem como, o atendimento de urgências clínicas de baixa complexidade. A rede ainda conta com o apoio de 8 CS, que incluem, além da Atenção Básica, procedimentos de maior complexidade como urgências clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade (PORTO ALEGRE, 2004c).

Cada gerência distrital possui uma coordenação, nomeada pela Secretaria Municipal de Saúde. As reuniões são um meio utilizado pelos gestores centrais para o repasse de informações, discussão de políticas de saúde e situações de ordem administrativa, em geral. Porém, isso não ocorre com as 12 Unidades de Saúde que são de responsabilidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma Instituição federalizada, sendo que, o Hospital Nossa Senhora da Conceição mantém um serviço de saúde comunitária responsável operacionalmente pelas unidades. Variação semelhante, porém, mantendo a participação gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, ocorre com as 8 unidades de saúde pertencentes ao Centro de Saúde/Escola Murialdo, mantido pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

Cabe ressaltar, ainda, outro diferencial: nestes locais – GHC e Centro de Saúde/Escola Murialdo, é desenvolvida a Residência Integral em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, para a qualificação de profissionais de nível superior (GHC, 2006).

Considerando essas variações, distribuiu-se, no Quadro 1, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde com estratégia de Saúde da Família (USF) e os Centros de Saúde (CS), alocados entre as respectivas gerências. Nesse caso, mesmo não estando organizadas nesse sistema, as Unidades pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição foram incluídas, respeitando suas localizações, nas regiões Noroeste/Humaitá/Ilhas; Norte/Eixo Baltazar e Leste Nordeste. Da mesma forma, na região Partenon/Lomba do Pinheiro, foram incluídas as Unidades do Centro de Saúde/Escola Murialdo.

GERÊNCIA	UBS	UBS/PSF	CS	TOTAL
1 Centro	1	0	2	3
2 Noroeste/Humaitá/Ilhas	4	3	2	9
3 Norte/Eixo Baltazar	16	7	0	23
4 Leste/Nordeste	11	13	1	24
5 Glória/Cruzeiro/Cristal	9	11	1	21
6 Sul/Centro Sul	9	7	0	16
7 Partenon/Lomba do Pineiro	12	6	1	19
8 Restinga/Extremo Sul	5	3	1	9
TOTAL	68	50	8	124

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

QUADRO 1 - Distribuição das unidades de saúde por gerência distrital, Porto Alegre, 2005.

Por fim, outra configuração, no que se refere ao gerenciamento de algumas Unidades de Saúde, foi encontrada em 5 locais cujas estruturas são mantidas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e instituições privadas, como hospitais, um grupo empresarial do ramo metalúrgico e uma universidade.

4.3 Sujeitos/informantes do estudo

As pessoas que prestaram as informações necessárias à composição deste estudo foram profissionais/trabalhadores das Unidades de Saúde. Não houve prévia seleção desses profissionais, levando-se em consideração a disponibilidade dos mesmos para esse fim. No entanto, pode-se considerar como um critério, a escolha e o convite a profissionais que atuassem nas atividades de grupo existentes nas unidades e que conhecessem a sistemática geral desse tipo de atendimento. Constatou-se na literatura que, de fato, a entrevista com informantes-chave deve levar em conta a participação de pessoas que possuam conhecimentos/informações especiais e que estejam interessadas em compartilhar esses conhecimentos com o pesquisador (TOBAR; YALOUR, 2001).

Ao contatar as Unidades de Saúde para o agendamento das entrevistas, solicitou-se a anuência do coordenador e, na impossibilidade desse, recorria-se à enfermeira. Essa opção deveu-se ao cunho gerencial da profissão e à configuração das equipes de saúde – todas têm em sua composição um profissional de enfermagem de nível superior – sendo que esses trabalhadores respondem gerencialmente pelas unidades, tendo pleno conhecimento das dinâmicas que ali ocorrem. Ainda, nesse sentido, apontamentos de Ramos e Lima (2000), dão conta do reconhecimento do perfil do enfermeiro como “líder natural” de equipe, tendo condições de gerenciar serviços em saúde coletiva e que, de fato, isso vinha se consolidando ao longo da década de 90 no âmbito da Secretaria Municipal de Porto Alegre.

Na ocasião dos contatos, eram esclarecidos os objetivos da pesquisa e propunha-se conversar com algum profissional da Unidade que participasse/coordenasse as atividades de grupo. No caso de não se dispor desse tipo de atendimento, geralmente o próprio coordenador ou enfermeira prestavam as informações referentes à composição desse perfil.

A diversidade de profissionais entrevistados condiz com a diversidade de composição das equipes de saúde, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde. Muitas vezes, intencionando-se otimizar o tempo, alguns profissionais propunham-se a prestar informações de ordem administrativa, como configuração assistencial/espacial da Unidade e, posteriormente, entrevistava-se o profissional atuante na(s) atividade(s) de grupo. Foram entrevistados 116 profissionais de diferentes Áreas da Saúde, todos com vínculo empregatício nas respectivas Unidades pesquisadas. A esse respeito, será melhor explorado o perfil desses informantes-chaves no decorrer da apresentação dos resultados da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se no período de julho a outubro do ano de 2005 e foi operacionalizada a partir de um formulário específico para tal fim, que contemplou informações necessárias para a exploração do objeto. Tal formulário foi composto de questões abertas e fechadas (APÊNDICE A).

A aproximação com o campo de coleta de dados suscitou a necessidade de registrar informações que especificassem melhor a temática em estudo. Para tanto, os formulários serviram também de bloco de anotações e, em algumas ocasiões, para o registro de observações feitas pela pesquisadora, configurando um diário-de-campo.

No que se refere às visitas ao campo, algumas foram previamente agendadas por telefone e outras foram desenvolvidas sem esse contato. Ocorre que, em função da quantidade de locais a serem visitados e com o tempo disponível para tal, optou-se em utilizar mapas de localização, nos quais foram demarcadas as Unidades existentes nas respectivas áreas (ANEXO A).

A cada dia de entrevista marcada por telefone, procurava-se traçar um roteiro de visitas. Abordavam-se as Unidades pertencentes ao entorno das que já haviam sido confirmadas via contato telefônico para a realização da coleta de dados. Com isso, no início da pesquisa, pôde-se otimizar o tempo e acessar mais rapidamente aquelas que ainda não tinham sido contatadas. Em muitas, no momento das visitas não agendadas, foi possível a negociação com os profissionais pretendidos, e assim proceder as finalidades da pesquisa.

O tempo para a realização das entrevistas, em sua maioria, não ultrapassou 30 minutos. As mesmas foram realizadas nas dependências das Unidades de Saúde, geralmente em consultórios, salas de lanches ou salas de reuniões. Vinte e duas entrevistas foram gravadas, baseando-se na disponibilidade do entrevistado e tendo-se atentado para que contemplassem diferentes categorias de trabalhadores. Esse material compôs a base de análise do objeto. Tal compreensão surgiu, conforme Blanchet e Gotman (1992), quando se perseguiu o objetivo de favorecer a produção de um discurso sobre o tema por meio de estratégias de escuta e intervenção, presentes na entrevista.

4.5 Análise dos dados

As informações geradas a partir dos dados demográficos e quantitativos foram apresentadas sob a forma de frequência simples e percentuais, a partir de um banco de dados elaborado para esse fim. Tabelas e figuras foram utilizadas como meios de sistematizar e apresentar essas informações. Antes disso, a análise dos dados passou por um tratamento informatizado, no qual utilizaram-se os softwares *Microsoft Access*, *Microsoft Excel* e *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*.

Algumas variáveis foram cruzadas na tentativa de correlacionar fatos descritivamente, sem, no entanto, utilizar elementos de análise matemática. Também, para esses casos, foram utilizadas tabelas e figuras que passaram por melhoramentos de edição no *software Corel Draw*.

Transcreveram-se as entrevistas gravadas, que serviram de aporte para compor a análise qualitativa. Tanto nesta fase como na anterior de organização dos dados quantitativos, traçaram-se observações que foram sendo registradas manualmente e que, mais tarde, auxiliaram na compreensão mais detalhada dos achados. Além disso, consideraram-se as observações registradas pela pesquisadora nos formulários de pesquisa, no momento da coleta de dados.

A apresentação dos dados quantitativos suscitou a organização dos mesmos de maneira lógica, respeitando as dimensões emersas da própria pesquisa. Ao mesmo tempo, foram sendo apropriados os discursos advindos das entrevistas transcritas que corroboravam o conteúdo das tabelas e figuras.

Procurou-se, também, sustentar a análise, adequando referenciais bibliográficos condizentes. A intenção foi a de confrontar elementos já pesquisados por outros autores com a realidade dos dados aqui apresentados e traçar reflexões concêntricas para o entendimento da problemática.

4.6 Considerações éticas

Este projeto seguiu os preceitos da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, e foi encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sendo aprovado nessas duas instâncias.

Respeitando os preceitos éticos, os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, destacando seu caráter não obrigatório e os procedimentos utilizados. Para tal, foi emitido um Termo de Consentimento Informado que legitimou, por meio de assinatura, a participação voluntária dos indivíduos (APÊNDICE B). O anonimato dos entrevistados foi respeitado, estando claro para os participantes que poderiam recusar-se ou interromper sua participação a qualquer momento. Foi garantido, ainda, que o material de apoio para o registro das entrevistas seria inutilizado ao término das análises, e os resultados do estudo seriam acessíveis.

5 A REDE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

5.1 O contexto do estudo e o perfil dos serviços

Nas diretrizes da lei pela qual é regulamentada a Saúde no Brasil – Sistema Único de Saúde – encontra-se, em uma de suas instâncias, a operacionalização do sistema de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, buscando, com isso, uma descentralização político-administrativa no que se refere a esse sistema (BRASIL, 1990a). Nesse âmbito, a Atenção Básica representa a principal porta de entrada para o sistema de saúde, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde. Estas são espaços alocados de maneira a cobrir todo o território de uma esfera política municipal, conforme os preceitos da descentralização/municipalização da Saúde ocorrida nos anos 90 no Brasil (BRASIL, 2002b).

Essas mudanças estratégicas procedem de um movimento anterior, sendo influenciado por um aporte teórico diferenciado no que se refere a modelos tradicionalmente presentes na Saúde no País. Podem-se citar alguns marcos de influência como a Reforma Sanitária e a 11ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil e, no cenário internacional, as Conferências Internacionais de Otawa (Canadá), em 1987, e Jacarta (Indonésia), em 1997, entre outras. A base desses movimentos é a noção da promoção da saúde como um elemento essencial para o desenvolvimento do setor. O diferencial é o entendimento de que as/os pessoas/usuários dos serviços passem a ter maior controle sobre sua saúde, para melhorá-la. Mediante investimentos e ações, essa noção também atua sobre os determinantes da saúde para “criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social” (OMS, p.1, 1997).

A idéia de que é na base do sistema que devem ser privilegiadas ações de ordem preventiva e, mais recentemente, a noção de promoção da saúde, conferem a esse cenário uma ambientação adequada para a implementação de ações educativas. Dentre essas, destacam-se, conforme Alves (2005), práticas em espaços informais, como as visitas domiciliares às famílias e espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos.

Considerando esses aspectos, foram abordados 116 serviços de Atenção Básica no município de Porto Alegre, no período de julho a outubro do ano de 2005. Obedecendo ao critério da regionalização, já mencionado, esses serviços estão distribuídos por todas as áreas

do município. Essa característica ocasionou dificuldades para a coleta dos dados de pesquisa, uma vez que o deslocamento se fazia necessário diariamente e para diferentes locais. Foram visitadas localidades de difícil acesso, muitas vezes, distantes da zona urbana da cidade.

Outro aspecto que se evidenciou em relação ao campo de estudo foram as circunstâncias hostis presentes em algumas comunidades. Em uma delas, a Unidade de Saúde a ser visitada estava fechada ao público em virtude das freqüentes depredações e, mais recentemente, em matéria publicada em um jornal local, tem-se a informação de que houve o registro de 25 ocorrências policiais, entre as quais furtos, agressões e ameaças de morte aos funcionários da rede (CUSTÓDIO, 2006). Por outro lado, a experiência permitiu conhecer contextos territoriais e populacionais distintos e dimensionar a importância da estrutura de saúde local, de caráter público, inserida em espaços comunitários, por vezes, muito carentes de recursos.

A organização do sistema dá-se por meio de regiões nomeadas como gerências distritais. Dentro dessas regiões, inserem-se as Unidades de Saúde que cobrem territórios pré-estabelecidos, chamados de áreas adscritas. Essas áreas demarcam um número de famílias ou pessoas residentes que, devidamente cadastradas nas Unidades, podem usufruir plenamente dos atendimentos oferecidos.

O porte e a tipologia das Unidades de Saúde aparecem como componentes importantes de acesso aos serviços de saúde. A tendência dominante é a oferta de Unidades de pequeno porte e com equipes menos complexas no que se refere às especialidades profissionais. Pode-se observar, por exemplo, na Tabela 1, que as Unidades com essa característica são predominantes no âmbito da Atenção Básica de Porto Alegre. Nesse sentido, a ocorrência é de Unidades com e sem Estratégia de Saúde da Família, as quais se equiparam numericamente.

TABELA 1 - Tipologia das Unidades na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

TIPO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
AB-CS	4	3,5
US	48	41,4
USF	52	44,8
US-GHC e USF (CS)	12	10,3
Total	116	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Legenda:

AB-CS: Ambulatório Básico de Centro de Saúde

US: Unidade de Saúde

USF: Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família

US-GHC e USF (CS): Estratégia de Saúde da Família anexo a um Ambulatório Básico de Centro de Saúde e Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Dessa forma, da totalidade das Unidades pesquisadas, 41,4% correspondiam a Unidades de Saúde (US) e 44,8%, a Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (USF). O restante (13,8%), corresponderam a configurações distintas no que se refere à estrutura e à tipologia dos serviços. Pode-se, a partir desses achados, corroborar a idéia das Unidades de Saúde como estruturas de excelência para atuar na Atenção Básica.

A introdução, na década de 90, da Estratégia de Saúde da Família, incrementou esse cenário com a disposição de maior número de Unidades de atendimento em saúde, a fim de seguir as prerrogativas introduzidas pela Lei Orgânica da Saúde – SUS. Constata-se que, mesmo as Unidades básicas que não se estabeleceram nesse modelo, tendem, em função do arcabouço político, a se adequar e assimilar essas mudanças. Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família é considerada prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

A distinção essencial entre as Unidades de Saúde (US) e Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (USF) situa-se na oferta de profissionais especializados integrantes das equipes. Algumas Unidades incluem equipe de atendimento odontológico – um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental (THD) e/ou auxiliar de consultório dentário (ACD) – integrante nas equipes de USF. Entretanto, o arranjo-padrão é de enfermeiras, médicos, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No entanto, diversamente a esse padrão, existem Unidades que contam com ACS, mas que não adotam plenamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF). São as unidades pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (US-GHC), Instituição Federal que agregou esses trabalhadores nessas equipes de atenção básica, mas que oferecem assistência, em sua maioria, especializada.

Ainda quanto as USF, há duas situações atípicas no que tange aos locais de implantação, sendo essas Unidades anexas a Centros de Saúde (CS Lomba do Pinheiro e CS Modelo). Este último passou a integrar esta pesquisa quando se teve a informação de que a USF fora recentemente agregada naquele local. Até então, em função de suas características estruturais e históricas, esse serviço poderia ser considerado como de média complexidade em termos de atendimento em saúde.

Os Centros de Saúde e seus ambulatórios básicos, atualmente, se enquadram no nível de atenção básica, e o fato de estarem alocando, como nesse caso, a ESF, pode ser uma maneira de adequá-los às diretrizes político-ideológicas regentes do atual sistema de saúde.

A questão da oferta de atendimentos também pôde ser explorada, a fim de se analisar o acesso dos usuários às Unidades de Saúde. A grande maioria dos profissionais entrevistados referiu que, em suas Unidades, havia a observância do critério de adscrição à área como um meio de facilitação do acesso aos serviços, pelos usuários, como se pode observar na Tabela 2.

TABELA 2 - Adscrição e acesso às unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

ACESSO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Restrito	111	95,7
Irrestrito	5	4,3
Total	116	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

O acesso restrito refere-se ao oferecimento de atendimentos em saúde à população cadastrada e territorialmente delimitada, definindo a população que tem direito a usufruir a totalidade de atendimentos oferecidos pela Unidade de Saúde. Entre os 5 serviços que oferecem atendimento irrestrito, constam os ambulatórios básicos do Centro de Saúde Santa Marta e Centro de Saúde Navegantes. Essas estruturas, muitas vezes, servem como locais de referência para os serviços de menor porte, para onde são encaminhadas demandas de especialidades médicas, exames diagnósticos, cirurgias de menor complexidade, entre outros. As demais se estruturam como Unidades de Saúde e são elas: UBS Tristeza, UBS Ipanema e UBS Lami. Nesta última, localizada na zona Sul do Município, são também atendidos usuários advindos da cidade vizinha de Viamão. Isso se deve ao fato de ser essa uma região caracteristicamente rural, afastada da zona central da cidade, o que dificulta o acesso da população a outros serviços. Trata-se também de população com precárias condições socioeconômicas, o que dificulta o deslocamento a outro local de atendimento. Um outro

aspecto destacado a partir do levantamento dos dados, refere-se ao tempo de funcionamento dos locais pesquisados. Dentre essas Unidades, em torno de 50% estão em funcionamento há mais de 10 anos, conforme informações dos entrevistados. A região Norte/Eixo Baltazar é a que apresenta o maior número de Unidades (14) com esse tempo de funcionamento. No entanto, não há uma diferença expressiva quanto ao espaço de tempo comparando-se as regiões Glória/Cruzeiro/Cristal (11 unidades) e Partenon/Lomba do Pinheiro (10 unidades). Tais constatações puderam ser levantadas a partir dos dados constantes na Tabela 3.

TABELA 3 - Tempo de funcionamento e regiões das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

REGIÃO	TEMPO FUNCIONAMENTO (ANOS)				TOTAL
	Até 2	2 a 5	5 a 10	Acima de 10	
Leste/Nordeste	3	4	8	8	23
Sul/Centro Sul	2	4	3	6	15
Glória/Cruzeiro/Cristal	2	2	6	11	21
Norte/Eixo Baltazar	2	3	4	14	23
Partenon/Lomba do Pinheiro	0	2	5	10	17
Noroeste/Humaitá/Ilhas	0	1	1	4	6
Restinga/Extremo Sul	0	1	3	4	8
Centro	2	0	0	1	3
Total					116

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Como último aspecto a ser destacado quanto ao tempo de funcionamento das Unidades, relacionaram-se os dados referentes a essa variável com os dados acerca da sua tipologia. Nessa relação, encontrou-se um número expressivo de US funcionando havia mais de 10 anos, conforme a Tabela 4.

TABELA 4 - Tempo de funcionamento e tipologia das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

TIPO	TEMPO FUNCIONAMENTO (ANOS)				TOTAL
	Até 2	2 a 5	5 a 10	Acima de 10	
AB-CS	0	0	1	3	4
US	3	2	2	41	48
USF	7	15	27	3	52
US-GHC e USF(CS)	1	0	0	11	12
Total	11	17	30	58	116

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Legenda:

AB-CS: Ambulatório Básico de Centro de Saúde; **US:** Unidade de Saúde; **USF:** Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família; **US-GHC e USF(CS):** Programa de Saúde da Família anexo a um Ambulatório Básico de Centro de Saúde e Unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

As 41 US, das 48 existentes ao todo, na rede básica, funcionantes há mais de 10 anos, sobressaem-se quando comparadas às 3 USF (das 52 existentes na rede básica), com esse mesmo tempo de funcionamento. É uma proporção explicada pelo fato de que a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil ocorreu em 1994 (PIRES; SOUZA, 2000), há pouco mais de 10 anos. A tendência é, como está sendo demonstrado na Tabela 4, que as unidades com essa sistemática de atendimento apareçam no cenário nos últimos 10 anos. Dessa forma 27 USF estão em funcionamento, entre 5 e 10 anos, 15, entre 2 e 5 anos e 7 com até dois anos.

5.2 O perfil dos trabalhadores que atuam nas Unidades de Saúde

A distribuição das equipes de saúde apresenta variações conforme o tipo de atendimento ofertado aos usuários e, também, está relacionada a questões de ordem político-organizacional. Analisar esses aspectos torna-se útil quando se buscam explicações acerca da organização do trabalho e de como este se materializa frente às necessidades da população usuária.

Uma tendência que vem se evidenciando na Área de Saúde é a organização do trabalho de maneira multidisciplinar, na qual todos os profissionais, respeitadas as suas competências, atuam de maneira conjunta, dialogada e negociada para o desenvolvimento das ações. Esses ajustes no processo de trabalho foram sendo adotados a partir de bases teóricas

advindas de modelos assistenciais e, posteriormente, as políticas públicas passaram a regulamentar essa forma de organização. Esses aspectos foram encontrados nesta pesquisa (TABELA 5) e pôde-se constatar a existência de um número elevado de equipes compostas por profissionais de diferentes Áreas.

TABELA 5 - Composição das equipes nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

EQUIPES	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Equipe multiprofissional	60	51,7
Equipe ESF	51	44
Equipe com especialidades médicas	5	4,3
Total	116	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

A diversidade de composição das equipes, encontrada em meio as Unidades de Saúde, foi bastante expressiva. Para sistematizar essas informações, optou-se por agrupar os dados relativos à composição das equipes de saúde, como está demonstrado na tabela anterior. Convencionou-se denominar de equipe multiprofissional àquela composta por profissionais especialistas de diversas categorias da saúde, ou seja, além da composição básica de enfermeiras, médicos e auxiliares de enfermagem, muitas dessas equipes contavam com cirurgiões-dentistas e assistentes da Área de nível médio. Havia também nutricionistas, sendo identificada a presença de um profissional de nível médio no campo da Nutrição, além de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Uma pesquisa semelhante, porém, objetivando traçar o perfil das Consultas de Enfermagem na Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, corrobora o que aqui está sendo descrito acerca da composição das equipes de saúde na rede. Porto (2005), constatou que essas são compostas diversamente e que não se verifica uma regularidade no que se refere a qualificação dos profissionais e a sua presença nas equipes. Há, portanto uma variação tanto em relação à qualificação como quanto ao número de profissionais.

Quanto às Unidades com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a formação da equipe obedece a critérios organizacionais específicos dessa política. Sendo assim, são compostas por enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os médicos, nesse caso, mesmo os especialistas, atuavam de forma generalista, sendo esse um dos preceitos dessa política.

Foram encontradas 5 Unidades de Saúde com equipes básicas, porém, sem a presença de ACS. Denominou-se de equipes com especialidades médicas, sendo que duas

estavam localizadas na região Norte/Eixo Baltazar e as outras na gerência Glória/Cruzeiro/Cristal. A dinâmica assistencial também era diferenciada nessas Unidades, sendo que, encontraram-se médicos especialistas em determinadas Áreas como Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

As práticas de saúde, apoiadas pela suposta organização multidisciplinar e “interdisciplinar”, representam uma orientação cada vez mais adotada nos discursos de gestores e trabalhadores do setor. No entanto, o trabalho interdisciplinar, na sua plena efetivação, concorre com interesses corporativos próprios das diferentes profissões e o que se verifica na prática não é um trabalho “inter”, mas multidisciplinar. Referente a isso, Ceccin (2005, p.163) afirma que, compor equipes multi e interdisciplinares, com lógicas apoiadoras e de fortalecimento de práticas uns dos outros, é uma condição para que não se delegue riscos ao cotidiano de trabalho. O mesmo autor refere ainda que “sempre seremos poucos (profissionais), sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde”.

Em relação ao número de profissionais das equipes de saúde verificou-se que, assim como acontecia com a sua composição, era bastante instável. Conforme os relatos dos entrevistados e a própria observação nos campos, existia carência de profissionais em relação à demanda de atendimentos. Isso pode ser observado na Tabela 6, podendo-se constatar a prevalência de equipes com até 10 profissionais no seu quadro funcional o que corresponde a 36,4% do total de unidades.

TABELA 6 - Número de profissionais de saúde por serviço na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

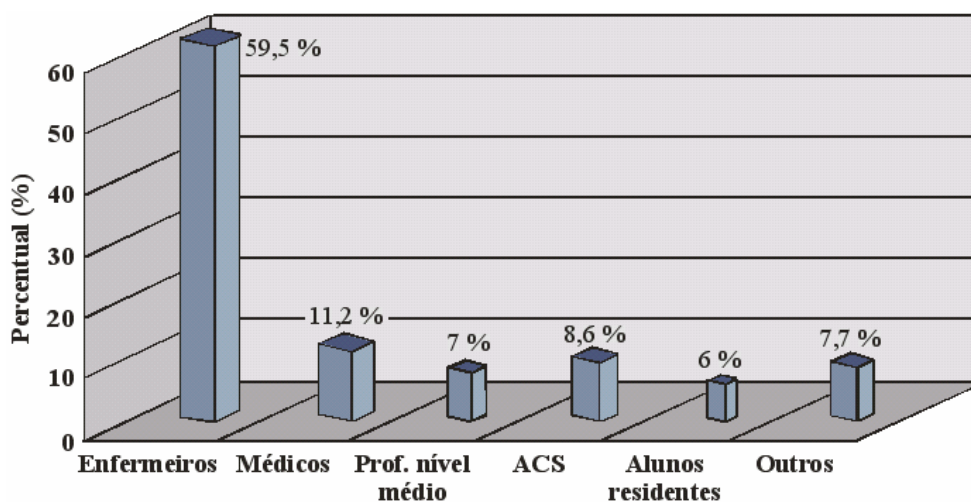
QUANTIDADE	Nº DE SERVIÇOS	PERCENTUAL (%)
Até 10 profissionais	42	36,4
11 a 16 profissionais	27	23
17 a 20 profissionais	23	20
Acima de 20 profissionais	24	20,6
Total	116	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Essa situação deve-se, também, ao fato de prevalecerem Unidades de menor porte e menos complexas, como as Unidades com Estratégia de Saúde da Família, que mantinham, em uma equipe dita única, uma média de 8 profissionais em seu quadro.

A composição diversificada e o número de trabalhadores nas equipes de saúde resultou, nesta pesquisa, na obtenção de relatos gerados a partir das falas de diferentes

profissionais. Contudo, como está representado na Figura 2, as enfermeiras foram as profissionais que mais se dispuseram a oferecer essas informações.



Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

FIGURA 2 - Profissionais da Rede de Atenção Básica de Saúde informantes da pesquisa, Porto Alegre, 2005.

Essa ocorrência, acredita-se, está relacionada com a proximidade da profissional com o teor deste estudo, com sua origem acadêmica e por serem as enfermeiras e os coordenadores das Unidades, os contatos para a realização da pesquisa. Porém, também participaram profissionais de nível médio – Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem e uma profissional de nível técnico em nutrição. Quanto às outras categorias consta a colaboração de assistentes sociais; uma auxiliar administrativa (coordenadora de uma atividade de grupo na Unidade pesquisada); uma cirurgiã dentista, graduandos de Enfermagem (responsáveis por atividades de grupo de uma das Unidades); duas nutricionistas e uma psicóloga.

Alunos residentes – enfermeiros, psicólogos e médicos, provenientes da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição, por estarem atuando e, muitas vezes, se responsabilizando pelas atividades de grupo nas unidades, também participaram da pesquisa.

Dos profissionais que desempenharam o papel de informantes deste estudo, em torno de 30% eram coordenadores das Unidades no momento em que foi realizada a coleta de dados. Como referido anteriormente, os coordenadores e as enfermeiras foram os contatos mais frequentes para se explicitar e para se obter a concordância para a realização da pesquisa. Dessa forma, 27 enfermeiras, o que representa um percentual de 40%, e 6 médicos (46%) eram coordenadores das Unidades, conforme é demonstrado na Tabela 7. Somente uma

coordenadora não pertencia a essas categorias profissionais (cirurgiã-dentista), a única profissional dessa área a ser entrevistada.

TABELA 7 - Informantes da pesquisa e posição nas equipes das Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

CARGOS	COORDENAÇÃO		TOTAL (entrevistados)
	SIM	NÃO	
Dentista	1	0	1
Enfermeira	27	42	69
Médico	6	7	13
Outros	0	33	33
Total	34	82	116

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

A rotatividade dos profissionais nas Unidades apresentou-se como um outro ângulo desse cenário, sendo bastante referido pelos entrevistados, muitas das equipes encontravam-se incompletas, representando prejuízo à qualidade da assistência prestada à população, segundo os mesmos. Quando indagados acerca do tempo de serviço na Área de Saúde Coletiva/Saúde Pública, pôde-se observar, conforme a Tabela 8, que não havia diferença significativa quanto ao número de profissionais atuando há mais tempo, acima de 10 anos – 21,5% dos entrevistados, e profissionais atuando há menos tempo – até 3 anos, 23,3% dos entrevistados.

TABELA 8 - Tempo de serviço dos informantes da pesquisa atuantes na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

TEMPO (anos)	Nº DE ENTREVISTADOS	PERCENTUAL (%)
Até 3 anos	27	23,3
3 a 5 anos	20	17,2
5 a 10 anos	29	25
Acima de 10 anos	25	21,5
Não se aplica/Ignorado	15	13
Total	116	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Nota:

Não se aplica/Ignorado: entrevistados que estão em processo de qualificação profissional na Unidade: estágios de cursos de Graduação e residência integrada. Ignorado refere-se à informação não prestada.

Observa-se um movimento de expansão do número de Unidades para atuarem em Áreas desprovidas de assistência e para responder às políticas públicas de saúde. Diante disso, poder-se-ia prever um número mais expressivo de profissionais atuando há menos tempo na Área, na medida em que seriam contratados para suprir esses novos postos de trabalho.

Contudo, muitos entrevistados referiram que já haviam trabalhado anteriormente, e outros referiram mais tempo de experiência em Área hospitalar.

Uma das relações que se pode fazer acerca dessa constatação refere-se à recomendação, em 2000, da direção do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que, no caso das equipes de Saúde da Família, o Município procurasse absorver os profissionais que já estivessem atuando na rede. Por exemplo, em um serviço de saúde, com uma equipe de médicos, enfermeiras e auxiliares é possível converter esses profissionais para o novo modelo, estabelecendo um novo processo de trabalho naquele âmbito (PIRES; SOUZA, 2000). Torna-se necessária, então, uma reforma das práticas e, sobretudo, das condutas profissionais para a assimilação das novas proposições de trabalho na Atenção Básica.

6 AS ATIVIDADES DE GRUPOS: MODOS E USOS

Quando se trata de atividades de grupo nas Unidades de Saúde, é preciso se questionar que atividades são essas, já que não há um entendimento homogêneo sobre o assunto. Ao acessar essas Unidades, um ponto controverso da abordagem foi a denominação a ser utilizada para explicar o tema da pesquisa, uma vez que se tratava justamente desse tipo de atendimento. Nessa apreensão, um dado esboçava-se interessante para uma análise inicial: qual a denominação que os profissionais de saúde utilizam ao se referir a essas atividades? Prontamente, 98 % mencionaram que se tratava de grupos. Somente em dois locais foram mencionadas nomenclaturas diferentes, sendo consideradas oficinas e encontros.

No entanto, observou-se que as denominações utilizadas, mesmo com nomenclaturas iguais, diziam respeito a sistemáticas diversas. No decorrer das entrevistas, os profissionais referiram outros termos para o que antes afirmavam ser grupos, sendo que, às vezes, esses termos eram combinados, como pode-se observar a seguir:

A gente define como grupo de planejamento familiar [o grupo] tem a carteirinha, então elas pegam os métodos anticoncepcionais. A gente, a princípio, exige pra que elas peguem todos os meses, que elas tenham participado de uma dessas palestras no grupo (Médica).

Outros termos recorrentes nas entrevistas, em cartazes e convites impressos de divulgação (ANEXO B) constavam de cursos, grupos de educação em saúde e aulas. A organização das atividades no serviço e a própria compreensão por parte do profissional, justificava a escolha dos termos, como se pôde constatar nas seguintes falas:

Na verdade são encontros, né... Quando tu fala em grupo, o grupo teria que ter uma sistemática né, de continuidade, de ser um encontro de pessoas fechado [...] Nós temos um grupo de cuidadores, tem esse nome, mas nós entendemos que não tem um caráter de grupo na sua concepção (Enfermeira).

A gente faz grupos com mães né, mas como é agendado para o acompanhamento (de crianças) do primeiro ano, a gente chama de consulta coletiva que também é um grupo só que com um caráter diferente [...] (Residente de Enfermagem).

A questão da definição é um indicativo das várias formas com que as atividades de grupo são valorizadas. De fato, subliminarmente, as ações desenvolvidas e os aspectos

corriqueiros do trabalho em saúde impregnam essas definições. O ato de *agendar* os grupos combina com a terminologia da *consulta coletiva*, já a entrega de medicações, atrelada a esses eventos, acontece por meio de *encontros* pré-definidos para tal.

Essas considerações introduzem algumas idéias que ilustram as atividades de grupo e serão retomadas ao longo destas análises. Pode-se, no entanto, adiantar que, assim como acontece com os diferentes serviços que compõem essa rede de Atenção Básica em Saúde, da mesma forma, encontraram-se muitas ambivalências em relação à assistência sob a forma de grupos que não serão desconsideradas nesta análise. Ocorre que, as similaridades também foram muitas e supôs-se que essas subsidiariam a conformação de um perfil para que se pudesse dimensionar essa sistemática de atendimento, largamente utilizada pelas unidades de saúde.

Ao estabelecer esse perfil, observou-se que muitas respostas que compuseram o *roll* da problemática – contexto local/ampliado e atores/conduas envolvidas –, trazida nesta dissertação, iam sendo respondidas. Aproveitou-se, então, para explorar esse potencial, incluindo, como já demonstrado, as falas dos informantes, as relações teóricas e as análises pertinentes a cada momento.

Inicialmente, é preciso resgatar, em termos quantitativos, a situação em que se encontram as atividades de grupo na rede Atenção Básica de Porto Alegre. Relembrando que, 124 unidades compõem essa rede e que 116 foram alvo desta pesquisa, constatou-se a existência de atividades dessa natureza em 96 unidades, o que corresponde a 83% do total de unidades pesquisadas. Como se pode observar no Quadro 2, não houve distinção significativa quanto à realização de atividades de grupo nos serviços componentes da rede, podendo-se observar que eram atividades presentes em diferentes arranjos institucionais.

TIPO DE SERVIÇO	REALIZAÇÃO DE GRUPOS		TOTAL (entrevistados)	PORCENTAGEM (%)
	SIM	NÃO		
AB-CS	4	0	4	100
US	41	7	48	85
USF	39	13	52	75
US-GHC e USF (CS)	12	0	12	100
Total	96	20	116	

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

QUADRO 2 - Comparação entre realização de atividades de grupo e tipos de serviços na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

Legenda:

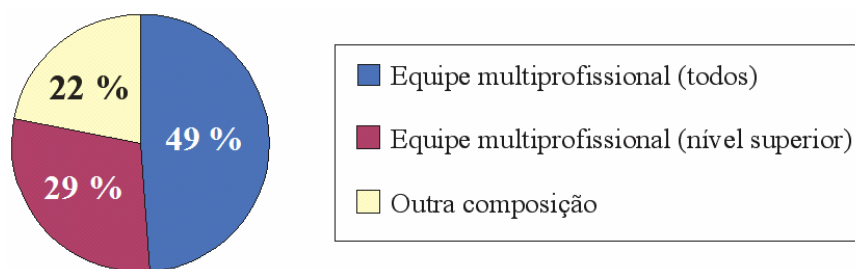
AB-CS: Ambulatório Básico de Centro de Saúde; **US:** Unidade de Saúde; **USF:** Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família; **US-GHC e USF-CS:** Unidade de Saúde da Família anexa a um Centro de Saúde e Unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Em 100% dos Ambulatórios Básicos de Centros de Saúde (AB-CS), das Unidades do Grupo Hospitalar Conceição (US-GHC), e na Unidade de Saúde da Família, anexa ao Centro de Saúde (US-CS), eram realizadas atividades de grupo. Já, em 85% das Unidades de Saúde (US) e em 75% das Unidades de Saúde da Família, ocorriam essas atividades.

Esses percentuais apontam para a tendência em unificar a Atenção Básica em Saúde, em termos de práticas, mesmo havendo diferenças que vão desde a área física até processos e metodologias de trabalho nesses locais. Quanto a isso, o que chama a atenção são as Unidades que contemplam a Estratégia de Saúde da Família, cujo percentual não ultrapassou 75%. Considerando que, “a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial”, poder-se-ia esperar que a totalidade dessas unidades tivessem em sua rotina as atividades de grupo (BRASIL, 2006a).

No caso da Atenção Básica, a assistência por meio de grupos está de acordo com a temática da Educação em Saúde, proposta inerente às novas diretrizes da Atenção Básica. Para Chiesa e Veríssimo (2001), é particularmente no PSF – Programa de Saúde da Família, que a complexidade educativa acentua-se, pois é nesse meio que os pacientes fazem as suas próprias escolhas e torna-se mais importante o conhecimento sobre seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho.

Em relação aos profissionais que atuavam com os grupos, a informação referida anteriormente, de que muitos já haviam tido algum tempo de experiência em áreas fechadas de assistência, como em hospitais, remete a pensar como acontece a adequação/qualificação para se envolverem com os diferentes processos e práticas na saúde coletiva. Dentre essas práticas, estão as atividades de grupo, atividades assistenciais coletivas cujo “instrumento” essencial de trabalho é a comunicação paciente/terapeuta. Torna-se interessante, então, tentar entender como esses profissionais organizam-se para esse trabalho, em função das suas condutas particulares, dos processos e das relações de trabalho. Um dos achados desta pesquisa propiciou, novamente, a discussão sobre a organização multidisciplinar da assistência, na medida em que quase 50% dos entrevistados referiram o desenvolvimento de atividades de grupo com participação multiprofissional, como está explicitado na Figura 3.



Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

FIGURA 3 - Caracterização das equipes que atuam em atividades de grupo na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

Pretendia-se questionar sobre quais profissionais eram coordenadores ou responsáveis pelas atividades de grupo nas unidades pesquisadas. No entanto, diante da variabilidade de respostas e das incertezas dos entrevistados sobre o que poderia corresponder a uma coordenação dessas atividades, resolveu-se questionar qual o envolvimento dos profissionais de saúde e sua definição como coordenadores, palestrantes, idealizadores, ajudantes ou outras denominações particulares que expressassem essa participação. Dessa forma, como já mencionado, em torno de 50% dos serviços onde eram realizadas atividades de grupo constava a participação de equipes multiprofissionais. Poder-se-ia depreender que todos os trabalhadores de saúde do serviço em questão atuariam junto aos grupos. Contudo, cabe ressaltar, para fins de sistematização, que se consideraram as falas dos participantes e explorou-se quem participaria nessa categoria de classificação. Assim, equipe multiprofissional representaria: todos ou a maioria dos profissionais de saúde do serviço, atuando nos grupos, direta ou indiretamente, incluindo os profissionais de nível médio e os ACS.

Há algumas ressalvas quanto à questão da coordenação das atividades, principalmente no que se refere à organização do trabalho e às competências profissionais, como está sendo explicitado nesta fala:

Toda a equipe de saúde participa, mas tem um coordenador né... por exemplo, no grupo de hipertensos, quando tem que falar de saúde da mulher, então se convida um profissional mais próximo da saúde da mulher, daí [neste mesmo grupo] a gente sempre faz um encontro sobre saúde bucal, daí a gente chama o pessoal da Odonto e aí a gente faz com essa composição, mas sempre tem um profissional que coordena (Enfermeira).

A classificação referente à equipe multiprofissional (nível superior) aparece nos relatos dos entrevistados onde referem que somente os profissionais de nível superior, de diferentes áreas, atuavam junto às atividades de grupo. Contudo, muitas vezes, atuavam isoladamente, por exemplo: somente a enfermeira, o médico, ou a psicóloga.

Como não se constatou uma regularidade quanto a outras disposições das equipes atuantes, optou-se por analisá-las qualitativamente, descrevendo algumas conformações que podem ilustrar o que acontece quanto à participação profissional. Dessa forma, encontraram-se em 3 unidades (unidades do Centro de Saúde/Escola Murialdo e 1 unidade da Secretaria Municipal de Saúde) somente os residentes e graduandos em enfermagem como responsáveis pelas atividades de grupo, sem a participação de um profissional da equipe fixa; em 3 Unidades de Saúde da Família, com participação somente de profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem) e ACS e, ainda, somente um profissional de nível superior do serviço com o auxílio de profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem) e ACS. Essa última situação constatou-se em 20 unidades, sendo que, em 17 delas, a enfermeira era a profissional de nível superior e, nas 3 restantes, esse profissional era o médico.

Quanto à participação dos ACS, considerando que esse trabalhador foi integrado recentemente às equipes de saúde, com o advento da Estratégia de Saúde da Família, são necessários alguns esclarecimentos. Para fins de contratação, a esses trabalhadores não foram feitas exigências quanto à formação específica na Área da Saúde, mas sim a exigência de serem moradores da área adscrita da Unidade, além de outros requisitos mínimos. Mesmo assim, pôde-se encontrar, em uma unidade, ACS atuantes nas atividades de grupo sem apoio de outros profissionais. O que habitualmente acontece, pode ser evidenciado nas falas que seguem:

Geralmente, quem participa junto no grupo é a enfermeira né, às vezes, a gente acaba fazendo sozinha, quando tem uma agenda que não dá para elas tocarem, ou ela ou a médica [...] (ACS).

O responsável por todos os grupos é a doutora [P: e quem são as pessoas que estão sempre presentes?] é os Agentes Comunitários de Saúde [...] somos nós que formulamos, buscamos todas as informações pra esse grupo [...] do hipertenso, geralmente é sempre a doutora que faz a palestra, que é mais ligado à Área dela [...] a enfermeira participa do de gestante e nem sempre ela pode participar, fica um tempo e sai (ACS).

Fica clara a condição de poder, muitas vezes legitimada pela hierarquia existente entre os profissionais de nível superior, confirmando sua autoridade no que se refere às condutas assistenciais. Porém, ao se tratar de atividades de grupo, aos ACS é concedida a

responsabilidade de “fazê-las”, quando as outras demandas do trabalho técnico – consultorias individuais, trabalhos burocráticos – ocupam, indispensavelmente, esse tempo.

Nessa direção, um estudo desenvolvido em uma cidade do Interior do Estado da Bahia, aponta a condição de auxiliariado, exercida pelos ACS. Segundo suas análises, as atribuições do trabalho são limitadas na medida em que sua atuação envolve “agendamento de consultas, entrega de medicação na casa dos usuários, acompanhar crianças e gestantes e dar algumas orientações referentes à saúde”. Face a essas ações e as destacadas acima – no trabalho com grupos, concorda-se com os autores do estudo supracitado quando apontam a importância de capacitar os ACS. Uma vez que, são considerados pontos de referência para a comunidade, atributo apontado por eles, questiona-se o quanto de subsídio técnico e científico estão tendo para o desempenho do seu trabalho (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004, p. 260).

Outra enfoque do trabalho, das diferentes categorias profissionais, aponta para um juízo de valor que é dado a determinadas práticas em saúde em detrimento de outras. Nesse caso, os grupos são considerados atividades secundárias, proporcionalmente sem importância diante das ações individuais ou burocráticas dos serviços. A lógica que se impõe, mais uma vez, é a de um sistema atrelado às ações curativas, à atenção individualizada e fragmentada aos usuários e ao enfoque direcionado para a doença.

Por outro lado, quando se trata do trabalho multi/interdisciplinar, admite-se que os serviços de saúde obtiveram ganhos com o advento desse formato operacional. O cotidiano passa a produzir mudanças de práticas assistenciais e gerenciais na medida em que são reavaliadas as concepções vigentes, como refere Ceccin (2005, p.165). Tais concepções, engendradas por modelos curativos de atenção à saúde, permanecem, no entanto, hegemônicos na sistemática de atendimentos. Interromper, por meio da problematização, esse ciclo histórico, ainda conforme esse autor, corresponde à oportunidade de criar “novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade”.

De fato, para a implementação dessa organização do trabalho multidisciplinar, não se pode negar a relevância da Estratégia de Saúde da Família, lançada, inicialmente, como Programa pelo Ministério da Saúde em 1994. Dessa forma, a caracterização das Unidades de saúde da família, preconizada nas Diretrizes Operacionais do Programa, é assim descrita:

“Consiste em uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe

multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campo de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente (BRASIL, 1990b)”.

Essa estratégia surge, primeiramente, como uma maneira de reorientar o modelo de assistência em saúde, seguindo a tendência da Lei do SUS, a lei orgânica que contempla essa política. Como o foco recai não mais sobre o indivíduo, mas sim sobre o coletivo e, por isso, a família é o núcleo passível de atenção, a renovação dos processos e relações de trabalho na equipe de saúde faz-se necessária para o alcance desses propósitos. Essa renovação, além de implicar novo olhar sobre o processo saúde-doença, requer dos profissionais uma atitude solidária uns com os outros e para os outros. É dessa forma que, Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 441), defendem que os objetivos da estratégia podem ser atingidos, por meio de uma abordagem multidisciplinar, além de outras estratégias como “processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo do exercício do controle social”.

No presente estudo, ao investigar a atuação das equipes de saúde nas atividades de grupo, observou-se a predominância do trabalho multiprofissional no qual toda a equipe de saúde participava dessas atividades. Conforme a Tabela 9, setenta e oito por cento das Unidades com Estratégia de Saúde da Família (USF) tiveram a participação da equipe multiprofissional, na qual todos ou a maioria dos trabalhadores das diferentes Áreas participavam dos grupos.

TABELA 9 - Relação tipo de serviço e formatação das equipes atuantes nas atividades de grupo na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

TIPOS DE SERVIÇOS	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS			TOTAL SERVIÇOS
	Equipe Multiprofissional Nível Superior	Outras Composições	Equipe Multiprofissional	
AB-CS	3	0	1	4
US	20	13	8	41
USF	5	4	30	39
US-GHC e USF-CS	0	4	8	12
TOTAL	28	21	47	96

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Legenda: **AB-CS:** Ambulatório Básico de Centro de Saúde; **US:** Unidade de Saúde

USF: Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família; **US-GHC e USF-CS:** Unidade de Saúde da Família anexo a um Centro de Saúde e unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Proporções semelhantes foram encontradas em outros tipos de serviço, como as unidades do Grupo Hospitalar Conceição, e uma unidade com Estratégia de Saúde da Família, anexa a um Centro de Saúde (US-GHC e USF-CS), em que se obteve um percentual de 67% – 8 unidades de um total de 12 – realizando atividades de grupo, com a participação de toda a equipe de saúde (EM). Nos demais serviços, Ambulatórios Básicos de Centros de Saúde (AB-CS) e Unidades de Saúde (US), prevaleceram outras composições das equipes e equipe multiprofissional, tendo participação somente dos profissionais de nível superior.

De uma maneira geral, constatou-se uma tendência de participação multiprofissional para a idealização das atividades de grupos nas unidades pesquisadas. Esse fato pode ser considerado um avanço diante do que é retratado nas discussões teóricas sobre esse assunto. Destaca-se, portanto, uma dessas análises, quando as autoras refletiram sobre a participação dos profissionais na tomada de decisão e na responsabilização por uma assistência de qualidade. As autoras entenderam que o comprometimento desses profissionais deve envolver a disposição de tecnologias, em suas várias dimensões, seja nos serviços de atenção básica ou especializada, mas que tenham como princípio a humanização da assistência, como um construto da dignidade tanto do trabalhador como do usuário (MARQUES; LIMA, 2004).

Na perspectiva da realização de atividades de grupo, pensa-se que a organização do trabalho de maneira multidisciplinar introduz um olhar multifocal adequado às necessidades que sustentam esse tipo de assistência em estruturação. Esse olhar é totalmente condizente com uma prática que se pretende também multifacetada, ou seja, condições de saúde-doença, de vida, de sobrevivência e convivência comunitária, familiar e individual propriamente dita. Mas, estariam esses profissionais de saúde habilitados e/ou direcionados para de fato introduzirem essas noções em meio às suas práticas?

O pensamento de L'Abbate (1994), sobre educação em saúde, conduz ao envolvimento em um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais, entre si, com a Instituição e, sobretudo, com o usuário. A melhoria dos serviços de saúde, assim, requer a capacitação dos profissionais, buscando constantemente o aperfeiçoamento das relações sociais, de modo a visualizar melhor os problemas próprios da convivência humana, em qualquer situação que ocorra.

Compreendendo a educação em saúde, no cenário da Saúde Coletiva, como o arcabouço sobre o qual são estimuladas as atividades de grupo nos serviços de saúde, é interessante investigar em que medida os profissionais tiveram ou têm contato com ações de capacitação/formação para lidarem com as demandas que esse tipo de atendimento requer.

Assim, os entrevistados foram questionados se já haviam participado de algum curso de capacitação e/ou treinamento para o trabalho com grupos. Como resultado, 50% citaram essas atividades realizadas tanto por iniciativas individuais como institucionais. Deste percentual, observa-se, que muitas dessas capacitações (67,5%), tiveram como foco temáticas específicas. Isso acontece com vários tipos de demandas, podendo-se salientar as de tabagismo ou de planejamento familiar, sendo que, dentre esses assuntos, o curso de capacitação desenvolvia técnicas grupais como meio de implementar ações programáticas das diferentes Instituições a que pertencessem os capacitandos. Em outros exemplos relativos à capacitação, os entrevistados mencionaram cursos de formação geral, mas que tratavam sobre a temática de grupo, como cursos de especialização, residência em saúde, graduação, eventos científicos e, menos prevalentes, cursos de capacitação profissional para atuação em grupos operativos, concernentes à metodologia de Enrique Pichón Rivière.

Uma situação que exemplifica as capacitações como meio de sistematizar e desencadear atendimentos em saúde aconteceu em um dos locais visitados. Na ocasião, presenciou-se a divulgação de um curso de capacitação para o tratamento de tabagismo. Como critério de participação no curso, os profissionais interessados deveriam implantar atividades de grupo para esse fim em suas Unidades de origem.

Observa-se, dessa forma, que não existe, de maneira sistemática e continuada, capacitação/formação específica dos profissionais que os preparem para trabalhar com atividades de grupo e que utilizem fundamentos metodológicos/científicos para tal. Por outro lado, surgem questionamentos acerca da necessidade de haver ou não uma prática formativa e sobre quais bases ela se fundamentaria, considerando os referenciais disponíveis e a viabilidade de aplicá-los na realidade das Unidades de Saúde. Há manifestações teóricas sobre essa problemática, como as que defendem condutas mais críticas no fazer e pensar as atividades de grupo. Em uma delas, Andaló (2001), atenta para as maneiras tecnicistas de se encararem os processos grupais nas Instituições, com a utilização de *jogos*, *técnicas* e *dinâmicas*. Refere ainda que é comum as pessoas – os profissionais – solicitarem sugestões de alguma *tecnicazinha* para aplicar em um grupo cujas características ele próprio – o coordenador – ignora completamente (grifos da autora). Essas reflexões da autora foram evidenciadas em algumas falas resgatadas das entrevistas deste estudo. Uma delas realça o uso de técnicas de animação nas práticas de grupos, e outra manifesta a preocupação com uma efetiva formação para trabalhar com essas atividades.

[...] agora que veio os livros, tem alguns livros de como fazer grupos, como algumas dinâmicas né, isso foi bem importante pra gente poder ter um apoio porque é difícil a gente ter idéia de técnicas, saber algumas coisas, a gente acaba esquecendo quando a gente vai fazer os grupos, né e esses livros são bem importantes pra gente poder ter umas coisas de dinâmicas (Enfermeira).

A gente teve umas quantas aulas sobre grupos, só que muito no campo imaginário, teórico [...] mas a aplicação prática mesmo a gente não via [...] talvez nas aulas do Murialdo sim, que foi uma psicóloga que coordenou, então a gente fez assim, como se nós fôssemos um grupo e todas as dificuldades de coordenação, o silêncio no grupo, enfim, mil coisas que acontecem num grupo e o coordenador tem que tá sabendo conciliar, lidar com isso (Residente de Enfermagem).

A problemática da capacitação dos profissionais para desenvolverem atividades de grupos, advém de condições institucionais próprias, mas também é preciso considerar a disponibilidade do profissional em se qualificar para essas ações. Assim, um aspecto presente nas entrevistas, trata, justamente, sobre a necessidade dessa qualificação: alguns em sua defesa, e outros considerando ser essa uma “ação natural”, defendem uma atuação livre de formalismos didáticos e referem que *aprendem fazendo*. Há ainda o relato de um entrevistado referindo-se à Instituição, que por ser campo de estágio para estudantes, é também local de instrução para essas atividades e os próprios profissionais são responsáveis por esses treinamentos:

Já me interessei, já fiz curso, teve uma época que eu fiz um curso de dinâmica de grupo, fiz algumas coisas, mas é que eu trabalho aqui faz muitos anos, atualmente eu ensino, eu capacito né, tu entende... porque é isso que acaba acontecendo. Isso aqui é uma área de capacitação de pessoas, então a gente capacita as pessoas pra fazerem, tanto residentes nossos [...] como vêm residentes de outras unidades para fazerem aqui (Assistente Social).

Outros posicionamentos, como na experiência relatada por L’Abbate (1994), apontam para a existência de uma demanda para esse tipo de capacitação. Em um Curso de Especialização em Saúde Pública, os alunos relataram a necessidade de aprender a trabalhar em grupo e/ou melhorar o seu contato com o usuário, nos atendimentos individualizados. Para eles, essa atividade de formação possibilitaria a assimilação de técnicas em trabalho de grupo e de educação em saúde, sendo reiteradamente reivindicada.

Mesmo havendo pouca formação específica para o trabalho com grupos, essas práticas são amplamente utilizadas nos serviços de saúde e envolvem grande parte dos profissionais que ali trabalham e estudantes que por ali passam. Um dos desdobramentos levantados pela problemática deste estudo ressaltava “quem” seriam os profissionais que

desafiam os modelos dominantes e realizam essas atividades obtendo aceitação e respostas positivas do público-alvo.

O fato de não haver a obrigatoriedade da realização de atividades de grupo, leva a refletir sobre o que motiva os profissionais da saúde a adotá-las nos seu cotidiano de trabalho. Salientam-se diversas possibilidades reflexivas explicativas, uma delas é a possibilidade de esses profissionais buscarem alternativas para melhorar suas condições de trabalho, sua satisfação profissional e empenho em desenvolver ações diferenciadas em prol da resolutividade da assistência. Outra argumentação refere-se ao fato de os profissionais se colocarem na vanguarda, aproveitando seu local mesmo de trabalho, para reformular o sistema de saúde e minorar suas deficiências, ao mesmo tempo em que acresceria sua potencialidade resolutiva.

No que tange à primeira reflexão, em relação à motivação dos profissionais, refere-se uma experiência de trabalho com grupos de pacientes voltada para a adesão a tratamentos medicamentosos. Com essa experiência, as autoras afirmam que existe a percepção, por parte dos profissionais que atuam nos meios grupais, de que eles estimulam os pacientes a se vincularem ao tratamento. São situações que giram em torno das vivências, dúvidas, dificuldades no auto-cuidado e identificação de recursos de que dispõem para tal, tendo como objetivo último a conexão de conhecimentos para que novos entendimentos possam processar novas formas de condutas promotoras de saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Outros entendimentos sobre a motivação para o trabalho com grupos são mais amplos ao considerarem o componente social presente nessas atividades. As reflexões de Souza et al. (2005), indicam que o trabalho em grupo nos serviços de saúde das comunidades se constitui em uma importante ferramenta assistencial. A conscientização dos indivíduos acerca do meio social em que vivem e suas condições de vida e saúde, sendo perceptível o potencial que o grupo tem para organizar ações de mudança, são aspectos favorecidos pela estratégia de grupos, conforme as autoras. Assim, ao idealizarem essas atividades, os profissionais estariam desencadeando um processo que vai além das questões de saúde, estimulando indiretamente a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade.

Impressões positivas ou negativas acerca das atividades com grupos, expressadas pelos profissionais que atuavam nos serviços de saúde, não interferiam sobre a tendência exponencial de crescimento dessas atividades. Como se pode verificar na Tabela 10, existia um grande número de serviços onde havia atividades de grupo – existentes havia menos de 1

ano. A mesma ocorrência aplica-se para grupos existentes nos serviços entre 1 e 5 anos ou mais.

TABELA 10 - Tempo de existência das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

TEMPO DE EXISTÊNCIA (ANOS)	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
0 a 1	20	21
1 a 3	23	24
4 a 5	24	25
Acima de 5	21	22
Não sabe	8	7
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Aparentemente, poderia-se analisar, considerando esses períodos de existência, que as atividades de grupo estariam consolidadas na rotina das Unidades. Porém, explorando melhor esse aspecto junto aos profissionais entrevistados, observou-se que, na verdade, havia uma imensa variabilidade quanto a esses períodos. Ocorria que, em muitos locais, essas atividades eram interrompidas e retomadas a todo o momento, o que conferia descontinuidade do processo assistencial. Ainda assim, foram consideradas práticas permanentes no contexto dos serviços de saúde, conforme é demonstrado na Tabela 11.

TABELA 11 - Inserção das atividades de grupo no cotidiano das unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

INSERÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Consideradas permanentes	89	92,7
Consideradas eventuais/episódicas	7	7,3
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Ao assumir as atividades como permanentes, grande parte dos entrevistados mencionou que elas eram componentes da rotina de atendimentos; contudo, em várias ocasiões, foram interrompidas temporariamente, em função de algumas eventualidades. Dentre essas, destacam-se: desligamento da unidade e alta rotatividade de profissionais de saúde, outras demandas do serviço que sobrepõem as atividades de grupo e pouca adesão por parte da população. Alguns casos específicos, que ilustram essas eventualidades, podem ser analisados a partir das falas:

Esse grupo funciona, eu acho que há 4 anos [...] inicialmente a gente tava fazendo semanal, depois ele passou a ser quinzenal e hoje esse grupo tá

sendo reativado porque ele teve que ser desativado porque a médica que era responsável pelo grupo, ela foi transferida de unidade (Enfermeira).

Ah, esse grupo ele... porque já aconteceu e parou. Quando eu entrei aqui, a gente retomou. Eu acho que no mínimo, no mínimo, uns 5 anos [de existência] (Enfermeira).

É, esses grupos sempre tiveram né, mas teve vezes que parava pelo fato de... participantes né [falta], mas sempre teve grupos, algum grupo sempre teve (ACS).

Ao longo das entrevistas, pôde-se observar, em muitas Unidades, o quadro funcional incompleto, principalmente, no que se refere aos médicos. Quanto à rotatividade, observou-se essa situação em relação aos profissionais de nível superior como um todo, os quais permaneciam por curtos períodos em determinadas Unidades e, após, eram transferidos. Isso explica, em parte, a situação de descontinuidade das atividades de grupo. As entrevistas evidenciaram que só era possível permanecer atuando nos grupos, quando a equipe estivesse completa. Soma-se a isso a sobrecarga de trabalho resultante da falta de membros da equipe, o que acarretava prejuízo das atividades assistenciais. Sendo assim, as atividades de grupo constituem as primeiras práticas a serem interrompidas. Apesar disso, as equipes demonstram preocupação em retomar as atividades, sempre que possível, como é explicitado na fala seguinte:

[...] o de adolescentes é em torno de 1 ano; planejamento familiar, em torno de 6 meses; o de gestante foi a partir de maio, a gente já tinha mas não era assim, era feito por mim e por uma auxiliar e aí agora que a gente... porque a gente ficou um tempo sem médico na unidade, então, agora que tem, é ele quem tá fazendo o de gestantes (Enfermeira).

Diante disso, as atividades de grupo são consideradas parte das rotinas de trabalho nos serviços. Contudo, estão condicionadas a uma lógica organizacional que privilegia os arranjos assistenciais mais clássicos, como consultas médicas, procedimentos em geral e o trabalho burocrático que se caracterizam como tecnologias duras e leve-duras, na concepção de Merhy (2002).

A valorização das tecnologias leves em saúde, ou seja, as tecnologias de relação ou comunicacionais, podem apontar um caminho a ser seguido pelos profissionais no enfrentamento desses problemas. Esses, os profissionais, nas palavras de Marques e Lima (2004), devem participar da tomada de decisões e na responsabilização por uma assistência de qualidade. Seria uma forma de reconstruir a dignidade tanto do trabalhador em saúde como a dos usuários.

Um outro aspecto levantado quanto ao caráter episódico ou permanente das atividades de grupo surge ao se indagar acerca da periodicidade dessas atividades nos serviços. Tinha-se, inicialmente, a idéia de que haveria uma regularidade em sua utilização. Seguindo essa idéia, o instrumento de pesquisa estipulou períodos semanais, mensais e quinzenais, quanto aos intervalos, independentemente da temática, mas levando-se em consideração as atividades grupais existentes naquele serviço. Contudo, a Tabela 12, demonstra o que predominou – uma periodicidade variável.

TABELA 12 - Periodicidade das atividades de grupo nas unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

PERIODICIDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Uma vez por semana	27	28
Uma vez ao mês	23	24
Variável entre os grupos	46	48
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Na maioria dos serviços, faz-se referência a mais de um grupo, direcionados a diferentes temáticas. Analisando esse fato e, para melhor apresentar as informações referentes a essa variável, foram reunidas as periodicidades predominantes das atividades de grupo realizadas em cada Unidade de Saúde. Tais periodicidades foram classificadas como sendo variáveis entre os grupos e serviços, considerando que alguns aconteciam semanalmente, outros mensalmente ou quinzenalmente. Essa variabilidade foi constatada em 48% dos serviços. Um percentual de 28% dos serviços realizam todas ou a maioria das atividades de grupo em intervalos semanais e 24% realizavam em intervalos mensais.

Cada atividade de grupo, em função da disponibilidade do serviço, do profissional ou mesmo da adesão da população, é organizada de maneira a contemplar suas especificidades para dar conta desses ajustes. Em geral, cada atividade tem um período fixado para os encontros. Quando isso não ocorre, pode-se dizer que são encontros episódicos, programados pela Instituição e que corresponderiam a atividades como oficinas nas escolas, atividades coletivas em campanhas de saúde, como o anti-tabagismo, a semana da mulher, as campanhas de vacinação, entre outros. Outra configuração ocorre quando os encontros são organizados no formato de cursos, com módulos a serem desenvolvidos e tendo períodos delimitados de início e término.

A questão dos locais onde as atividades de grupo eram realizadas foi outro ponto explorado. Dessa forma, averiguou-se que as condições estruturais das Unidades visitadas

nem sempre apresentavam características que proporcionavam condições adequadas para esse tipo de atividade. Encontrou-se variadas situações de utilização do espaço, desde prédios cujo espaço físico era inadequado para um serviço de saúde a outros que se destacavam nesse cenário. Para ilustrar esses casos, foram visitadas duas Unidades cujos prédios eram casas alugadas de 3 pisos, com características de ambiente doméstico. O que foi constatado é que, não necessariamente, as atividades de grupo ocorriam nas dependências físicas das Unidades de saúde, conforme é demonstrado na Tabela 13.

TABELA 13 - Locais de realização das atividades de grupo nas unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

LOCAL	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Nas dependências do serviço	36	37,5
Fora das dependências do serviço	40	41,5
Dentro e fora das dependências do serviço	20	21
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Quando se tratou das dependências físicas das Unidades de Saúde para realização de atividades de grupo, partiu-se do pressuposto de que existiam espaços, dentro das unidades, dispostos para esse fim. Nesse sentido, no que se refere ao ambiente interno das mesmas, foram mencionados diferentes locais – sala de grupos/reuniões, consultórios, salas de espera, entre outros. Em 53% dos casos, especificamente, os grupos eram realizados em locais tidos como próprios para essas atividades: salas de grupo ou reuniões.

Os locais mencionados para a realização das atividades de grupo fora das dependências do serviço, predominaram sobre os demais, obtendo uma ocorrência de 41,5%. Tais locais constavam de associações comunitárias, escolas, casas dos participantes/usuários dos serviços, nas ruas próximas às unidades, auditórios de outras Instituições próximas, salões de igrejas, entre outros. Contudo, outra conformação quanto a esse aspecto foi suscitada, quando os entrevistados referiram que as atividades de grupo eram realizadas tanto no espaço interno quanto externo às dependências das Unidades. Nesse caso, 21% dos locais estudados utilizavam suas dependências e também alocações exteriores, conforme consta nas falas seguintes:

A maioria [dos grupos] sim [é realizada nas dependências dos serviços], e tem um espaço que a gente usa que é numa creche que tem aqui do lado. O grupo, por exemplo, dos diabéticos e hipertensos se mantém lá né, que é uma sala apropriada que, na verdade, aqui dentro da unidade a gente faz os grupos, mas não tem uma sala adequada (Enfermeira).

Temos uma sala de grupos e aqui a gente conseguiu uma parceria bem legal com a associação dos moradores também. Se acontece um grupo maior, não aconteceu ainda, mas a gente tem um espaço maior se for preciso com eles e com a escola também (Enfermeira).

O grupo de mulheres acontece na casa das pessoas, ou dentro da casa, ou no pátio da casa, daí depende um pouco. O grupo de criatividade infantil [...] acontece na ponta lá da vila. Tem uma área que é um fim de rua, acontece ali mesmo, ou num campinho de futebol que tem lá no fundo, mas é ao ar livre (Assistente Social).

Como referido nas falas, o ambiente destinado à realização das atividades de grupo pode representar um problema, já que as Unidades, muitas vezes, não dispõem de locais apropriados. Constatou-se, ainda assim, que esse fator não impede a realização das atividades. Os profissionais, conforme os recursos de que dispunham, procuravam esses espaços dentro das Unidades, ou fora delas, com a anuência e até mesmo auxílio da comunidade. Isso está explicitado nas falas seguintes:

A gente faz no consultório ou na área ali fora, no anexo que é tudo improvisado e tem uma outra área que foi desocupada que a gente tá tentando fazer lá (Enfermeira).

Eu sempre vou buscando espaços né, então a gente tinha um espaço que a gente chama de barracão né, que é um lugar onde a gente faz as reuniões comunitárias e tal, então eu sempre procurei fazer os grupos lá, agora uma família se mudou para dentro do barracão [...] (Enfermeira).

As maneiras de enfrentamento encontradas pelos profissionais, diante das dificuldades, eram diversas e “criativas”. Contando com o apoio da população, as intenções, muitas vezes, “progressistas” de se realizar atividades de grupos foram levadas adiante. As dificuldades advindas das condições físicas impróprias confundiam-se com as dificuldades da própria população. A situação de exclusão social e a precariedade de moradias revelavam uma analogia em relação aos próprios espaços ocupados pelas Unidades de Saúde. Frequentemente, estavam situadas em regiões periféricas (distantes do gestor central), com espaço físico reduzido em relação à população usuária, falta de locais para reuniões e, às vezes, para a própria acomodação dos funcionários e dos recursos materiais.

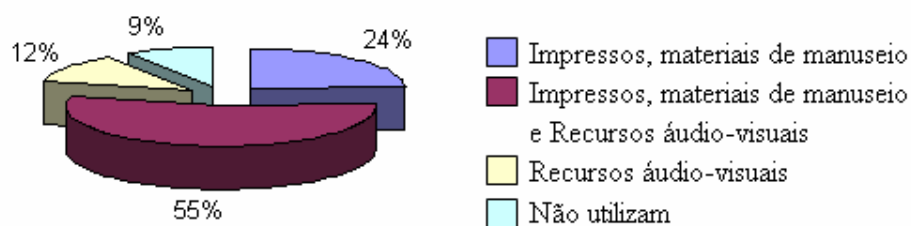
O fato de haver, em alguns locais, sala de reuniões onde também eram realizadas as atividades de grupo, não retratava adequação para o pleno desenvolvimento dos mesmos. A observação direta desses locais, na ocasião das entrevistas, permite afirmar que poucas Unidades dispunham de salas amplas, capazes de acomodar mais de 15 pessoas, por exemplo.

Eram, no entanto, denominadas salas de grupo e, muitas vezes, serviam como consultório e sala de reuniões para os Agentes Comunitários de Saúde, no caso das Unidades de Saúde da Família.

Novamente, pode-se relacionar essas circunstâncias ao privilegiamento do modelo assistencial centrado na atenção curativa que define o espaço físico nas Unidades de Saúde. Normalmente, o que se encontra é uma área de recepção, consultórios, sala de grupo (quando há, do tamanho similar ao de um consultório), salas de procedimentos (vacinas, curativos), almoxarifado, banheiros e cozinha.

Assim, outra reflexão que se impõe é da centralidade da produção de saúde com base no ato médico e em procedimentos. Essa centralidade torna-se um mecanismo implícito de indução e formação de opinião, entre os usuários, de que esse é o caminho da atenção em saúde. Como implicações, esse movimento impacta na percepção dos profissionais e usuários em relação ao serviço de saúde, criando, “processos de subjetivação que produzem naqueles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde” (FRANCO; MERHY, 2005, p. 185). É uma situação constante de causa-efeito – a sociedade exige as consultas, sobretudo, médicas e os espaços são voltados para as mesmas, sendo a elas oferecida uma posição também primordial no planejamento dos serviços.

Em relação à estrutura disponível para a realização das atividades de grupo, foi possível dimensionar a questão dos locais utilizados pelos profissionais no momento dos encontros. A estrutura mínima constava de uma sala com cadeiras ou bancos, às vezes, uma mesa e quadros para rabiscar. Além disso, muitos profissionais utilizavam-se de impressos e materiais para manuseio como canetas, papel, revistas, cartazes, entre outros, com a intenção de dinamizar as atividades. Também, de acordo com a disponibilidade da Unidade de Saúde ou de alguma Instituição de apoio próxima, alguns coordenadores de atividades de grupo utilizavam recursos audiovisuais como aparelho de televisão, vídeo cassete e aparelho de som. A Figura 4 mostra esses recursos.



Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

FIGURA 4 - Recursos materiais utilizados nas atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

Os recursos materiais eram ferramentas utilizadas em grande escala pelos profissionais nos serviços de saúde. Em torno de 9%, somente, não recorriam a esses recursos e 55% utilizavam tanto recursos áudio-visuais, como materiais de manuseio e impressos. Esses últimos constituíam-se de *folders* institucionais, elaborados nas próprias unidades de saúde ou em nível central (secretarias de saúde do município, estado e Ministério da Saúde). Também foi referenciado o uso de álbuns seriados, retroprojetores, projetor de slides, peças anatômicas para demonstrações, material para confecção de artesanato, entre outros. Um exemplo é visualizado na fala seguinte, onde a médica relatou como utilizava os recursos de que dispunha para dinamizar o encontro no grupo de mulheres:

Cheguei a utilizar vídeos, alguma coisa de planejamento familiar, mas eu percebi que elas dormiam, que às vezes se desinteressavam mais com o vídeo. Agora é mais material relacionado mesmo com os métodos. Eu tenho o DIU, eu tenho as cartelas de comprimido, camisinha feminina, tenho um pênis de borracha, faço a demonstração da colocação da camisinha masculina, eu tenho um molde de pelve feminina, onde eu faço a demonstração da colocação da camisinha feminina, tenho algumas figuras [...] (Médica).

O uso de recursos materiais e/ou áudio-visuais é uma tática útil ao profissional, desde que o encontro não se transforme em uma sessão entediante de apresentação de vídeos, como foi explicitado na experiência da médica entrevistada. Observa-se que, é preciso envolvimento e bom senso do profissional para utilizar os recursos da forma mais criativa possível. Concorda-se com Dall’Agnol e Martini (2003), quando reforçam a idéia de que, por si só, o uso de recursos sofisticados, não garante o pleno desenvolvimento das práticas de grupo. Deve-se ter em mente que os fundamentos encontram-se na interação entre as pessoas, incluindo a identificação com os objetivos, a cooperação e as formas de comunicação, ou seja, o relacionamento interpessoal é o elemento que prevalece no ambiente grupal.

Mesmo assim, a relevância desse tipo de logística para os profissionais foi, freqüentemente, referida por eles ao longo das entrevistas, assim como, as dificuldades que alguns encontravam para utilizarem esses recursos:

Lá na unidade nada... nada, nem televisão, nem som [...] às vezes, claro que a gente pode tá fazendo os grupos de forma criativa, mas às vezes tu precisa de recursos, tanto som, enfim desde papel, caneta, o que for assim né. E tem que ser do teu bolso, da tua casa porque a gente não tem (Residente de Enfermagem).

A infra-estrutura ela não é uma super infra-estrutura, desde os bancos para as pessoas sentarem, são bancos esses de madeira, duros [...] a gente vai fazer

um trabalho não tem como desdobrar os bancos. É tudo muito assim, é bem para palestras rápidas, não dá para inventar muito [...] (Nutricionista).

A gente utiliza o quadro da escola; quando a gente precisa de um audiovisual, daí a gente pede a sala de áudio-visual e cartazes, coisas que a gente faz, a gente acha importante isso (Enfermeira).

Essas dificuldades são contornadas, muitas vezes, estabelecendo, parcerias com a comunidade e Instituições no entorno da Unidade de Saúde. Também os esforços individuais dos profissionais para alocar os recursos necessários, transpunham essas dificuldades e demonstram, até mesmo, a intencionalidade para que os grupos fossem mais interessantes e, em última análise, para que permanecessem em funcionamento.

No que concerne ao uso ou não de insumos de apoio para as atividades de grupo, pode-se referir o uso de material bibliográfico para sustentar tal prática. Quando questionados sobre esse item, 55,2 % dos profissionais citaram a utilização de livros didáticos, manuais e outros materiais institucionais (álbum seriado, *folders*, informativos impressos, etc). Ao se ter acesso aos livros e manuais mencionados, pôde-se evidenciar que grande parte não tratava da temática de grupos especificamente. Os poucos que tratavam do tema, consistiam em sugestões de técnicas de animação ou de “dinâmicas de grupo”, utilizando a nomenclatura mencionada. Outros materiais referidos, com frequência, foram manuais institucionais de ações programáticas em saúde.

Manuais de saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabetes e outros, na verdade, servem como fundamentação para o preparo das falas do profissional nas atividades de grupo. Essa fundamentação foi analisada por autores como Araújo et al. (1998, p.10), que sinaliza a importância de “reunir um acervo bibliográfico atualizado que cubra o tema específico, acrescido de uma literatura que apresente um toque de sensibilidade e imaginação criativa”. Essa criatividade consta em literatura específica na forma de relatos de técnicas de animação que são utilizadas pelos profissionais a fim de complementar/desmistificar a terminologia e a linguagem científica, por exemplo.

Muitos profissionais entrevistados referiram o uso de “dinâmicas de grupos” ou técnicas de animação realizadas nos encontros. Também referiram a prática de jogos, brincadeiras, períodos de relaxamento, confecção de artesanato, entre outros. O uso de técnicas de relaxamento foi mencionado por uma enfermeira pontuando a amplitude terapêutica que essas técnicas alcançam:

Sempre tem aquele momento que é mais pesado, que eles falam do dia-a-dia deles e alguns choram, colocam como está sendo difícil cuidar [grupo de

cuidadores de acamados] [...] Então, esse último grupo que a gente fez agora, a gente fez uma técnica de relaxamento e eles, parece que saíram mais aliviados daqui, a gente sentiu até na expressão, no rosto deles. (Enfermeira)

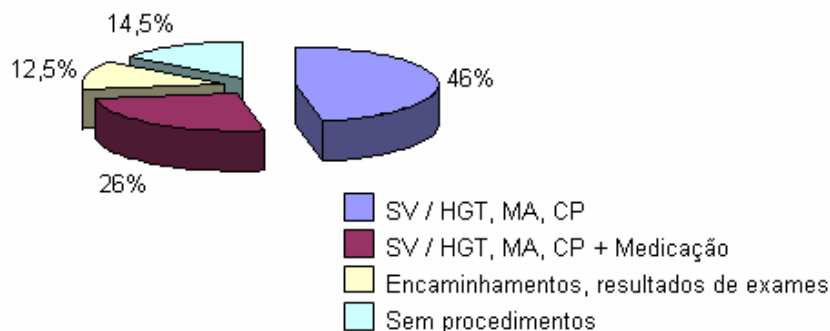
Essas técnicas conferem uma ambientação reconfortante, que também valorizam o lúdico de uma reunião de pessoas, em diferentes situações. As experiências lúdicas utilizadas, conforme autores como Gonçalves e Perpétuo (2002), salientam a dimensão grupal como um campo fértil para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem. Assim, as vivências, os jogos, o lúdico, viabilizados nas atividades de grupos, compõem as condições propícias para a constituição das mesmas e das experiências educativas.

Quanto à utilização dos jogos, pode-se remeter a uma experiência com grupos de pacientes diabéticos estudada por Torres, Hortale e Schall (2003, p.1045). Os autores ressaltam que, naquele contexto, os jogos representaram uma técnica de aprendizagem, contribuindo, inclusive com a formação técnica da equipe multiprofissional. Nesse caso, a formação não se refere à apreensão de abordagens finalísticas, protocolares, mas ao aperfeiçoamento em termos de criatividade, incentivando os profissionais a buscarem novas alternativas no processo educativo. Uma das vantagens referidas pelos mesmos “é a de ter sido criado um ambiente prazeroso de aprendizado, necessário à maximização de potenciais que facilitam a dinamização do conhecimento”.

Nesta pesquisa, não há dados quantitativos para dimensionar o uso das técnicas de animação ou oficinas, já que esse conteúdo surgiu espontaneamente no decorrer das entrevistas. O que se pode afirmar é que são meios que se propõem a suavizar as condutas diretivas de abordar os assuntos em pauta, como acontece nas palestras, ou nos grupos onde o coordenador da atividade dá “instruções” sobre as doenças, como foi referido por um dos médicos entrevistados. Conformações livres desses formalismos, como os jogos e outros mecanismos atrativos que complementam as atividades de grupo, seduzem as pessoas e, principalmente, instigam constantes interações das interfaces científica, criativa e política, superestimando o potencial dessas atividades (ARAÚJO et al., 1998).

As situações convidativas nas atividades de grupo têm esse teor lúdico, com o intuito de chamar a atenção dos participantes. Entretanto, existem outros mecanismos subliminares que, de alguma forma, são atrativos para determinado público-alvo. Esses mecanismos constituem a distribuição de medicações nos dias e horários dos grupos, sendo que o momento pode ser antes, durante ou após os encontros. Seguindo essa mesma lógica, ocorre a prática de diferentes procedimentos característicos da rotina de trabalho das Unidades de Saúde. São esses: aferição de sinais vitais (SV), hemoglicotestes (HGT), aferição

de medidas antropométricas (MA) e realização de exame citopatológico (CP). Isoladamente, a prática de procedimentos é prevaletente entre os demais mecanismos, tendo a ocorrência de 46% nas unidades pesquisadas (FIGURA 5).



Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

FIGURA 5 - Procedimentos e condutas vinculadas às atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

Legenda:

SV: Sinais Vitais; **HGT:** Hemoglicoteste; **MA:** Medidas Antropométricas; **CP:** Exame Citopatológico

O ato de dispensar a medicação associado à realização de procedimentos ocorreu em 26% do total de Unidades analisadas. Além disso, pôde ser constatada vinculação de outras atividades assistenciais rotineiras dos serviços aos grupos. Incluem-se encaminhamentos dos pacientes (para consultas individuais, para outros serviços, ou para outras especialidades) e entrega e discussão de resultados de exames, de acordo com a temática em pauta (ocorrência de 12,5%). Em 14 Unidades, os entrevistados referiram que não havia vinculação dos grupos a qualquer tipo de prática que não fosse o grupo em si.

Explorando melhor, teve-se clareza sobre as especificidades dessas ações extras atreladas aos grupos. No caso da distribuição de medicação, constatou-se que, comumente, constituíam-se de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes (nas atividades com hipertensos e diabéticos); pílulas anticoncepcionais (atividades com mulheres) e atividades com pacientes asmáticos (broncodilatadores e anti-inflamatórios).

Em relação aos procedimentos, a medida da pressão arterial e o hemoglicoteste estavam relacionados às atividades com hipertensos e diabéticos. A coleta de material para exame citopatológico era realizada antes ou após os encontros de mulheres. As medidas antropométricas – peso, altura – são aferições mais frequentes nas atividades com crianças para a avaliação nutricional/desenvolvimento. Também, em relação ao público infantil, foram verificadas a prática de vacinas e o teste do pezinho em bebês.

A evidência de que, aproximadamente 85% das unidades pesquisadas combinavam os grupos a outras condutas assistenciais, deflagra algumas reflexões sobre a conveniência e a forma de inserção dos mesmos na rotina dos serviços. Emerge, em primeiro lugar, a discussão dos grupos como uma tática das Unidades para atender coletivamente às demandas individuais de saúde, porém, isso pode estar velado ou pode ser constatado explicitamente, como acontecem, nestas falas:

Agora que eu comecei a coordenar, eu inverti um pouco. Antes eles obrigavam as pessoas a ficarem até o final do grupo e faziam a distribuição da medicação, renovação das receitas e viam os exames. Agora é feito o contrário, pra não ter esse caráter obrigatório, as pessoas que não querem ficar, elas não ficam, porque a gente faz primeiro a verificação de sinais, a distribuição da medicação (Residente Enfermagem).

[...] sim, os grupos de diabéticos e hipertensos, a gente verifica a glicose a TA (tensão arterial). Aí, tu acaba discutindo no grupo também e isso é um incentivo pra eles, eles ficam se controlando entre eles... todos têm que estar bem controlados no dia do grupo (Enfermeira).

A primeira fala demonstra a preocupação do profissional em dissociar das atividades de grupo as condutas assistenciais individuais, pretendendo, com isso, valorizar as particularidades do encontro em si – as orientações, esclarecimentos de dúvidas, troca de experiências, entre outros. Essa preocupação foi verificada nas falas de outros entrevistados, podendo-se inferir que o entendimento dos grupos, para alguns profissionais, é de que os mesmos constituem uma ferramenta de trabalho à parte dos outros tipos de atendimentos. Entretanto, mesmo que os participantes optem por não permanecer nas reuniões, o fato de marcarem os encontros associados à distribuição da medicação, serve à Unidade de Saúde para atender coletivamente à demanda para o recebimento de medicações e realização de procedimentos (sinais vitais).

A fala subsequente demonstra a valorização das atividades de grupo como ocasiões a serem aproveitadas de duas maneiras: verificação de sinais e explanação sobre o significado dos mesmos aos participantes. A intenção, nesse caso, é incutir a percepção da estabilidade sintomatológica no comportamento dos participantes e, conseqüentemente, perpetuar esse aspecto ao longo dos encontros, fazendo com que todos estejam sempre “controlados” quanto aos sintomas das doenças que os afetam.

Para alguns entrevistados, que coordenam atividades de grupo sem o vínculo com outros procedimentos e condutas, observa-se, em duas falas, a condição de domínio que essas atitudes têm sobre os participantes e sobre a real intencionalidade dos encontros:

Nós não associamos a questão da entrega de medicação [...] não tem que ter esse poder de entrega de medicação. Só porque participou de um grupo, não achamos que seja por aí a questão de empatia, porque daí vai piorar mais ainda né (Enfermeira).

Eu não faço mais isso, eu fazia, não faço mais porque se não tu vincula o grupo a uma finalidade que não é dele e os participantes acabam indo só pegar o remédio. Então, a gente conseguiu tirar isso né e aí o pessoal tá indo no grupo pelo grupo em si (Enfermeira).

A vinculação de outras condutas assistenciais às atividades de grupo, até o momento, remete a algumas considerações acerca dessas atividades no âmbito dos serviços de atenção básica. De um lado, pode-se admitir um direcionamento organizacional das Unidades estritamente voltado à diminuição do montante de atendimentos na jornada diária de trabalho, o que conformaria uma estratégia de demanda. Também, há de se considerar que os profissionais se utilizam dessas condutas associadas de modo a despertar a população para a participação em uma assistência diferenciada e, dessa forma, o foco não estaria calcado no procedimento.

Com isso, qualificar a prática de grupos como espaços suscetíveis à realização de outras condutas assistenciais, muitas vezes, não é visto pelos profissionais e talvez não seja, de fato, algo negativo. Para responder a essa hipótese seria necessário proceder a uma análise mais aprofundada com o intuito de desvelar o impacto dessas atividades nas condições de saúde dos usuários.

Um estudo que busca e exemplifica a influência dessas ações na produção dos fatores físicos (sinais e sintomas) dos participantes, consta de uma investigação sobre intervenções educacionais, as quais contemplavam atividades de grupo com pacientes diabéticos. Concluiu-se que, os programas educacionais causavam impactos favoráveis entre indicadores de monitoramento (glicemia, peso, pressão arterial) fazendo com que alcançassem os parâmetros de normalidade ou a proximidade dos mesmos (SELLI et al., 2005).

Afora os aspectos clínicos, em uma das falas citadas anteriormente, surgiu a preocupação sobre um importante elemento que pode ou não estar presente nas atividades de grupo. A empatia que, conforme Lopes e Silva (2004, p.686), prevê o esforço em “compreender as pessoas a partir dos sentimentos e não somente por suas idéias”, representa o elemento-chave para a adesão às práticas terapêuticas. Dessa forma, a empatia aprimora a relação de cuidado, auxiliando a comunicação profissional-paciente e facilitando a negociação terapêutica.

Diante disso, questiona-se o papel das atividades de grupo, os elementos que devem conter essas ações para atingir os objetivos assistenciais e que objetivos seriam esses. Se o que se quer é um agir diferenciado em saúde, potencialmente resolutivo, é preciso renovar os modos de intervenção das práticas terapêuticas. Assim, os elementos relacionais sobressaem como pressupostos para aproximar-se do ideal resolutivo e da assistência integral. Algumas considerações reforçam essa premissa, até mesmo em outras Áreas de conhecimento, como nas Ciências Sociais. Encontra-se em Hartfort (1983, p.48), no âmbito do Serviço Social, uma compreensão acerca das possibilidades desse método:

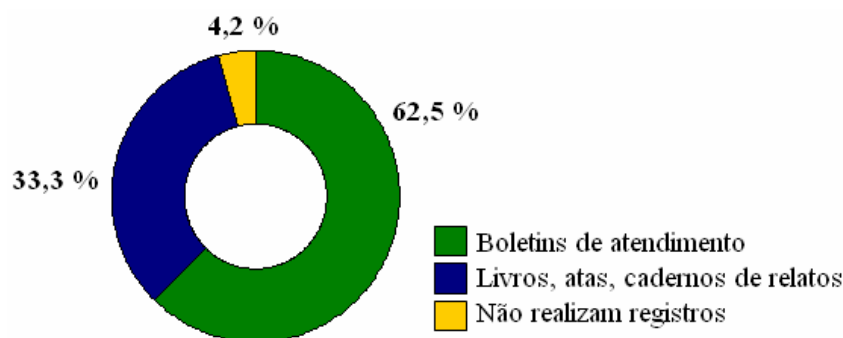
Através da discussão de grupo, o participante vê a si mesmo nas interações com os outros e enquanto olha para os outros e os ajuda, ele se torna mais sensível a seus próprios motivos, sentimentos e estratégias de lidar com as outras pessoas. Ele também descobre as reações que produz nos outros enquanto interage com eles.

A interatividade, como se pode constatar, é outro elemento indispensável para alicerçar a assistência em grupos que se pretende resolutiva. De acordo com Wall (2001), as interações remetem à reflexão em grupo, devendo-se atentar para a realidade de cada integrante, estimando as experiências, o contexto de vida e as expectativas, frente ao momento do grupo.

A mesma autora, no entanto, reconhece que, no cenário da Saúde, as ações educativas são realizadas de forma esporádica, com caráter transmissivo do conhecimento formal, submersas em uma óptica informativa e distanciando-se das reais necessidades da clientela. Essas características destituem dessas práticas o seu valor terapêutico e impacto social.

O caráter transmissivo de informações presente nas atividades de grupo somado à prática de outras modalidades de intervenção (procedimentos, dispensação de medicamentos), constitui um indício para inferir-se uma possível ineficiência dessa sistemática de atendimento, tendo em conta as proposições apresentadas até o momento.

No âmbito desta pesquisa, além desses indícios, podem-se apontar outros acontecimentos onde as atividades de grupo fazem alusão à condição de atendimentos a demandas individuais. Nesse caso, sobressai a forma de registro dessas atividades pelos profissionais, podendo-se constatar que na maioria dos serviços o registro numérico – número de participantes presentes nos grupos - era o registro mais praticado (FIGURA 6).



Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

FIGURA 6 - Registro das atividades de grupo nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

Os Boletins Diários de Atendimento (BDA) (ANEXO C) são a forma predominante de registro das atividades de grupo. Outrossim, são a forma comumente utilizada de precisar toda e qualquer atividade assistencial, pois servem para enumerar as atividades realizadas mensalmente nas Unidades de Saúde. Desde procedimentos simples, como vacinas ou trocas de curativos, até consultorias, tudo é registrado nesse instrumento onde consta o nome da pessoa que recebeu atendimento seguido de sua assinatura. BDA é a nomenclatura utilizada para esse tipo de registro nos serviços componentes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); no entanto, mesmo não recebendo essa denominação, outros instrumentos são utilizados para esse fim nos demais serviços componentes de Rede Básica de Saúde de Porto Alegre (unidades do Centro de Saúde Murialdo e GHC).

A indagação acerca dos registros foi pensada a partir de um possível relato documentado que contemplasse observações e fatos ocorridos durante as atividades de grupo. A questão da produtividade surgiu à medida que os participantes passaram, espontaneamente, a apontar os boletins de atendimento. Mesmo assim, tentou-se resgatar se não haveria outras formas de registro, além desses que servem para o estabelecimento, do número de participantes presentes nos encontros. Referiram-se, então, outros instrumentos para anotações das reuniões. Consistiam de livros, cadernos, fichários, atas, entre outros. Em um dos locais pesquisados, foi apresentado, para esse fim, um instrumento com tópicos pré-estabelecidos a serem preenchidos de acordo com as situações dos encontros (ANEXO D). Para esses últimos tipos de registro, constatou-se um percentual em torno de 30%, equivalente a 32 Unidades de saúde, onde as atividades de grupo são relatadas por escrito.

Uma informação significativa, ainda a respeito dos BDA, surgiu durante as entrevistas. Para ser considerada, pelo gestor central (SMS), uma atividade de grupo, é

exigido como critério, um número mínimo de dez participantes nas reuniões. Quando esse critério é respeitado, há um código que o classifica como tal e, a partir desse código, essas atividades são contabilizadas. Algumas narrativas apontam como são utilizadas as diferentes formas de registro e reforçam a questão da produtividade. São elas:

Todo o participante ele assina, na verdade o boletim de presença né, então a gente faz através do boletim (Enfermeira).

A gente registra porque tem que contabilizar numa planilha como essa. A gente vai colocar o nome da pessoa e, quando é do grupo, a gente vai colocar só o nome e a idade e a pessoa assina e tem um local para colocar os códigos de atendimento, então a gente tem como contabilizar nos relatórios (Enfermeira).

Tem um livro, a gente registra todos os grupos, a pessoa que participa assina e daí relata sempre. A gente sempre relata assim quantas pessoas vieram ao grupo, que dia foi o grupo, o que foi falado sabe [...] todos eles é a participação de quem vem e o que e o que é feito no grupo (Enfermeira).

A produtividade foi bastante assinalada nas entrevistas, mesmo tratando-se de formas de registro não específicas para calcular o número de participantes, como está sendo expresso na última fala. O que se produz em termos de atendimento e a quantificação dos mesmos é a parte essencial do trabalho burocrático nas unidades. São lançados relatórios mensais que mensuram a “produtividade” de cada local e essas mensurações são eminentemente quantitativas, não havendo instrumentos para avaliar a qualidade do que se faz.

Depreende-se que as atividades de grupo entram no rol de atendimentos das unidades e devem passar por um exame que privilegia os indicadores de rendimento e de utilização dos serviços. Ainda assim, esses registros demarcam somente a quantidade de participantes, não sendo especificadas outras informações. Não constam os profissionais envolvidos, temáticas ou população-alvo, entre outros aspectos que foram contemplados na coleta de dados desta pesquisa.

Os grupos, sendo tomados como formas diferenciadas de atender às necessidades de saúde, são destituídos desse potencial quando a lógica institucional, valorizando os quantitativos dos atendimentos, pretende esvaziar as salas de espera e dispor atendimento às pessoas, ao mesmo tempo, em um mesmo espaço físico, por um único profissional.

A discussão recai, novamente, sobre a efetividade das atividades de grupo. Essas atividades têm o potencial de se diferenciar de fato, pois constam de atendimentos coletivos, onde a imprevisibilidade dos acontecimentos e o andamento que o coordenador imprime, não

determina uma intervenção de saúde, mas sim, uma troca onde as pessoas possam interpor suas reais necessidades, as quais podem ser completamente diferentes das necessidades estabelecidas pelos profissionais de saúde. O ato de saúde, focalizado na educação em saúde, como dizem Vaz et al (2003), não deve ser afugentado nos limites impostos pelo trabalho imediato. A educação em saúde, operada pelos grupos, pode expandir os limites cunhados nas práticas tradicionais, ou fazer parte das mesmas e reproduzir suas falhas.

A questão dos atendimentos coletivos de demandas individuais, em se tratando da prática de grupos, foi uma constatação preponderante neste estudo. Portanto, a indagação pertinente a se fazer é: “de quais demandas individuais está se falando?”.

Seria importante situar para quais finalidades ou para qual população as atividades de grupo seriam dirigidas. Eis que, preferentemente, as demandas incluídas em programas de saúde são alvo particular para o planejamento e implementação dessas ações. Para sistematizar esses dados, projetou-se uma tabela que especifica a população e/ou finalidade para qual os grupos são projetados. Para cada tipologia, na Tabela 14, foram descritas as frequências correspondentes.

TABELA 14 - Distribuição das atividades de grupo por população e/ou finalidades nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

POPULAÇÃO/FINALIDADE	FREQUÊNCIA NAS UBSs	PERCENTUAL (%) NAS UBSs
Hipertensos e/ou Diabéticos	62	16,1
Gestantes/Pré-Natal	45	11,7
Prá-Crescer	24	59,6
Asma	23	
Adolescentes/Sexualidade	21	
Planejamento Familiar	21	
Tabagismo	20	
Idosos/Convivência	20	
Mulheres - CP	20	
Pra-Nenê	19	
Crianças/Escola	18	
Nutrição/Orientação Alimentar	13	
Saúde Mental	12	
Caminhada	10	
Saúde Bucal	10	
Outros	49	12,6
Total	387	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

Nas 96 Unidades em que se constatou a realização de atividades de grupo, foram encontradas, ao todo, 387 dessas atividades distribuídas entre as mesmas. Ou seja, cada uma realiza, em média, 4,03 atividades dessa natureza com diferentes enfoques.

Os enfoques mais representativos são os dirigidos à população de hipertensos e diabéticos – 62 unidades realizando grupos com esse direcionamento – e para a população de gestantes, com um total de 45 Unidades realizando grupos dirigidos ao pré-natal. O percentual de 59,6% corresponde às tipologias de atividades de grupo que ocorrem, simultaneamente, em 10 até 25 Unidades de Saúde. Para o restante das atividades, direcionadas a outras finalidades, não se observou uma ocorrência muito expressiva, portanto, foram reunidas na categoria “outros”, que será especificada no decorrer das análises.

Os objetivos ou populações-alvo das atividades de grupo, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, têm uma clara relação com as práticas programáticas oficiais. Os mesmos são instituídos pelos níveis centrais de gestão a fim de organizar o atendimento à população, condicionados pela situação de risco presente em determinadas frações populacionais (gestantes, crianças) ou, especificamente, a determinadas condições patológicas (tuberculose, asma, hipertensão, diabetes).

Os programas de saúde são tomados como uma função da Saúde Pública, no momento em que se pretende reestruturar o modelo de atenção à saúde. Assim, deixa-se de atender pelo prisma da assistência médica individual e passa-se a preconizar os interesses coletivos, cidadania e realização de uma efetiva promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2002b).

Portanto, as atividades assistenciais, como um todo, seguem as diretrizes de programas de saúde. Porto (2005), ao investigar a Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre, observou que, assim como acontece com as atividades de grupo, o atendimento nas consultas resulta de estratégias para seguir metas dos programas de saúde pública e, em menor proporção, da demanda espontânea. Esse tipo de demanda, observa a autora, é constituída de usuários atendidos, geralmente, em Consulta de Enfermagem “do dia” e a demanda favorecida em programas de saúde pública comporta atendimentos nas consultas agendadas.

Analisando os achados acerca das situações para as quais são focalizadas atividades de grupo, no âmbito desta pesquisa, puderam-se identificar três níveis de organizações. Um deles compõe os programas em nível federal e incluem as demandas de hipertensão e diabetes – Programa Hiperdia, Tabagismo (INCA – Instituto Nacional do Câncer) e Planejamento Familiar. Outro nível concentra ações programáticas da Secretaria

Municipal de Saúde de Porto Alegre, como os programas Pré-crescer (acompanhamento nutricional dos 6 meses a 5 anos de idade), Pra-nenê (recém-nascidos a 1 ano de idade), Asma (adultos e crianças).

Há, ainda, iniciativas locais estabelecidas nas próprias unidades de saúde a fim de abrigar outras demandas para as quais não há programas estabelecidos. Isso acontece com as orientações nutricionais para adultos e condutas específicas, como “grupos de caminhada”, nos quais as pessoas se reúnem para realizar essa atividade física, complementadas, em alguns locais, com orientações de saúde. Pôde-se verificar, também, a realização dos chamados “grupos de saúde mental”, onde se constatou, em sua maioria, atendimentos a mulheres com distúrbios afetivos (depressão, ansiedade) e, em locais específicos, onde havia equipe técnica para tal, verificou-se a existência de grupos de saúde mental com enfoque em distúrbios psíquicos específicos.

Apesar da relação existente entre as ações programáticas e a realização das atividades de grupo, pouco se verifica em materiais explicativos, especificações acerca desses atendimentos. Em geral, são apresentados sob a forma de protocolos assistenciais ou manuais, pontuando as condutas do ponto de vista individual, por meio de fluxogramas de atividades e de esquemas terapêuticos.

No entanto, identificam-se tendências, nesses materiais, de extrapolar as particularizações dos atendimentos, sendo que muitos citam as atividades de grupo, velada ou explicitamente, na óptica da educação em saúde. Um exemplo é o manual técnico sobre Planejamento Familiar, elaborado pelo Ministério da Saúde. Conforme esse manual, os profissionais devem envolver-se em atividades educativas, atentando para que sejam “preferencialmente realizadas em grupos, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual” (BRASIL, 2002a, p. 11).

Outro exemplo advém das políticas de saúde em nível municipal, no que tange à saúde do idoso. Especifica que, “as ações do município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade vida”. Ao se tratar das ações educativas, identifica-se o desenvolvimento de grupos terapêuticos e de convivência como uma estratégia nesse sentido (PORTO ALEGRE, 2006).

O perfil demográfico, em plena transformação, com o envelhecimento da população e aumento no número de idosos, reflete uma significativa presença dessa parcela populacional nos serviços de saúde. O processo de envelhecimento e os danos crônicos, como hipertensão e diabetes, comumente se correlacionam e são os problemas que demandam, mais

frequentemente, atendimentos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. No caso dos idosos, 85% são portadores de, pelo menos, uma enfermidade crônica e 15% apresentam cinco tipos dessas enfermidades (BRASIL, 2005). Esses percentuais corroboram o achado desta pesquisa, que apontou em 62 das 96 Unidades, com atividades de grupo em funcionamento, a realização voltada aos hipertensos e diabéticos. Em um total de 20 Unidades, essas atividades são destinadas à população idosa. Apesar dessas últimas atividades de grupo terem maior ênfase na socialização das pessoas, como foi relatado por muitos entrevistados, a questão das doenças e, mais precisamente, os danos crônicos, são assuntos recorrentes nos encontros.

Também, a questão das atividades de grupo para hipertensos e diabéticos encontra clara menção no protocolo de enfermagem, datado de 2002. Tal protocolo foi estabelecido para os serviços componentes da rede básica municipal de saúde, ainda que, esteja parcialmente em desuso. Ao se tratar da saúde do adulto com doenças crônicas, tem como princípio, cadastrar os usuários, garantir a medicação mensalmente distribuída, promover aferições regulares do peso e sinais vitais, manter revisões periódicas e realizar ações educativas individuais e de grupos (PORTO ALEGRE, 2002).

Ainda no âmbito municipal, há outras políticas voltadas para as demais faixas etárias. É o caso da política para a saúde do adolescente e da criança que, em meio a algumas ações, prevê que as UBS responsáveis pelas creches desenvolvam os aspectos de promoção e educação para a saúde junto a crianças, pais e educadores. Mesmo não especificando essas ações, o contexto encontrado durante esta pesquisa, apontou que as unidades de saúde realizam atividades de grupos nas escolas para o público infantil e para os adolescentes. A abrangência das temáticas, para o público infantil, geralmente, envolve cuidados de higiene (infestações por pediculose, escabiose, saúde bucal) e acidentes na infância.

Para os adolescentes, as temáticas dirigem-se à sexualidade, à gravidez precoce das meninas e o uso de drogas psico-ativas. Esses achados corroboram informações sobre a saúde do adolescente, previstas pela Secretaria Municipal de Saúde. Em publicação sobre essas ações, descreve-se que no âmbito da adolescência são previstos “grupos para a discussão de vivências individuais e familiares, exercício da sexualidade, bem como maternidade e paternidade responsáveis”. Além disso, orienta-se quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/HIV (PORTO ALEGRE, 2004a).

Quanto às atividades de grupo para as mulheres, grande parte é realizada de maneira a viabilizar a coleta e/ou entrega de exame citopatológico. Normalmente, há um chamamento de acordo com a demanda para a realização do exame, e aproveita-se esse

espaço, então, para as atividades de grupo. Outras ações viabilizadas por essas reuniões, são a distribuição de pílulas anticoncepcionais e explicações quanto a outros métodos contraceptivos.

A população feminina e infantil são demandas com atendimento tradicionalmente induzido por programas de saúde pública. No seu trabalho sobre a Consulta de Enfermagem, nas UBS de Porto Alegre, Porto (2005) verificou uma certa concentração desse público para esse tipo de assistência. Nesse sentido, 79,8%, das enfermeiras entrevistadas afirmaram atender mulheres adultas, entre 21 e 59 anos, cotidianamente na CE, seguida de 67,9% que atendem crianças de 1 mês a 11 anos. Novamente, podem-se relacionar esses achados com os dados apresentados nesta pesquisa, entre os quais destacam-se as atividades de grupo para gestantes, como a segunda maior ocorrência entre as Unidades de Saúde, ou seja, 45 Unidades de um total de 96.

As outras finalidades, para as quais as atividades de grupo se direcionam e que não foram apresentadas na Tabela 14, constam das seguintes demandas/situações: cuidadores de acamados; atividades comunitárias (realizados junto às associações comunitárias ou conselhos locais de saúde), salas de espera (explicações quanto ao funcionamento da Unidade, orientações sobre saúde e temáticas de interesse geral da comunidade); climatério (mulheres); HIV (solicitação de exames e amparo diante do diagnóstico) e confecção de artesanato.

Os encontros em que ocorrem confecção de artesanato são realizados nas dependências da Unidade ou fora dela. Muitos desses agrupamentos são auto-suficientes, com o comparecimento eventual do profissional de saúde. O artesanato gerado serve como fonte de renda para as mulheres ou, como acontece em algumas Unidades, a produção é dirigida às participantes de atividades de grupos com gestantes, que recebem peças de enxoval para o bebê. A primeira situação é descrita em uma fala sobre uma atividade de grupo de saúde mental, onde houve estímulo para a execução de trabalhos rentáveis:

Nós temos aqui também um grupo de artesanato, que agrupa ao todo esses pacientes de saúde mental, que também a gente encaminha o paciente para toda atividade que tem uma renda [...] esse grupo ele produz e realiza uma feira. São duas feiras por ano, onde elas vendem aqui na frente do posto, o que elas confeccionam. Esse grupo partiu de habilidades que a gente descobriu nas próprias pacientes, na medida em que vai melhorando e uma podendo ajudar a outra. Então se trabalha muito com essa autonomia, né, das pessoas. É uma coisa que se prioriza (Psicóloga).

Essa experiência demonstra uma outra face do trabalho com grupos no âmbito dos serviços. Trata-se de uma reconstituição da noção de saúde promovendo ações que trabalham

com o componente patológico – a saúde mental das pessoas – ao mesmo tempo em que considera que almejar o bem-estar é resolver problemas outros, muitas vezes geradores do sofrimento psíquico. Tem como requisito a implicação ativa das pessoas para que busquem alternativas e possam sanar a provável origem de suas carências de saúde. É também o provimento verdadeiro da participação popular que, para Ramos (1992), deve partir da problematização das questões de saúde, onde a população possa esboçar seus pontos de vista e suas reivindicações quanto ao sistema que a serve e a forma pela qual tem se articulado com outras Áreas e práticas.

Vê-se nisso um propósito de envolver os usuários nos cuidados com a sua saúde, demonstrando que os profissionais trabalham em prol do seu bem-estar. Concorde-se com Merhy (1994, p.120), ao dizer que o usuário de fato espera que as ações de saúde melhorem sua vida e que o capacitem para enfrentar os problemas no seu cotidiano. Com mais sapiência, ele consegue ir resolvendo parte dos seus sofrimentos, transpondo os obstáculos que lhe representam problemas. Ou seja, “o usuário tem interesse em se tornar cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida”.

A organização do trabalho em saúde, observada, obedece à racionalidade da disposição das demandas para o atendimento, e essas demandas são organizadas conforme grupos etários ou problemas representativos no cenário epidemiológico em voga. Nesse contexto, cabe questionar se essa clientela recebe o atendimento adequado às suas necessidades de saúde, “às não previstas nas ações programáticas”. Para essa resposta, a compreensão transita em três eixos explicativos: demanda, necessidades e oferta. A demanda para Cecílio (2001, p.116), “é o pedido explícito, a tradução das necessidades mais complexas do usuário”. É nada mais que o resultado das necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem, sendo essa oferta prevista em uma estrutura estanque, pronta a dar respostas pré-estabelecidas pela preeminência de modelos assistenciais inflexíveis.

Dessa forma, a demanda materializa-se no usuário ou na sua necessidade: por um lado é a população e, por outro, pode ser a necessidade de obter consulta médica, o consumo de medicamentos, realização de exames, entre outros. As intercorrências acontecem quando as necessidades são outras, propiciadas pela situação de pobreza que assola as baixas camadas populares e, atualmente, as médias, que crescem mais “demandas” aos serviços de saúde; na medida em que têm perdido progressivamente o poder aquisitivo, resta-lhes recorrer à gratuidade do Sistema Público de Saúde.

Como, então, estabelecer a autonomia dos usuários e dos profissionais diante das práticas alienadas e alienantes do sistema? As demandas, em suas diferentes faces, são

atendidas estrategicamente em uma lógica que privilegia, conforme Campos (1998), o poder centralizado em chefias, controle da realização de procedimentos técnicos (produtividade médica), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, entre outras especificidades.

Chega-se a um entendimento de que existem estratégias, isto é, mecanismos projetados para atender à demanda das pessoas e das suas necessidades. Assim como nos programas, as atividades de grupo acabaram por adotar essas particularidades e proceder em conformidade com as suas diretrizes. Então, seria essa uma forma de atender coletivamente as previstas necessidades individuais? Poder-se-ia pensar que sim, se a concepção sobre as mesmas é a de suprir o problema da demanda reprimida, aquela que excede a capacidade do serviço, ou, com isso, quer-se evitar que esse excedente aconteça.

O risco que se corre é a mera reprodução do modelo vigente e as sua falhas, marcado pela impessoalidade, que caracteriza a produção de cuidados e o extremo mecanicismo das ações. Dessa forma, perde-se a oportunidade de conceber no sistema um fazer diferenciado, visto que contempla uma abordagem integradora, afora dos muros do consultório médico e das práticas medicalizantes. Considera-se que, isso acontece com as atividades de grupo porque, como afirma Cecílio (2001), os profissionais ainda trabalham de forma muito fragmentada, atendendo às demandas de maneira pontual, com o que se tem em mãos. O autor pondera que, com um grupo de hipertensos e diabéticos, por mais simples que seja essa “tecnologia”, pode ser a que melhor acolhe as necessidades daquelas pessoas, com alto grau de impacto na qualidade de vida.

Tem-se uma dupla problematização quanto ao trabalho com grupos considerados como estratégias, mas não se tem clareza se consiste em uma estratégia assistencial, na qual cabe o mérito da potencialidade terapêutica, ou uma estratégia de demanda, atendimentos utilizados pelo serviço a fim de desafogar a demanda cotidiana para os atendimentos individuais.

No âmbito desta pesquisa, o que se pôde constatar é que as atividades de grupo entraram no esquema ritualístico da rotina dos serviços. Existe uma necessidade dos mesmos trabalharem com a previsibilidade das circunstâncias e, por isso, até mesmo ações inovadoras acabam sendo influenciadas por essa antecipação, praticando, por exemplo, o esquema de atendimento de pacientes hipertensos em grupos, onde se distribui a medicação e se verifica a pressão. Nesse caso, o objeto das atividades não é o usuário, e sim, a doença, que se centra na racionalidade das ações e no conhecimento científico dos profissionais de saúde. Estabelecer “como objeto do trabalho em saúde o usuário significa conceber os aspectos subjetivos, e não

somente os objetivos, que o caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida” (PINHEIRO et al., 2005, p.24-25).

Ainda assim, pelas falas dos sujeitos entrevistados, vê-se a atitude transformadora de certos profissionais, que trabalham com o que têm e transformam o trabalho com as demandas estabelecidas pelos programas de saúde em atividades, que respondem efetivamente à complexidade das situações e dos sujeitos. Isso foi expresso na fala de uma médica, cuja Área de conhecimento, a priori, preconiza atendimentos quase que exclusivamente de consultoria:

No momento em que tu fica dentro do consultório, prescrevendo, vendo pressão, isso não traz nenhum benefício, traz, mas não aquele benefício que poderia ter quando se trabalha com a educação em saúde [...] uma coisa é um profissional explicar porque não comer sal, uma outra coisa é o vizinho dizer pro outro vizinho isso [...] então isso tem um outro impacto, a troca é muito grande, eu cresço muito com eles, eles crescem muito comigo (Médica).

O relato de um caso, feito por Merhy (2005, p.205), corrobora as idéias expostas na fala anterior. Ele parte de uma conversa com os trabalhadores de um serviço de saúde da cidade de Campinas (São Paulo), onde uma auxiliar de enfermagem, manifesta sua indignação frente às posturas dos médicos no atendimento de senhoras idosas:

Ela dizia que as pessoas velhas, como aquelas senhoras, tinham uma vida muito rica a oferecer e o modo como os médicos se relacionavam com elas era muito pobre. Não viam nelas isso tudo. Que agora ela entendia que podia ir para o interior da equipe e abrir essa conversa, propondo modos diferentes de se relacionar com aquelas senhoras. Imaginava a possibilidade delas mesmas, em rodas de conversas, colocarem coisas novas, umas para as outras, ou mesmo perceberem naquele lugar espaço para poderem ser escutadas. Que iria propor isso para o grupo de trabalho dela e para os médicos, e ver se eles concordavam em fazer algo diferente, que não fosse só dar receita de Diazepan.

A intenção resolutiva da assistência em grupos fica evidente tanto na fala extraída das entrevistas que compuseram este estudo, como no relato de Merhy, com base nas observações de uma auxiliar de enfermagem sobre a relação médico-paciente. Nos dois casos há o componente relacional sendo valorizado, da equipe com o paciente e entre os pacientes. A troca – de informações, de compreensões, de esperanças, de dúvidas, exposição dos diferentes estilos de vida – parece ser o elemento chave para a coesão do grupo, de modo que, aquela experiência lhes pareça agradável. As semelhanças e as disparidades imprimem um processo de envolvimento e comprometimento das pessoas frente às orientações do

profissional de saúde e frente às expressões dos próprios participantes. A condição mais idealizada estabelece-se no reconhecimento por parte da médica, cuja fala foi descrita, do seu crescimento com essa experiência, assim como, o crescimento dos participantes em relação ao seu engajamento.

Entretanto, é preciso levar em conta as particularidades do perfil de cada profissional, pois, de um modo geral, as práticas de saúde, como Merhy (1994, p. 121-122) bem observa, produzem trabalhadores dependentes de “atividades-meios” e, por isso, desatentos às finalidades de suas ações, desestimulando a autonomia do usuário e a aquisição de uma vida mais saudável. Trata-se de práticas clássicas que se desumanizam nos exames diagnósticos, nos remédios, nos atos, nas campanhas e, até mesmo, nos programas. “A relação trabalhador-usuário acaba sendo geradora de não-acolhimento, de não-vínculo, de não-responsabilidade, de não-autonomia. Burocratiza-se e despreza-se o outro como sujeito”.

O profissional, no meio grupal, enfrenta as mais complexas, ou as mais simplórias, necessidades de “seus” pacientes. É a possibilidade de lançar um olhar competente para essas necessidades, de modo que sejam consideradas integralmente. Essas outras práticas que permitem essa re-visão e, como dizem Machado, Pinheiro e Guizardi (2004, p.59-60), auxiliam-nos, também, na visualização dessas novas formas de cuidado integral nos espaços públicos, o que gera perspectivas de superação do modelo cunhado pelo projeto liberal-privatista. Além disso, a construção de um espaço de encontro nos serviços, onde haja embate de idéias e de “concepções de mundo”, permite conceber novos saberes e práticas de saúde que respondam à demanda por cuidado existente. Isso, contudo, depende da permissividade desses espaços e de seus atores aos “modos de andar da vida” dos sujeitos, de forma que se possam constituir como espaços de emancipação, de construção de movimentos contra-hegemônicos.

Em suma, quanto às atividades de grupo na rede de serviços básicos de saúde de Porto Alegre, têm-se as duas realidades operando simultaneamente: a estratégia de demanda e a estratégia assistencial. Como foi visto, a estratégia de demanda tem, no atendimento programado das demandas, um certo respaldo. Apesar disso, para participar das atividades de grupo, os usuários são chamados de diversas formas, o que confere um diferencial em relação à marcação de consultas, por exemplo. Para as atividades de consultoria, ou para realização de procedimentos, os pacientes têm uma data marcada na qual comparecem pontualmente. Para o comparecimento nas atividades de grupo, necessita-se de atitude mais voluntária das pessoas. Por isso, as Unidades de saúde criam táticas de chamamento, que podem ser visualizadas na Tabela 15.

TABELA 15 - Divulgação das atividades de grupo, nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.

DIVULGAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Convites impressos	19	20
Cartazes	16	16,5
Consultas/atendimentos	16	16,5
Todas/a maioria acima	38	39,5
Outras formas	7	7,5
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

As formas de chamamento compreendem a elaboração de convites impressos (ANEXO E), que são entregues aos pretendidos participantes, na unidade de saúde ou na residência dos mesmos, por meio das visitas dos ACS. Há, também, a confecção de cartazes informativos das atividades de grupo, especificando dias e horários dos mesmos; são afixados nas unidades ou em locais públicos freqüentados pelos usuários da Unidade.

As atividades de grupo também são divulgadas em meio a outras práticas assistenciais do cotidiano de trabalho. Assim, aproveita-se o momento em que os pacientes se submetem às atividades de consultoria, como está expresso na fala da enfermeira a seguir, ou em procedimentos, na recepção da Unidade, entre outros atendimentos.

Nas consultas. No momento da inspeção da gestante, então, na suspeita da gestação, né... solicitar o exame, quando vem a confirmação de gestante, ela já recebe orientação desse vínculo que vai participar dos grupos... é opcional, né. Têm algumas que, por um motivo ou outro, não querem. Não tem problema, mas fica em aberto, tanto que na pré-consulta, elas vão se dirigir para essa sala, para participar do grupo vão discutir assuntos, dúvidas referentes ao período da gestação. E no grupo de asma também. Durante a consulta com a pediatra, ela vê aquelas crianças que vão se engajar no programa da asma e já faz esse vínculo dos familiares com o grupo (Enfermeira).

Em torno de 40% das unidades pesquisadas utilizam as formas de divulgação relatadas acima, de maneira simultânea. Separadamente, 20% informam as pessoas por meio de convites impressos, 16,5% informam por cartazes e divulgação verbal nas consultas e outros atendimentos. (mesmo parágrafo: assunto único: as formas de divulgação). As outras formas de divulgação incluem inscrições nos grupos na recepção da Unidade, no acolhimento, sala de triagem ou pré-consulta, divulgação verbal na sala de espera, nas visitas domiciliares e em reuniões com a comunidade. Outra forma não consiste, exatamente, em divulgação, pois, como referiram os entrevistados, algumas atividades de grupo não necessitam ser divulgadas, por estarem sempre os mesmos participantes presentes. Há, ainda, o chamamento realizado

pela própria comunidade, que de “boca-em-boca” propaga e promove as atividades de grupos nos seus meios sociais, entre amigos, ou vizinhos.

Outro aspecto encontrado frente às formas de divulgação ou chamamento da população, foi a exposição a certos condicionamentos, de modo que, participar das atividades remete ao acesso a outros atendimentos ou benefícios oferecidos cotidianamente aos usuários da Unidade. Isso pode ser analisado na fala de uma técnica de enfermagem:

De três em três meses, eles são obrigados a vir para poder fazer o cadastro de hipertenso [grupo de hipertenso], tem que ser assim, porque se a gente não fizer isso, eles nunca vêm. Eles vêm um mês e depois somem, igual essas mães que ganham nenê né. Quando elas vêm fazer a vacina BCG, elas já marcam pra daqui a quinze dias e elas tem que estar aqui porque se elas não tiverem, eu não faço mais a vacina, não é que eu não faça, mas eu digo: “tem que vim, porque, se não, vocês não vão fazer a vacina, vocês vão lá para o postão” (Técnica de Enfermagem).

A relação de obediência do usuário perante o profissional de saúde é requerida para que se estabeleça o ato técnico. Ainda que se configure em relações sociais, é uma relação marcada pelo domínio e, conforme Lopes (1996), as profissões e seus atores estão carregados dessa complexidade e intrincados nessa teia, sempre havendo contradições, antagonismos e oposição dinâmica entre sujeitos e grupos sociais.

Cria-se uma situação desgastante, a partir da negação, por parte do usuário, em se agregar às atividades de grupo. As razões para isso podem ser as mais diversas: não está habituado a participar de atividades como essas, não foi sensibilizado para tal, só conhece as atividades mais tradicionais, usuais – ele prefere as consultas, procedimentos e medicamentos – atividades essas plenas de legitimidade. Portanto, condicionamentos dessa natureza só reforçam o modelo curativo e confirmam a validação assistencial das condutas tradicionais, pois as atividades de grupo, assim propostas, são meios para tentar alcançá-las.

A não obrigatoriedade de participação ou a condição obrigatória, principalmente quando os dias de encontros estão combinados a outras atividades, como já descrito anteriormente, relaciona-se com uma das dificuldades identificadas pelos entrevistados deste estudo: a não adesão dos participantes à modalidade de atendimentos em grupos.

**TABELA 16 - Dificuldades para implementação e realização das atividades de grupo
Unidades de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, 2005.**

DIFICULDADES	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Estruturais - relacionadas ao serviço	43	44,8
Relacionadas à população	21	22
As duas acima	22	23
Inexistência de dificuldades	10	10,4
Total	96	100

Fonte: Pesquisa direta, MAFFACCIOLLI, R., Porto Alegre, 2005.

A adesão pouco satisfatória dos usuários foi umas das constatações levantadas pelos entrevistados quando questionados acerca das dificuldades na implementação ou realização das atividades de grupo. Esse aspecto foi agrupado junto à categoria de dificuldades relacionadas à população, que alcançou um percentual de 22% dentre as demais dificuldades apontadas. Pode-se destacar ainda, quanto a essa categoria, a inobservância dos participantes quanto às orientações prestadas nas atividades de grupo e a falta de entendimento das mesmas. Quanto à questão da aderência às atividades, uma médica entrevistada, exprime o seu ponto de vista:

Mesmo tu pedindo que elas participem de, pelo menos, uma dessas palestras, esses grupos, às vezes, tem 50 marcados e vêm 12 ou 13. No início até se obrigava assim, mas tu não pode impedir a pessoa de pegar o comprimido. Muitas vezes tu vê que tem pessoas que não trabalham, que estão na cama dormindo, mas que não vêm (Médica).

Por outro lado, essa assistente social manifesta:

As pessoas não estão interessadas porque não está sendo interessante, se as pessoas não estão vindo é porque tu não está chegando onde tu quer chegar. O grupo não é por número, o grupo é porque tá chegando nas pessoas, as pessoas estão vindo porque elas estão interessadas, elas estão aprendendo, por isso elas estão se dispondo a vir (Assistente Social).

Essas falas traduzem, de alguma forma, as condições que determinam a aderência das pessoas às essas atividades educativo-terapêuticas. O que poderá influenciar o interesse dos usuários nos grupos, a ponto de participarem sistematicamente dessas atividades? Nesse contexto, cabe um questionamento precedente de Valla e Melo (1992): as pessoas estão sem educação ou sem dinheiro? Trata-se de assumir um posicionamento diferente, como esses autores, tendo em mente que o que se pode saber e fazer para se alimentar melhor, viver em um lugar melhor, com uma casa decente, com água, esgoto, serviços de coleta de lixo, luz elétrica deve anteceder todo e qualquer discurso educativo em saúde. Servem também de

elementos indicativos quando se quer explicações quanto à falta de entendimento das pessoas diante das orientações prestadas nas atividades de grupo.

De outro modo, os entrevistados reconhecerem que, em torno de 45 % das dificuldades que encontram para realizar essas atividades são relativas a questões estruturais das Unidades. Entende-se, para essas questões, tanto o aporte físico das Unidades quanto à disponibilidade de recursos humanos, representados pelos profissionais atuantes nas atividades. Para a primeira, destacam-se os locais inadequados, carência de medicamentos a serem distribuídos para os participantes, falta de material de apoio/auxiliar para o desenvolvimento das atividades, entre outros. Para a segunda questão, alguns entrevistados, referiram que as outras atividades assistenciais do local de trabalho sobrepõem a iniciativa de atuar nos grupos, o que remete à falta de tempo dos mesmos para esse intento. A fala de uma das enfermeiras entrevistadas demonstra como esses entraves se impõem em detrimento dos grupos.

Antigamente nós éramos três enfermeiras aqui dentro, a minha circulação dentro dos grupos era 100%. Isso pra mim... tá atendendo grupo é dez mil vezes do que tá atendendo individual né, e aí a coisa vai afunilando, vai te empurrando para o atendimento individual [...] Acho que se a gente tivesse mais recursos, aquela coisa assim né, espaço físico, que a gente não tem, se tivesse melhor material didático [...] muitas vezes, se tu quer uma coisa diferente para o teu grupo, a gente tira dos bolsos, se tem que fazer lâmina, se tem que preparar algum material diferente, sai do bolso (Enfermeira).

A falta de profissionais nas Unidades foi uma observação freqüente durante a coleta de dados desta pesquisa. Muitos locais, como já referido, mantinham equipes incompletas no seu quadro funcional. Dessa forma, depreende-se que há uma certa insuficiência de profissionais de saúde nas Unidades básicas. Por outro lado, nas equipes completas, visualiza-se a sobrecarga de trabalho que impossibilita esses profissionais de se envolverem mais ativamente com outras atividades. Aparentemente, as determinações dos gestores e as necessidades reais dos serviços destoam quanto ao número adequado de profissionais atuantes na assistência. Ou seja, é mais um demonstrativo de que a lógica que paira sobre o exercício gerencial não privilegia os atendimentos menos tradicionais de saúde, representados pelas atividades de grupo. Isso pode ser confirmado, também, pela falta de suporte material, reivindicado por muitos dos entrevistados deste estudo, para apoiar logisticamente as atividades. Para contornar essa situação, os recursos são levantados a partir de doações dos próprios profissionais, que retiram uma parte do seu salário a ser investido em prol do bom andamento dos “seus grupos”.

Assim, 23% dos serviços identificaram que dificuldades estruturais e relacionadas à população acontecem concomitantemente no momento de implementar e realizar as atividades de grupo. Em torno de 10% dos entrevistados, entretanto, referiram não haver nenhum tipo de impedimento de tais atividades. Diante disso, pode-se considerar, também, as particulares de cada profissional ao analisar seu contexto e avaliar até que ponto determinadas situações impõem limitações em função do entendimento e do perfil de cada trabalhador. À medida em que se propõe investir, diante das adversidades, nas atividades de grupo, verifica-se uma postura favorecedora que poderia justificar, por exemplo, esses diferentes olhares quanto às dificuldades e às formas de transpô-las.

Vale a pena salientar, como um último aspecto, uma outra forma bastante freqüente, para contornar o problema da adesão. Consiste em um sistema de trocas onde as Unidades oferecem certas contrapartidas de maneira a subordinar a aderência das pessoas às atividades. Vários são os benefícios, dentre eles, os entrevistados referiram: medicamentos, festividades, chás, escovas dentais, presentes para as gestantes, “papinhas” para as crianças, mantimentos (alimentos). Oferecer certas gratificações e, antes mesmo, divulgar que isso irá ocorrer no momento das atividades é, então, uma forma de aliciar e incrementar o número de participantes, como está explicitado nas falas de duas enfermeiras.

Os grupos de gestantes, os grupos de mulheres, são grupos assim que tu faz um convite coletivo e a participação é muito pequena, pelo número de gestantes e de mulheres que se tem. A não ser que tu faça uma barganha, que tu ofereça um chazinho de fralda, que tu ofereça uma festinha, alguma coisa assim, aí elas participam, não existe realmente a cultura de grupo (Enfermeira).

Se a gente tivesse mais material, com certeza iria ilustrar, chamar mais à atenção, se a gente tivesse coisas mais até para oferecer né. O grupo de puericultura, se tivesse brindes, prêmios, alguma coisa assim, isso, queira ou não, chama a atenção (Enfermeira).

Esse tipo de relação estabelecida em torno das pessoas, da recompensa que irão receber em dispor a participação em determinados eventos, pode ser, tanto um mecanismo falho, como pode representar a única forma de chamar a atenção, em um primeiro momento, para propostas de atendimentos diferenciados. Quanto às falhas, poder-se-ia pensar em um sistema provisório onde as relações se dão somente em nível condicional e clientelístico. A situação de barganha, exemplificada nas falas acima, determina o aspecto quantitativo das participações, que poderão ser efêmeras, dependentes da predisposição de elementos subsidiários, as recompensas. A falta desses elementos remete à descontinuidade do processo,

pois a população, acostumada com os ganhos, não mais se disporá a tomar parte nas ações coletivas na falta dos mesmos.

A resistência das pessoas em aceitar as atividades de grupo como práticas terapêuticas, por outro lado, pode ser vencida ao longo do tempo, à medida que vão se habituando com tais práticas e identificando o sentido nas mesmas. Valer-se de táticas “sedutoras” de chamamento, quando da implementação dos grupos, é alternativa viável, encontrada pelos profissionais para esse engajamento. No entanto, associar, isoladamente, premiações aos grupos, faz com que nem mesmo as ações educativas alcancem qualquer efeito significativo. A relação constrói-se superficialmente, não há oportunidade de troca de idéias, de experiências de aprendizados; somente a troca de recursos materiais pela presença das pessoas.

É importante mencionar um outro aspecto importante nesta discussão quanto ao oferecimento de benefícios aos participantes. Anteriormente, discutiu-se a questão da educação em saúde articulada às condições de vida das pessoas. Em comunidades carentes, onde há escassez de recursos necessários à sobrevivência, oferecer mantimentos alimentícios à população, por exemplo, resulta em vínculo estritamente donativo, que atenua alguns problemas mais elementares. Refletir sobre as condições de pobreza e a falta de acesso às políticas sociais, como o fazem Guimarães e Szwarcwald (2004), remete a ponderar o quanto essas condições interferem nos indicadores de saúde das grandes cidades. Com isso, há o comprometimento de qualquer intenção em sanar os agravos de saúde, pois as condições resultantes da pobreza de certas comunidades se sobrepõem.

Assim, argumenta-se que a legitimidade dos grupos fica prejudicada quando há cooptação contínua a certos benefícios. Perpetua-se uma condição que, na verdade, acontece também em outras atividades assistenciais, como nas consultas médicas. Nestas, a licitude está centrada na solicitação de exames, indicações de medicamentos e procedimentos. Nesse sentido, a percepção dos usuários em função do que é ofertado pelos serviços de saúde, pode motivar a busca pelos mesmos, como referem Franco e Merhy (2005), ajustado por um juízo de valor imposto às condutas tomadas. O que o serviço tem a proporcionar, de modo que resolva os problemas de saúde e, se possível, complemente aspectos referentes a necessidades sociais, constitui um campo simbólico que o usuário utiliza para atribuir o significado à assistência que se presta. É o que os autores denominam de *produção imaginária da demanda*, determinada pelo perfil do serviço de saúde e pela forma como se dá a produção do cuidado e das relações firmadas entre trabalhadores e clientela.

Incluir os usuários na proposta das atividades de grupos é, então, um desafio para suprir essas dificuldades, e legitimar essa prática assistencial no imaginário popular, como uma atividade pertinente na resolução dos problemas. Até mesmo, quando esses problemas se processam em nível de carência social, existem alternativas, como foi relatado anteriormente, em relação às atividades de geração de renda. A reunião de pessoas por intermédio dos grupos, pode agregá-las para a busca conjunta da resolução das adversidades sociais/coletivas.

Uma das maneiras de estimular esse tipo de inclusão e mensurar o quanto os participantes estão sensibilizados para a importância das atividades de grupo, constitui na cooperação dos mesmos em torno da operacionalização dessas atividades. Pensando-se nisso, e apropriando-se de exemplos advindos da experiência, um dos questionamentos feitos foi em relação à interação dos participantes para auxiliar em tais arranjos organizacionais.

Em torno de 50% dos entrevistados referiram que existe uma certa integração dos participantes para provimentos necessários à realização de atividades de grupo. O levantamento desses dados apontou que, especificamente, em 45 Unidades de Saúde havia esse comprometimento dos participantes. As formas de participação foram as mais diversas e podem ser exemplificadas pelas falas dos entrevistados seguintes:

Eles viram que não iam conseguir de jeito nenhum aparelho de HGT, daí eles mesmos se organizaram, com rifas, caixinhas, enfim, os recursos que eles tinham ali e conseguiram comprar o tal aparelho. Então, assim, eles se consideram muito [...] eu acho sinceramente que eles tocariam o grupo tranqüilamente (Residente de Enfermagem).

O de convivência também é um grupo bem organizado que algumas pessoas que participam dele são pessoas da associação nova de moradores [...] então tem um chá que eles fazem todos os meses de agosto. As pessoas que participam desse grupo são pessoas que fazem esse chá todos os anos né, então, no próprio grupo eles já fazem toda a movimentação de venda de ingressos, então é bem organizado pra isso (Enfermeira).

Eles querem fazer um passeio para Gramado, então os grupos têm girado em torno desse assunto. A gente decidiu fazer algumas rifas para juntar dinheiro para pagar a passagem, então, eles estão assim, vendendo rifas né (Enfermeira).

Considerou-se como integração nas atividades, a participação das pessoas que, de alguma forma auxiliavam a sua organização. As formas de auxílio, muitas vezes, estão atreladas a situações lúdicas, como o preparo de eventos festivos e levantamento de recursos para custear passeios. Pensa-se que recorrer a esses “ritos furtivos” (comer, rir, etc.) nos grupos, como diz Lopes (1995, p.171), é uma forma de canalizar a atenção para outra direção

que não a doença e o sofrimento. Essas práticas estão repletas de vida e são recorrentes. Representam uma “válvula de escape” em relação ao desprazer ocasionado pelas enfermidades, pela solidão, pelas insatisfações do cotidiano familiar/social em que se está inserido.

Em menores proporções, os participantes tomavam providências quanto à estrutura prevista para a realização das atividades e, como referido na última fala, na aquisição de equipamentos necessários à comunidade, como um aparelho de HGT. Remete-se à autonomia, a possibilidade do autogerenciamento das condições de vida, proporcionada pela união de esforços nessas atividades. Dessa forma, o desenvolvimento da cidadania é um elemento que merece destaque, conforme Rodrigues (2000), frente à formação dos grupos. Em sua experiência com um grupo de mães de crianças desnutridas, percebeu que as discussões efetuadas despertaram o espírito crítico nos integrantes do grupo. Foi proporcionado às pessoas visualizarem-se como sujeitos capazes de enfrentar desafios e transformar a realidade em que vivem, na busca do exercício da cidadania.

Se houvesse reais possibilidades de estabelecer condições para o pretenso desenvolvimento da cidadania nos grupos, assim, como num passe de mágica, podendo-se superar as dificuldades impostas frente às suas potencialidades, ter-se-ia em mãos um instrumento capaz de responder às necessidades de saúde e, de alguma forma, às necessidades sociais da população. Também, poder-se-ia responder à satisfação de alguns trabalhadores, que se dedicam ou desejam se dedicar mais às atividades de grupo.

Pensando-se nisso, esse último aspecto será resgatado a seguir, onde será lançada a discussão referente à motivação dos entrevistados em trabalhar com tais atividades.

7 AS ATIVIDADES DE GRUPO COMO ESPAÇOS ASSISTENCIAIS: RAZÕES E REAÇÕES DOS ATORES

Até o presente momento, foram apresentadas informações que traçam o panorama das atividades de grupo no âmbito da assistência de saúde básica no município de Porto Alegre. Foram elementos representativos da presença massiva dessas atividades nas práticas de saúde desses locais. Buscou-se construir um diagnóstico que repercutisse as circunstâncias em que as atividades de grupo se estruturam e as especificidades dos contextos, evidenciando que os mesmos são suscetíveis tanto ao macrossistema representado pelas políticas de saúde quanto às peculiaridades locais.

Os espaços assistenciais, gerados pela perspectiva do trabalho, com essas atividades, podem ser tanto mais responsivos quanto mais promotoras forem as condições que norteiam sua implementação. Tais aspectos, pelo que foi possível visualizar, são desprovidos de qualquer regularidade, ou seja, são dependentes dos microambientes, da postura e das relações profissionais e gerenciais/gestoras. Considera-se que, dentre esses elementos, o posicionamento profissional tem decisiva influência. Os espaços físicos, reportando-se às discussões anteriores, podem ser desfavorecedores, mas o empenho de determinados trabalhadores, mesmo em condições impróprias, tenta fixar na rotina assistencial, as atividades de grupo e as torna legítimas, uma atividade digna de atenção por parte da equipe, da comunidade e da esfera organizacional.

Ainda que haja clara menção das atividades de grupo nas políticas e programas de saúde, ou referência implícita, em capítulos específicos sobre educação em saúde, observa-se que há diferentes abordagens quanto à sua utilização. O fato de não ser uma função exclusiva de uma única categoria profissional, sinaliza possíveis causas para essas discrepâncias.

Esta pesquisa apontou que, desde trabalhadores de mais alto nível de qualificação até aqueles que não se detêm em habilitações formais na Área da Saúde, atuam conjuntamente, ou de maneira individual, nessas atividades. Examina-se que, a partir disso, além de reunir as pessoas com os mesmos interesses ou objetivos, a proposta grupal é uma prática associativa de diferentes Áreas de conhecimento e seus diferentes graus de entendimento. Esse processo pode alcançar um nível tal de evolução a ponto de alavancar outros resultados, sendo que um deles pode ser o respeito mútuo às competências profissionais observada a diversidade que as caracterizam.

Esse reconhecimento recíproco pode fazer com que os profissionais identifiquem-se, uns com os outros, assim como ocorre entre os participantes das atividades de grupo. Essa

mútua assimilação dos sujeitos, a partir dos seus fazeres e saberes, é algo que, nas palavras de Neto (2005, p.250), “permite situar no interior das sociedades os papéis que executam e ao mesmo tempo suprir a sociedade daquilo que ela necessita em dado momento histórico”.

Assim, um aspecto que se fez necessário tratar está relacionado às diferentes motivações dos profissionais para atuarem nas atividades de grupo. Consciente de que, muitas vezes, essas motivações partem da predisposição organizacional das Unidades de Saúde, pretendia-se ir além desses elementos mais visíveis e estimular os trabalhadores a falarem sobre suas práticas, a esboçarem suas frustrações e suas satisfações frente às potenciais imposições do ambiente de trabalho.

Especificamente, o questionamento foi o seguinte: “Porque se realiza esse tipo de atividade no serviço?”. Em um primeiro momento, pretendia-se não considerar as justificativas pessoais dos entrevistados, mas isso foi ocorrendo naturalmente, o que remeteu a uma certa responsabilização dos mesmos sobre as atividades. Sendo assim, pode-se identificar, a partir das respostas, que tais abordagens inscrevem-se “empiricamente” na reconfiguração da proposta assistencial em Atenção Básica à Saúde.

O teor qualitativo desse questionamento gerou uma multiplicidade de respostas, sendo necessário organizar tópicos-chave para as justificativas. Aglomerados, esses tópicos estão listados a seguir, atentando para o fato de se apresentarem na ordem crescente em relação à frequência com que foram citados pelos entrevistados:

- Troca de conhecimentos / experiências/ informações / aprendizado recíproco;
- prestação de informações / orientações / esclarecimentos / instruções sobre a
- doença;
- estímulo à responsabilização / conscientização pela saúde;
- motivação pessoal do profissional;
- estratégia de educação em saúde;
- oportunidade de lazer / socialização / interação / motivação / elevar a auto-
- estima;
- abrangência de maior número de usuários ao mesmo tempo;
- medidas condizentes com a proposta de saúde pública / saúde coletiva;
- medida preventiva em saúde;
- acompanhamento e controle dos pacientes;
- valorização da equipe de saúde;
- prestação de uma assistência para além do modelo de consulta;

- demanda reprimida / diminuição no número de consultas;
- cumprimento de programas de saúde que contemplam atividades de grupo;

Analisando esses itens, pode-se remeter às várias discussões traçadas anteriormente neste estudo. Os primeiros, que apareceram no agrupamento das respostas com maior frequência, encaminham para a noção das atividades de grupo como estratégia assistencial dos serviços de saúde. Isso fica mais claro quando se aponta, por exemplo, o acompanhamento e controle dos pacientes e ao se justificar a prática dessas atividades como medidas preventivas em saúde. Além disso, o fato de estimular a responsabilização e a conscientização das pessoas para com sua saúde, pode ser também tomado como uma medida assistencial, no momento em que motiva o autocuidado.

Nessa mesma linha, a educação em saúde se materializa como prática assistencial. Esse direcionamento pode ser verificado nos tópicos que atestam os grupos como sendo oportunos para o esclarecimento de informações e prestação de instruções sobre a doença, como também a troca de conhecimentos e experiências. O potencial terapêutico reside nas possibilidades do autocuidado e da proposta preventiva em relação às situações danosas, consubstanciadas pelo ambiente educativo formal pelo saber técnico e pela amplitude e informalidade do saber popular. A fala seguinte demonstra que todas essas expressões estão imbricadas na perspectiva da estratégia assistencial.

Nos grupos a gente consegue trabalhar muitas ações de saúde: a questão da orientação, da educação em saúde que tu não consegue em uma consulta individual. Uma das coisas bem legais é que tu consegue trabalhar todas, né, um conjunto das mesmas dificuldades e de que forma se pode resolver isso [...] as pessoas têm um tempo maior para conversar, debater e a gente consegue muitas coisas assim, na área da prevenção [...] (Enfermeira).

O efeito das atividades de grupo, para os que dele participam, é proporcional a essas dimensões da promoção da saúde, quando são colocadas em prática. Mais positivo será o ajuizamento das pessoas e se dará a aceitação, como Carvalho, Fonseca e Pedrosa (2004) observam, se o aprendizado, o vínculo afetivo, a motivação para a vida e o impacto na saúde forem uma constante naquele ambiente grupal.

Nesse sentido, há um elemento imprescindível que instaura todo esse processo. A comunicação, o apoio instrumental do grupo, que viabiliza o aprendizado e a interatividade entre as pessoas. Para Stefanelli e Carvalho (2005), a comunicação no âmbito terapêutico serve ao paciente ajudando-o a visualizar sua capacidade para resolver conflitos, reconhecer

suas limitações, poder ajustar-se ao que não pode ser mudado e desafiá-lo para alcançar a auto-realização.

Coletivamente, a comunicação amplia esse cunho terapêutico na medida em que as pessoas se expressam e se assemelham em seus anseios. Proporciona, também, socialização, motivação, lazer e eleva a auto-estima dos participantes, como foi mencionado pelos entrevistados deste estudo. Trata-se de compreender os agravos físicos inseridos em um contexto social e, partindo desse contexto, pode-se buscar soluções que sejam mais duradouras. A doença física e a social singularizam-se e, por isso, não devem ser consideradas isoladamente. As falas seguintes explanam a pertinência desta relação:

Eu acho que mais de 50 % da nossa população aqui é de idosos e, no mínimo, 70% tem hipertensão e diabetes, ou uma ou outra, né. Então a gente tinha que fazer um trabalho assim, não tem como não fazer e também porque essas pessoas idosas, elas não têm lazer, agora o grupo chegou em um ponto que o grupo é o lazer deles (Enfermeira).

A idéia é assim: que as pessoas, a partir da experiência aqui, de uma terapia de grupos, aprendam a buscar outros grupos por fora, grupos de amigos, de ajuda comunitária, grupos religiosos, enfim, que as pessoas se isolem menos (Psicóloga).

As considerações de Hartfort (1983, p.48), proporcionam uma adequada síntese desses aspectos ao considerar que, por meio das discussões de grupo, o participante, ao interagir com os outros, vê a si mesmo. Simultaneamente, ele olha para os outros e os ajuda, além de sensibilizar-se quanto aos seus “próprios motivos, sentimentos e estratégias ao lidar com outras pessoas”.

As atividades de grupos como estratégias assistenciais, se considerados sob esse prisma, representam instrumentais de trabalho que não necessitam de um aporte tecnológico oneroso ao sistema de saúde. Requerem sim, para o pleno desenvolvimento, uma concepção que seja mais assimilativa, que reconheça sua potencialidade terapêutica. Além disso, requerem mais uma coisa: uma atuação assistencial que seja diferente das condutas da clínica clássica, pois a mesma carece, conforme Favoreto (2004), de momentos de interpretação e de percepção, que possibilitem novas representações e gerem novos significados terapêuticos em favor daqueles que estão sofrendo.

Por outro lado, uma estratégia que se pretende assistencial passa a ser questionada quanto a esse caráter quando são redirecionados pelo serviço diante da necessidade de reduzir a demanda. Isso acontece quando se quer resolver, com os grupos, o problema da demanda reprimida e/ou a diminuição no número de consultas (médicas). Nos questionamentos

anteriores sobre os motivos para a realização de atividades de grupo, esse foi um dos elementos apontados. Os outros aparecem quando os entrevistados reconhecem que é uma forma de abranger maior número de pessoas em um mesmo intervalo de tempo. Há, ainda, a dúvida quanto à eficácia dos grupos quando os mesmos se limitam a ações programáticas, no sentido de seguir suas metas restritivas quanto ao alcance das necessidades da população.

No entendimento dos entrevistados, a partir do pouco que se mencionou acerca da manipulação de demandas, pode-se concluir que, ao menos na consciência desses trabalhadores, os grupos são instrumentos educativos, reconhecendo neles o papel potencial terapêutico e de educação em saúde. Assim sendo, houve significativa referência à motivação do próprio profissional ou da equipe como justificativa para a implementação dos grupos nos seus locais de trabalho. Outra referência, nesse sentido, foi quanto à valorização da equipe de saúde por parte da população, que remete à otimização do vínculo da mesma ao serviço. Esses aspectos inscrevem-se nas falas destas duas enfermeiras:

Eu acho que tem muito a ver com as pessoas que trabalham aqui dentro [...] a gente entende que o grupo é a solução para muitos problemas [...] mas tem muito a ver com essa unidade, com o profissional mesmo. Todas as pessoas envolvidas com o grupo acreditam no atendimento em grupo (Enfermeira).

Eu, como enfermeira, sou a que mais puxo essa atividade [...] se dependesse de outros técnicos, eu não sei se isso teria permanecido [...] eu acho que o perfil do enfermeiro tem essa característica (Enfermeira).

A questão da valorização da equipe refere-se à possibilidade da população, inserida ativamente no processo assistencial, passar a valorizar esse momento, internalizar o que está sendo discutido, assimilar as orientações e ser multiplicadora desses conhecimentos. Em um ambiente em que o profissional de saúde senta ao seu lado, ouve suas dificuldades e constrói junto soluções simples para os seus problemas, as relações se horizontalizam e a equipe de saúde é vista como parceira.

A referência ao papel do enfermeiro nas atividades de grupo faz resgatar alguns autores, como Ramos e Lima (2000), que evidenciam a estreita relação da atuação desse profissional com a educação em saúde. Para essas autoras, o enfermeiro é um educador por excelência e sua função na promoção de saúde e na prevenção de doenças é essencial. Munari e Fernandes (2004), reconhecem o potencial do profissional enfermeiro como coordenador de atividades de grupo, e Munari et al. (2005), destacam as exigências mercadológicas desses profissionais competentes para esse tipo de abordagem.

Em suma, as práticas do profissional de saúde e da equipe, que ele molda e pela qual é moldado, determina diferentes formas de visualizar as atividades de grupo e exercer esse tipo de assistência. Permitir a participação popular é, também, uma forma de reorientar a proposta assistencial na medida em que reconduz, conforme Vasconcelos (2004, p.73), a globalidade das práticas ali exercidas, contribuindo para a superação do biologicismo, do “autoritarismo do doutor”, desprezo pelas iniciativas dos usuários do sistema de saúde e do enquadramento com soluções técnicas limitadas para problemas sociais globais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das discussões, perseguiu-se o objetivo geral que desencadeou as análises subseqüentes. Lançou-se, como um primeiro passo, a idéia de explorar as unidades, que compõem a Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, para explorar o perfil da assistência quanto às práticas de grupo.

Tentou-se responder a uma pergunta, que, devido à prática não problematizada, não suscitava interesse para que fosse afinal desvelada: em que consistem as atividades de grupo na prática assistencial da rede básica de saúde? Ou melhor, em que consiste um dado procedimento, no qual o atendimento se processa por meio de um coletivo de pessoas reunidas, em um mesmo espaço de tempo e local, sob a responsabilidade de um profissional, ou trabalhador de saúde? Essa pergunta necessitava ser respondida de maneira sistematizada, pois a casuística desse tipo de procedimento, se faz presente no cenário proposto como foco deste estudo.

Essa indagação resultou em uma grande variabilidade de respostas, que são proporcionais à diversidade do panorama em que se desenvolvem. Podem representar tanto atividades que envolvam um grupo de pessoas, voluntário, coeso, amparado e direcionado para um objetivo, como podem ser um coletivo de demandas reunidas em função de processos puramente organizativos dos locais que os adotam. Constatou-se que, outra análise realizada por Shossler (2005) e oriunda do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, deu origem a um questionamento semelhante: o que representava ser um coletivo composto por alunos de uma disciplina, voltada para os estudos da temática dos grupos? Poderiam ser considerados um grupo? Fazia-se um esforço para delimitar quem e quais elementos eram particulares àquele agrupamento, sendo que, muitas vezes, deparavam-se com situações que resultavam em quebra da totalidade em torno da qual tentavam se definir como um grupo.

É relevante analisar tais delineamentos da prática assistencial de modo que possam ser entendidas e apropriadas em termos de significados para quem deles quer participar ou observar. No caso dos grupos na rede básica de saúde de Porto Alegre, a banalização dessas atividades as torna mais sujeitas a situações desfavorecedoras. De fato, não se pode considerar que, qualquer totalidade/coesão de pessoas nesses processos e, nessa lógica, sejam consideradas um grupo. Isso ficou claro neste estudo, como também ficaram

claras as pretensões particularizadas pelo fazer responsável de alguns profissionais de saúde preocupados em explorar o potencial terapêutico de atividades como essas.

Em relação ao perfil dos serviços em que as atividades de grupo estão acontecendo, é representativo o número de Unidades de Saúde da Família. Isso remete aos esforços das políticas públicas em saúde para reorientar o modelo assistencial e demonstra que há manifestação clara para deflagrar tal reorientação. Ainda que haja críticas em relação a esse formato operacional da assistência básica de saúde, trata-se de uma forma de aproximar e horizontalizar as práticas de saúde e os seus trabalhadores da população. Identificam-se tais intenções com os potenciais resultados das atividades de grupo nesse âmbito.

Um outro aspecto que indica essas mudanças corresponde aos ajustes no processo de trabalho em saúde, de maneira que vem se constituindo inter ou, mais comumente, multidisciplinarmente. Condizente com essas tendências, os profissionais envolvidos com as atividades de grupo, se organizam para exercer essa atividade também de maneira inter/multidisciplinar. Ou seja, a predominância, neste estudo, foi de que todos, ou a maioria dos integrantes das equipes de saúde desenvolviam as atividades de grupo conjuntamente ou como coordenadores locais.

A partir desses achados e do fato de que 83% das Unidades pesquisadas praticavam atividades de grupo, poder-se-ia dimensionar o potencial desse tipo de assistência no contexto analisado. Alguns dados, contudo, acrescentam questionamentos quanto à utilidade expressa pelos serviços e quanto à efetividade no que se refere ao caráter terapêutico. Tinha-se uma idéia prévia de que as atividades de grupo poderiam representar uma forma dos serviços para manejar a clientela excedente. Ou ainda, que essas práticas fossem deliberadas para determinados atendimentos em saúde. Isso pôde ser visualizado no caso das atividades atreladas a outras que compreendiam, por exemplo, medida de sinais vitais, entrega de medicações, avaliações individuais de saúde. Sabe-se que, por si só, não se tem elementos subsidiários para “julgar negativamente essas práticas”. O que se sabe é que, diante do cenário que se apresenta e que se quer transformar, a chance de implantar atividades ditas de educação em saúde com pretensões à modificação dos modelos assistenciais é discutível.

A necessidade de reduzir a demanda faz com que os serviços redirecionem essa estratégia que se pretende assistencial, fazendo com que se questione sua real utilidade e, mais ainda, suas razões de implementação. Dessa forma, as atividades de grupo estão dispostas de modo a resolver as inconstâncias ocasionadas pela demanda reprimida e/ou para influenciar na diminuição do número de consultas, sobretudo, as médicas. São pertinentes outras questões

relativas, por exemplo, à tendência de essas atividades abrangerem maior número de pessoas em um mesmo intervalo de tempo e quanto à possível ineficácia dos grupos quando os mesmos se limitam a ações programáticas, que presumem o pré-estabelecimento das necessidades de saúde e das condutas profissionais.

Assim, procurou-se encontrar elementos subjacentes ao que se explicita no cotidiano de saúde, pela força do fazer fragmentado. O próprio fato de haver a adoção significativa dessas atividades por parte dos serviços e dos profissionais ali atuantes já pode ser estimado como um acontecimento renovador da tipicidade dos atos. Outros argumentos estão nas palavras dos entrevistados, os quais manifestaram interesse em promover e arranjar operacionalmente as disposições necessárias nos seus locais de trabalho para desenvolver atividades de grupo. Somam-se outras manifestações que remetem à questão da conveniência das atividades de grupo como momentos de excelência para exercer educação em saúde. Considera-se que, é dessa forma que se reflete, também, um outro foco de atenção, o que privilegia a promoção, a terapêutica, considerando os aspectos comunicacionais e relacionais (plural), que dão chances para o paciente se manifestar, explicitar suas vontades e intercambiar soluções que considera apropriadas conforme o seu próprio entendimento.

Dessa forma, a educação em saúde aparece como um direcionamento para consubstanciar a prática assistencial e a promoção da saúde. Esta pesquisa constatou, pelas falas dos entrevistados, que os grupos podem ser oportunos para o esclarecimento de informações sobre as doenças, para a troca de conhecimentos e experiências. A terapêutica é executada por meios não intervencionais e refere-se ao autocuidado e à proposta preventiva em relação às situações e agravos à saúde. Articulam-se o ambiente educativo, proveniente do saber técnico, e a informalidade, proveniente do saber popular; e têm-se em funcionamento, atividades que, re-elaboram as relações de trabalho, relação paciente-terapeuta e, com isso, reorientam, pontualmente, o modelo assistencial vigente em saúde.

Chega-se ao final deste estudo ciente das limitações, em função das próprias características temporais do curso de Mestrado. Nesse sentido, analisar e descrever a totalidade de informações geradas nesta pesquisa tornou-se uma difícil tarefa. Foi preciso otimizar o tempo e considerar os dados mais relevantes à apreensão do objeto, de maneira a desvelá-lo sob seus aspectos mais representativos. E, o mais representativo para a pesquisadora, foi o ensejo de apresentar e documentar, de alguma forma, a importância das atividades de grupo como uma ferramenta pouco dispendiosa à disposição do profissional, para melhor conduzir as demandas sociais e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v.9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ANDALÓ, C. S. A. C. O papel de coordenador de grupos. **Psicol. USP.** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. **Port Folio:** como trabalhamos com método de oficinas. Fortaleza: UFCE, 1998.
- BEHELLI, L. P. C. ; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p.242-9, 2004.
- BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe – Instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) **Instrumentos básicos para o cuidar – Um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996.
- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. (Orgs.) **Bases da saúde coletiva.** Londrina: ABRASCO, 2001.
- BLANCHET, A ; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: L'entretien.** Sociologie 128. Paris : Éditions Nathan, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar:** manual técnico. Brasília, DF, 2002a.
- _____._____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2002b.
- _____._____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF, 1990a.
- _____._____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Anexo 2: Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, DF, 1990b.

_____. _____. **Saúde do idoso**. 2005. Disponível em: <<http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/busca.cfm>>. Acesso em 24 set. 2005.

_____. _____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006a. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006a, Sessão 1.

_____. _____. **Programas**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 10 abr. 2006b.

BRICENÕ-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia social contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 719-26, 2004.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os**

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001 .

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de Enfermagem. **Instituto para o desenvolvimento da saúde.** 2001. p. 34-42. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em 02 nov. 2004.

CUSTÓDIO, A. Saúde vai à lona. **Diário Gaúcho**, Porto Alegre, p.6, 16 fev. 2006.

DALL'AGNOL, C. M.; MARTINI, A. C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 89-96, 2003.

DUNCAN, B. B.; SHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial - Condutas Clínicas em Atenção Primária.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FAVORETO, C. A. O. A velha e a renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.D. (Org.) **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

GAYOTTO, M.L.C.; DOMINGUES, I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GHC – Grupo Hospitalar Conceição. Gerências de Ensino e Pesquisa. **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.** Disponível em: <www.ghc.com.br/GepNet/>. Acesso em: 20 fev. 2006.

GONÇALVES, A. M.; PERPÉTUO, S. C. **Dinâmica de grupos: na formação de lideranças.** 8 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Com. Editora Nacional, 1973.

GUIMARÃES, M. J. B.; SZWARCOWALD, C. L. Desigualdades sócio-econômicas de atenção à saúde e de mortalidade infantil entre os bairros do Recife 1995-1999. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 6., 2004, Recife. **Livro de Resumos**.

HARTFORT, M. **Grupos em serviço social**. Rio de Janeiro: Agir, 1983.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-480, 1994.

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOPES, M. J. M.; SILVA, J. L. A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na Atenção Básica de Saúde. **Revista Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p.683-688, 2004.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 439-445, 2005.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1973.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 10-17, 2004.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 334p.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

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

MORETTO, A. **Grupos educativos de saúde: significado para o paciente**. 1994. Dissertação de Mestrado – Faculdade de educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MUNARI, D. B. ; et al. O ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 220-30, 2005.

MUNARI, D. B.; FERNANDES, C. N. S. Coordenar grupos: reflexão à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 26-32, 2004.

MUNARI, D B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora, 1997.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NETO, M. F. S. O ofício, a oficina e a profissão: reflexões sobre o lugar social do professor. **Cad. Cedes**. Campinas, v. 25, n. 66, p. 249-259, 2005. Disponível em: <www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 28 mai. 2006.

OLIVEIRA, D. L. **Brazilian adolescent women talk of HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex-what implications for health promotinon?** PhD Thesis – Institute of Education, University of London, London, 2001.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.

_____. _____ **Declaração de Jarcarta**. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Indonésia, 1997.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

PIRES, D. E. P.; SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família: entrevista. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.53, n. esp., p. 7-16, 2000.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre, 2004a.

_____. _____ **Cartilha do SUS Porto Alegre**. Porto Alegre: agosto, 2004b.

_____. _____ **Políticas de Saúde**. Disponível em <www.portoalegre.rs.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2006.

_____. _____ **Procedimentos e ações em saúde para o profissional enfermeiro**. Porto Alegre: maio, 2002.

_____. _____ **Proposta de Regionalização da Atenção à Saúde em Porto Alegre**. Porto Alegre: março, 2004c. Mimeografado.

PORTO, G. B. **Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre**. 2005. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

_____. **Palavras desenhadas** – Um protocolo de orientação alimentar através de desenhos na consulta de enfermagem. 2002. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo e Espaço, 1992.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na Rede Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 45-55, 2000.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RODRIGUES, L. A. J. et al. Interações com usuários na Unidade Básica de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.) **Saúde do adulto** – programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

RODRIGUES, M. G. S. **Um processo de educação em saúde desenvolvido com um grupo de mães de crianças com algum grau de desnutrição**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <<http://www.nfr.ufsc.br/pen/Brazil/dis1.htm>>. Acesso em 14 mar. 2006.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 255-61, 2004.

SANDOVAL, R. C. B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares**: percepção acerca das complicações crônicas e conseqüências sociais crônicas. 2003. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em: <<http://www.nfr.ufsc.br/pen/Brazil/dis2.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2006.

SELLI, L. et al. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1366-1372, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.) **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SHOSSLER, A. B. **Somos um grupo ou não?** Uma investigação do processo grupal. 2005. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, D. G. V. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**. São Paulo, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação terapêutica nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TOMASI, N. G. S. **Convivência em Grupo**: "Uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde".1996. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996. Disponível em <<http://www.nfr.ufsc.br/pen/Brazil/dis1.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2006.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-47, 2003.

VALLA, V. V. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde. In: GOLDENBERG, P. (Org.) **O clássico e novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

VALLA, V. V.; MELO, J. A. C. Sem educação ou sem dinheiro? In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **A saúde em estado de choque**. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo e Espaço, 1992.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de Enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

VAZ, M. R. C, et al. Educação e produção de saúde : um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 59-67, 2003.

ZIMERMAN, D. E. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, D. E. ; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a.

_____. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E. ; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b.

_____. Prólogo. In: ZIMERMAN, D. E. ; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997c.

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados de pesquisa

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA

Título da pesquisa: Os grupos na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica

Pesquisadora: Mda. Enf. Rosana Maffaccioli

Profa. Orientadora: Marta Julia Marques Lopes

Instituição: Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1. Número do formulário: _____
2. Data da coleta ____/____/____
3. Cargo do informante _____
4. É coordenador do serviço? () sim () não
5. Tempo de serviço na área (saúde coletiva): _____

DADOS DO SERVIÇO

6. Nome do serviço de saúde: _____

7. Há quanto tempo funciona este serviço?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) 1 a 2 anos
- (3) 3 a 5 anos
- (4) 6 a 10 anos
- (5) acima de 10 anos

8. Tipo de Serviço de Saúde?

- (1) ambulatório básico de centro de saúde
- (2) unidade de saúde
- (3) unidade de saúde da família
- (4) unidade de saúde conveniada
- (5) outro (especificar): _____

9. População atendida:

- (1) demanda livre
- (2) demanda restrita (área de abrangência)

10. Se possível, especificar o nº população atendida: _____

11. Tipo de Instituição?

- (1) federal
- (2) estadual
- (3) municipal
- (4) particular/conveniada
- (5) outro (especificar): _____

12. Localização do serviço por gerência distrital:

- (1) Leste-Nordeste
- (2) Sul-Centro Sul
- (3) Glória-Cruzeiro-Cristal
- (4) Norte-Eixo Baltazar
- (5) Partenon-Lomba do Pinheiro
- (6) Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas
- (7) Restinga-Extremo Sul
- (8) Centro

13. Quem (quantos) fazem parte da equipe de saúde atuante do serviço?

- (1) Enfermeiro_____
- (2) Auxiliar de enfermagem_____
- (3) Técnico de enfermagem_____
- (4) Atendente de enf. _____
- (5) Agente comunitário de saúde _____
- (6) Médico _____
- (7) Dentista _____
- (8) Aux. Consul. Dentário _____
- (9) Psicólogo_____
- (10) Nutricionista _____
- (11) Ass. Social _____
- (12) Outros (especificar) _____

DADOS REFERENTES AOS GRUPOS/REUNIÕES

14. Há realização de atividades coletivas (grupos) nesse serviço?

- (1) Não
- (2) Sim

15. Como você define essas atividades?

- (1) Grupos
- (2) Oficinas
- (3) Reuniões
- (4) Palestras
- (5) Consulta coletiva
- (6) Outro (especificar): _____

16. Especificar a população e/ou finalidade para qual se dirigem essas atividades, tempo de existência, periodicidade:

- | | | | | |
|------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| (1) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (2) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (3) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (4) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (5) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (6) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (7) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (8) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (9) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (10) | _____ | Popul.: _____ | Tempo: _____ | Period. _____ |
| (11) | Outros _____ | | | |

17. Quem é responsável pela coordenação de cada atividade (especificar as finalidades/população atendida)?

- (1) Enfermeira _____
- (2) Médico _____
- (3) Auxiliar de enfermagem _____
- (4) Técnico de enfermagem _____
- (5) ACS _____
- (6) Outros _____

18. Local onde as atividades são realizadas:

- (1) No serviço _____
 - (2) Associação comunitária
 - (3) Casa de vizinho
 - (4) Outro (especificar): _____
-

19. Quais materiais de apoio são utilizados durante essas atividades?

- (1) Não se aplica (não são utilizados instrumentos...)
- (2) Papel, Canetas
- (3) Revistas
- (4) Rádio
- (5) TV + vídeo
- (6) Mesa
- (7) Quadro negro/branco
- (8) Outros (especificar) _____

20. Durante as atividades são realizados outros procedimentos como distribuição de medicamento verificação de sinais vitais ou glicemia, entrega de resultados de exames?

- (1) Não
- (2) Sim (especificar): _____

21. O serviço dispõe de livros, manuais ou outros materiais que auxiliam na realização das atividades?

- (1) Não
- (2) Sim (especificar) _____

22. Como são realizadas a divulgação e a seleção dos participantes?

- (1) Através dos ACS (VD)
 - (2) Cartazes
 - (3) Convite nas consultas ou outros atendimentos
 - (4) Reuniões com a comunidade
 - (5) Encaminhamento de profissionais de saúde
 - (6) Outros (especificar): _____
-
-

23. É realizado algum tipo de registro que especifique a presença dos participantes e/ou quanto aos aspectos técnicos dessas atividades?

- (1) Não
- (2) Sim (especificar) _____

24. Já participou de algum tipo de capacitação nesta área (grupos)?

25. Os participantes auxiliam na organização das atividades? (alocação de recursos...)? De que forma?

26. Por que se realiza esse tipo de atividade no serviço? (motivação)

27. De que forma essas atividades se inserem no cotidiano desse serviço de saúde, quanto à sua classificação (se é uma estratégia assistencial permanente ou uma atividade complementar eventual; são institucionalizados ou episódicos)?

28. Descreva a última atividade a qual coordenou/participou. As demais reuniões seguiram essa tendência ou se diferenciaram?

29. Existem/existiram dificuldades na realização dessas atividades? O que se faz para resolver?

30. Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: Os Grupos na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre: Usos e Modos de Intervenção Terapêutica

Pesquisadora: Mda. Enf. Rosana Maffaccioli¹

Profa. Orientadora: Marta Julia Marques Lopes

Instituição: Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

Eu, _____, ao assinar esse documento, concordo de participar nesta pesquisa e ser entrevistado (a) pela Mestranda Rosana Maffaccioli, do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes, cujo objetivo deste estudo é conhecer o perfil da assistência prestada nas unidades que compõem a Rede Básica de Saúde de Porto Alegre, com enfoque nas práticas de grupo. Fui informado (a) de que posso me recusar a responder qualquer pergunta ou encerrar a entrevista a qualquer momento, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também estou ciente que posso entrar em contato, para qualquer dúvida ou esclarecimento, com a pesquisadora. Declaro que me foi assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações por mim fornecidas, assim como estas informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, tendo retorno das mesmas ao final da pesquisa. Desta forma, assino este documento, ficando uma via para mim e uma via para a pesquisadora.

Rosana Maffaccioli – pesquisadora
RG: 6063221-706

Participante entrevistado.
RG: _____.

¹ **Dados para contato:** Rua Heitor Manganelli nº 230, JD Itu, Porto Alegre-RS

Email: rosanamaffac@hotmail.com / F: (51)33474605, 99859657

Comitê de ética em pesquisa responsável: Gerência de Ensino e Pesquisa / Comitê de ética em Pesquisa - GHC. Coordenador: Julio Baldisserotto. Fone: 33572407 e Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, HMPV – Av. Independência, 661, 7º andar, bl. C, F: 32893359

ANEXO A – Mapa de localização





ANEXO B – Convites e cartazes sobre as atividades de grupo

GRUPOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

OBJETIVANDO A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA, ESTA UNIDADE ABRE UM ESPAÇO PARA TROCA DE INFORMAÇÕES E BUSCA DE SOLUÇÕES. SUA PARTICIPAÇÃO É DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA

ASSUNTO:
DATA :
HORA

**CURSO DE PREPARAÇÃO AO PARTO
CRONOGRAMA**

1º Encontro dia 05/10/2005
Recepção das gestantes pela equipe, apresentação do grupo de trabalho.
Abordar a importância de preparo para o parto.
Apresentar as rotinas de pré-natal e importância do exame físico e exames clínicos.
Apresentar exercícios de relaxamento da musculatura.

- Balanço pélvico;
- De cócoras;
- Relaxamento dorsal;
- Retração perineal.

Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e concepção.

2º Encontro
Exercícios de relaxamento.
Modificações físicas na gestação.
Nutrição na gestação.


3º Encontro
Exercícios de relaxamento.
Fisiologia do parto
Abordagem sobre parto humanizado.

4º Encontro
Cuidados com o Recém-nascido e importância da amamentação.

5º Encontro
Exercícios de relaxamento
Saúde bucal da mãe e do Rn.
Direitos e cidadania da gestante.

6º Encontro
Exercícios de relaxamento
Cuidados pós natais (exercícios, alimentação, repouso, contracepção, quarentena, amamentação e cuidados com as mamas).
Formatura e avaliação do curso.

ANEXO C – Boletim Diário de Atendimento

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO			 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE		CÓDIGO DO SERVIÇO	NOME DO PROFISSIONAL	ATIVIDADE DO PROFISSIONAL	DATA	
01	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
02	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
03	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
04	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
05	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
06	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
07	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
08	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
09	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
10	NOME	PRONTUÁRIO	ENDEREÇO	ASSINATURA		
	DESCRIÇÃO ATENDIMENTO			CÓDIGO PROCEDIMENTO	TIPO	GRUPO
"DIGA NÃO ÀS DROGAS"						
(287X210 mm - Bl. 1X50) A-CMA, MOID. 9-275						

ANEXO D – Instrumento de registro para atividades de grupo

<hr/>	
Grupo: _____	Data: _____
Participantes: _____	

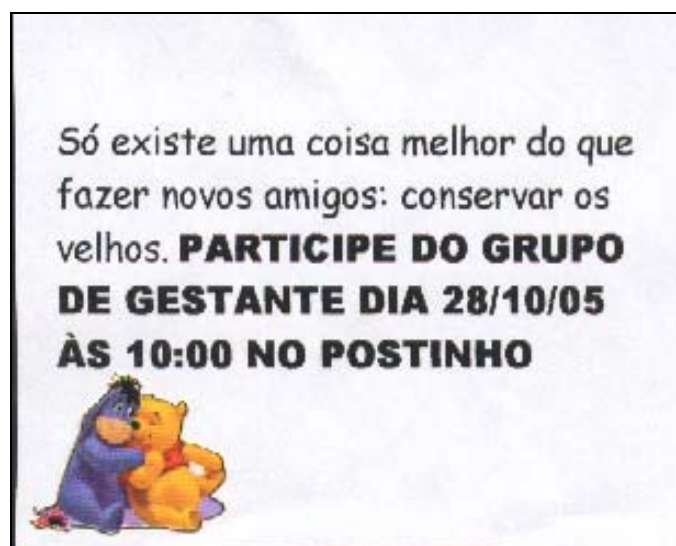
CONTEÚDOS:	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
MANEJO: _____	

DÚVIDAS: _____	

FALAS/SUGESTÕES: _____	

OBSERVAÇÕES: _____	

Assinatura: _____	Área: _____

ANEXO E – Convites para as atividades de grupo

<p>Convivendo com o DIABETES</p> 	<p>Convidamos o Sr. (a) para participar do</p> <p>GRUPO DE DIABÉTICOS</p> <p>Dia ____ / ____, sexta-feira, às 10:00 hs.</p> <p><i>“Sua participação é muito importante”</i></p>
---	--