

## PROCESSO GRUPAL E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### GROUP PROCESS AND PSYCHOLOGIST WORK IN PRIMARY HEALTH CARE

Laura Vilela e Souza<sup>1</sup>, Manoel Antônio dos Santos<sup>2</sup>

---

#### RESUMO:

Este artigo tem por objetivo discutir a atuação do psicólogo na atenção primária à saúde a partir da proposição de processos grupais alternativos às práticas individualistas. Essas práticas mantêm tradições de hierarquia profissional-usuário e modelos de normatização e medicalização da vida. Inspirados na perspectiva construcionista social, abordamos alguns dos pressupostos que inspiram essa proposta, tais como: (1) processo grupal como alternativa à noção de grupo como uma entidade autocontida, (2) relações colaborativas profissional-usuário com a constante negociação sobre a modalidade de atendimento oferecida e (3) auto-reflexividade para compreensão de seus potenciais e limites. Acreditamos que essa forma de assistência pode inspirar outras práticas grupais que possibilitem consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro e que se aproximem do ideal de formação profissional em Psicologia preconizado para o trabalho em políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** prática de grupo; atenção primária à saúde; psicologia.

#### ABSTRACT:

This article aims to discuss the role of psychologists in primary health care from the proposition of group processes alternatively to individualist practices. Those practices keep traditions of hierarchy and user-professional models of normalization and medicalization. Inspired by social constructionist epistemology, group process is discussed as an alternative to individualist practices that maintain traditions of hierarchy between user-professional and to models of normalization and medicalization. Inspired by the social constructionist perspective, we discuss some of the assumptions that inspire this proposal of group process, such as: (1) group process as an alternative to the notion of group as self-contained, (2) user-professional collaborative relationships with the constant negotiation about the type of care offered and (3) self-reflexivity to understand its potential and limits. We believe that this form of assistance can inspire other group practices that can implement the principles of the Brazilian Unified Health System and the ideal of professional training in psychology recommended for working with public health policies.

**Key words:** group practice; primary health care; psychology.

- 
- 1 Professor of the Department of Developmental, Educational and Work Psychology of the Triângulo Mineiro Federal University (Universidade Federal do Triângulo Mineiro). E-mail: lauravilelasouza@gmail.com.br
  - 2 Associate Professor of the Psychology Post-graduate Program of the Faculty of Philosophy, Sciences and Languages of Ribeirão Preto, University of São Paulo (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Support: National Council for Scientific and Technological Development – CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br
- Corresponding author:** lauravilelasouza@gmail.com.br

Suggested citation: Souza LV, et al, dos Santos MA. Group process and psychologist work in primary health care. 2012; 22(3): 388-395

Manuscript submitted Dec 08 2011, accepted for publication Feb 10 2012.

## INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, os psicólogos viram emergir no campo da assistência pública em saúde uma importante área de atuação profissional. Essa abertura aconteceu, segundo Dimenstein<sup>1</sup>, influenciada pelo investimento do Estado na proposição de mudanças nas políticas públicas em saúde, pela crise econômica no país, que fez diminuir os atendimentos particulares, pelo esforço das categorias de representação dos psicólogos de explicitarem a importância social de seu trabalho e pelo maior conhecimento das teorias psicológicas por parte das pessoas leigas. A atuação profissional na área da saúde foi marcada por transformações, sobretudo a partir de acordos internacionais que definiram novos paradigmas para a assistência em saúde.

A Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986) foram dois importantes documentos que ampliaram o conceito de saúde e redefiniram seus níveis de atenção. No Brasil, essas discussões culminaram na Lei 8.080 de 1990 que propôs o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema descentralizado, setorizado e hierarquizado. Especialmente, esse novo sistema respondeu às críticas da hegemonia do modelo biomédico e do foco exclusivo no tratamento de doenças. Começou-se a se priorizar a prevenção e promoção de saúde. Para tanto, os diferentes níveis de atenção à saúde foram organizados em: primário, secundário e terciário.

Como afirmam Andrade e Simon<sup>2</sup>, a atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada das pessoas no sistema de saúde, sendo o nível de atenção no qual os profissionais têm maior possibilidade de se aproximar do contexto sociocultural do usuário, conhecer suas famílias, o local onde residem, podendo manter contato com essas pessoas não apenas nas situações de doença. Daí a possibilidade de esse nível de atenção oferecer estratégias de prevenção e promoção de saúde em decorrência de sua proximidade com a comunidade local. O termo *atenção primária à saúde* tem sido utilizado no contexto brasileiro, muitas vezes, como sinônimo de atenção básica à saúde. Todavia, o entendimento predominante em nossa cultura é o da atenção primária à saúde como o conjunto de serviços da atenção básica à saúde, ou seja, da atenção primária como a porta de entrada no sistema de saúde. As unidades básicas de saúde são, então, o local de operacionalização desse nível de atenção<sup>3</sup>.

O início dos atendimentos psicológicos nas unidades básicas de saúde aconteceu com algumas dificuldades. Muitos usuários abandonavam os atendimentos, tinham faltas e atrasos, e não avaliavam positivamente o cuidado oferecido. Além disso, os psicólogos reclamavam da dificuldade em participarem das equipes multiprofissionais<sup>1</sup>. Segundo esta autora, o abandono do atendimento é tomado, muitas vezes, como algo natural ao processo,

como decorrência das características da população atendida, que não entenderia o benefício do atendimento oferecido ou sua finalidade. Antes de entendermos esse abandono como resultado da dificuldade dos usuários, correndo o risco de incorrerem em uma análise reducionista da questão, devemos analisar quais são os possíveis cenários relacionais a partir dos quais essa não adesão acontece<sup>4</sup>.

Esses cenários envolvem aspectos micro e macrosociais, tais como a insatisfação dos usuários com as propostas de atendimento oferecidas; a impotência do psicólogo que não se sente preparado para desenvolver seu trabalho nesse contexto; o pouco espaço oferecido na formação profissional dos graduandos em Psicologia para o conhecimento e atuação na APS; a falta de reconhecimento dos dirigentes das instituições de saúde em relação à importância do trabalho do psicólogo nas unidades básicas de saúde; a alta demanda combinada com baixa oferta de psicólogos qualificados e a falta de incentivo à capacitação<sup>2,5-8</sup>.

Com todos esses desafios a serem superados, mantém-se a defesa por um atendimento relacional, processual, intersetorial e integralizado, como apontado por Andrade e Simon<sup>2</sup>. Essa forma de assistência, segundo as autoras, tem como foco a valorização dos recursos dos usuários, a construção de redes sociais de apoio, a crítica do profissional sobre o caráter histórico de suas práticas e os limites de sua atuação. Como enfatizado pelas pesquisadoras, uma das formas de alcançar esses objetivos é a proposição de formas de atendimento com foco coletivo e não individual, daí a priorização das práticas grupais para promoção da saúde na APS.

Este artigo tem por objetivo discutir a atuação do psicólogo na atenção primária à saúde a partir da proposição de processos grupais alternativos às práticas individualistas, com foco no indivíduo e ênfase na busca de soluções para os problemas ao invés do desenvolvimento de recursos para lidar com as situações adversas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico que buscou articular a literatura construcionista social sobre práticas grupais e facilitação de diálogos com a filosofia do SUS sobre a APS. Tomamos construcionismo social como uma postura filosófica em relação a todo conhecimento produzido, inclusive o científico<sup>9</sup>. Definida dessa forma, a perspectiva construcionista social não é uma teoria *strito sensu*, ou seja, não informa como as coisas são na realidade, mas entende ontologias como relacionais, como opções discursivas.

Para alcançarmos o objetivo proposto neste estudo, realizamos uma breve revisão da literatura sobre práticas grupais, promoção de saúde e APS. Em seguida, destacamos as principais tradições que

podem dificultar a proposição de práticas grupais em saúde com foco no coletivo e valorização do conhecimento produzido pelo usuário. Por fim, inspirados nos estudos de autores que dialogam com a proposta construcionista social<sup>9-15</sup>, tecemos uma proposta de processos grupais colaborativos na APS, com foco na co-participação profissional-usuário-comunidade.

## RESULTADOS

Considerando-se a literatura revisada sobre práticas grupais e sobre práticas colaborativas construcionistas sociais, apresentaremos em seguida: (1) as práticas grupais que têm sido realizadas na APS por psicólogos, (2) as tradições em saúde que precisam ser superadas para a proposição de processos grupais alternativos aos modelos individualistas e guiados pelo saber biomédico, e (3) os recursos e ferramentas para conversas dialógicas que podem inspirar esses processos grupais.

### (1) Práticas grupais e atenção primária à saúde

Como alternativa à oferta de atendimento na modalidade de psicoterapia individual, os espaços grupais de assistência têm sido incentivados na APS. Todavia, em muitos casos, repetem-se, nos grupos, algumas posturas criticadas pela filosofia do sistema de saúde. Psicólogos de todo o país mencionam, em estudo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>6</sup>, que os grupos realizados na APS terminam, muitas vezes, sendo espaço para detecção de doenças e para orientação dos usuários sobre como eles devem viver suas vidas para manterem-se saudáveis, mantendo-se a tradição de medicalização da saúde. O atendimento em grupo é positivamente avaliado pelos psicólogos participantes do estudo no que concerne à possibilidade de envolvimento dos usuários e de integração com os profissionais de saúde.

Ferreira Neto e Kind<sup>7</sup>, em seu estudo sobre práticas grupais e promoção da saúde, apontam a relevância do investimento em grupos que se distanciem do modelo de normatização em saúde, com abertura para o trabalho coletivo. Os autores destacam como positivos os grupos que ultrapassam o formato educativo e que não trazem orientações prontas sobre como as pessoas devem ser ou agir, com pouco espaço para acolher os saberes populares. Em sua pesquisa, os referidos pesquisadores perceberam que os grupos com avaliação satisfatória de seus coordenadores e participantes são aqueles que foram construídos em respostas às demandas locais dos usuários, deixando para segundo plano as referências teóricas e técnicas no campo da dinâmica de grupo. Muitos profissionais entrevistados afirmaram que estar em grupo com os usuários do serviço permite uma maior aproximação com a sua vida cotidiana, fortalecendo vínculos instituição-comunidade. Além disso, os en-

trevistados afirmaram que os atendimentos em grupo possibilitam melhor escuta, reflexão e diálogo entre profissional e usuário do que ocorre nos atendimentos individuais. Outro benefício da proposta de grupos para promoção de saúde é evitar que a necessidade de detecção de uma doença seja a única forma das pessoas receberem cuidado. Sendo assim, nos grupos, as pessoas não precisam tecer narrativas de problemas para terem espaços de acolhimento, suporte, convivência e sociabilidade. Por fim, os grupos mais destacados positivamente foram aqueles que mantinham uma atitude avaliativa com relação ao seu trabalho.

Importantes questionamentos têm sido levantados sobre a prática grupal e APS<sup>7</sup>. O primeiro deles é: como superar o foco na patologia com a proposição de grupos homogêneos? Nessa pergunta, os autores convidam à reflexão sobre a composição grupal, mostrando que, muitas vezes, os grupos homogêneos não apenas mantêm formatos prescritivos, como servem para diminuir a demanda e otimizar os atendimentos. Nesse sentido, a aposta não é no potencial das trocas estabelecidas entre coordenador e participantes para co-construção da saúde. O atendimento permanece focado em "indivíduos em grupo", com orientações em massa.

Outro questionamento é sobre a garantia do potencial participativo em um grupo, o que os autores chamam de protagonismo autogestivo dos usuários das instituições de saúde. Em seu estudo, os referidos pesquisadores perceberam elementos de sujeição nos grupos realizados no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Como enfatizam os autores, o termo participação muitas vezes é pensado como apenas a postura do coordenador de convidar os usuários a falarem sobre os atendimentos oferecidos, em uma atitude paternalista. Diferentes graus de co-condução dos grupos na ESF são identificados, com a convivência da valorização do saber técnico especializado e a abertura às decisões comunitárias. Os coordenadores entrevistados acreditam que as práticas poderiam ser mais participativas, considerando que os usuários têm muito a ensinar aos profissionais. Já os usuários mencionaram que participar das decisões é importante, mas que também desejam receber informações dos profissionais.

O terceiro questionamento levantando é sobre como evitar uma noção de autonomia individualista, ou seja, como evitar que o grupo seja espaço para controle sobre a vida das pessoas? O desafio aqui é o reconhecimento do saber popular, do empoderamento do usuário e da superação da dependência do saber técnico. Por exemplo, alguns psicólogos entrevistados mencionaram ter dificuldade em validarem os grupos de convivência e atividades físicas, dando maior valor aos grupos com foco na palavra, como as terapias de grupo, ainda que a população atendida mencionasse maiores ganhos com outras modalidades grupais que, em alguns casos, inclusive, prescindiam da presença de um profissional na coordenação.

Pensar novas propostas de grupos em saúde a partir desses questionamentos pode propiciar práticas grupais em maior consonância com os princípios do SUS. Porém, para tanto, algumas tradições em saúde precisam ser superadas.

## **(2) Da necessidade de superação de algumas tradições em saúde**

A primeira tradição é a da especialidade profissional, que promove a valorização do conhecimento científico especializado em detrimento do conhecimento popular. Nessa tradição, o jogo de posicionamento mais comum é do profissional de saúde como aquele que detém o conhecimento e poder sobre o outro (usuário) e do usuário como alguém passivo frente às decisões tomadas que o envolvem. Nessa tradição, o diálogo pode ser obstruído quando o profissional entende que existe apenas uma verdade sobre o que acontece com o usuário – a verdade “científica”, e que, portanto, qualquer entendimento que o usuário tiver sobre seu corpo e sua vida que seja distinto da lógica científica deverá ser ignorado ou modificado<sup>18</sup>. Importante ressaltar que não se trata de má intenção do profissional, mas de entender que suas ações respondem a discursos em saúde que legitimam essa forma de agir como cuidado ao outro. Diferentes discursos sustentam diferentes práticas. A partir do discurso construcionista social, saúde é considerada como construção social, portanto, os sentidos sobre o que é saúde e como promovê-la, propagados pelos discursos científicos, não são tomados como a verdade última sobre como as coisas são, mas como produções contextualizadas histórica e socialmente. Aqui, tomamos construção social como a matriz na qual a ideia de saúde é formada<sup>19</sup>, incluindo discursos, sentidos, instituições e condições materiais de produção.

A segunda tradição é a da neutralidade afetiva do profissional, que entende que seu conhecimento técnico não deve ser influenciado por uma proximidade afetiva com o usuário, o que o impediria de formular julgamentos isentos e objetivos em relação à atenção oferecida. Na avaliação da promoção de práticas dialógicas, entende-se que é justamente a proximidade afetiva entre as pessoas que propicia uma escuta genuína<sup>10</sup>. Ao entrevistar usuários e coordenadores de grupo, estudo capturou relatos de como a afetividade promovida pelas interações e as aproximações entre profissional e usuário no grupo favoreceram a eliminação das estereótipias no relacionamento e mudanças na forma de vida – tanto dos usuários como dos profissionais<sup>7</sup>. Dada a tradição da neutralidade afetiva e da especialidade profissional, é praticamente tabu pensar um atendimento em saúde a partir dos ganhos que ele pode oferecer ao profissional. Todavia, quem vive o cotidiano de uma UBS sabe a importância que esses encontros afetivos têm para incrementar a sensação de potência e a motivação dos profissionais. No diálogo, sentir-se ouvido é uma conquista relacional dependente

da sensibilidade e do esforço de todos os agentes envolvidos na conversação.

A terceira tradição é a da relação hierarquizada entre profissional e usuário, em uma diferença de posições que garantiria o respeito à autoridade profissional. Nesse jogo de posicionamentos, o profissional é quem, *a priori*, define as intervenções em saúde a serem implementadas. Ainda que, na atualidade, muito se discuta sobre a participação da população na construção das políticas em saúde, com o advento do controle social, a noção de autonomia, da forma como muitas vezes é entendida nesse cenário, põe nas mãos do profissional a definição sobre quem é ou não autônomo na tomada de decisões em saúde<sup>14</sup>. Especialmente, considerando-se o atendimento de pessoas diagnosticadas com psicopatologias, essa abertura para co-condução do tratamento pode ser ainda menor. Não são poucos os desafios enfrentados por profissionais para considerarem seriamente como propostas terapêuticas alternativas mencionadas pelos usuários, quando elas diferem demais daquilo que o profissional aprendeu como o mais eficaz para o caso em questão<sup>11</sup>. A polêmica aqui guarda relação com a impossibilidade de convivência de múltiplas realidades em saúde, sem que, com isso, se perca a importância do conhecimento profissional especializado<sup>18</sup>.

As propostas propagadas pelas políticas públicas em saúde contemporâneas estão na contramão dessas tradições. Elas preconizam a horizontalização e humanização das relações profissional-usuário, da possibilidade da comunidade participar da construção dessas políticas, via controle social. Acreditamos que alguns recursos e ferramentas podem colaborar para a construção de condições objetivas para a superação dessas tradições. Dentre as alternativas, iremos considerar a potencialização dos processos grupais como instrumental para a instauração de uma práxis transformadora.

## **(3) Recursos e ferramentas para conversas dialógicas**

Ao pensarmos práticas grupais, partimos da crítica da noção de grupo, propagada tradicionalmente pela literatura psicológica, como grupo-essência ou grupo-unidade. Nessa concepção, grupo é tomado tal qual um indivíduo, com fenômenos que se repetem no tempo e uma dinâmica particular<sup>20</sup>. Em nosso trabalho, tomamos o grupo como construção social<sup>13</sup>, ou seja, grupo como um processo constante de transformação, definido e constituído a partir das práticas discursivas que circunscrevem o para que ele serve, como ele deve ser feito, quem deve participar e como deve ser o papel do seu coordenador. Por entender grupo dessa maneira optamos, neste estudo, pelo uso do termo “processo grupal” ao invés de “grupo”, para evitar sua essencialização e enfatizar o acontecer grupal em constante transformação e redefinição.

Processos grupais em saúde são espaços de constantes negociações entre coordenação e participação sobre como deve ser esse processo, negociações marcadas por circunscritores que incluem aspectos da própria instituição e dos sentidos que coordenadores e participantes trazem sobre como deve ser um atendimento desse tipo. A perspectiva construcionista social não informa uma técnica grupal a ser seguida, mas, a partir de seus pressupostos, inspira a criação de recursos e ferramentas que podem ser utilizados na busca de conversas dialógicas. Consideramos um processo grupal dialógico aquele no qual duas ou mais pessoas se tornam responsivas ao que acontece entre elas na conversa, de forma a permitir que a diferença apareça, seja legitimada a partir das lógicas discursivas que a sustentam e seja explorada com curiosidade<sup>9,21</sup>.

Uma ferramenta interessante é a das conversas preparatórias pré-processo grupal. Essas conversas foram propostas para participantes que iriam iniciar uma terapia de grupo<sup>12</sup>, todavia, tal recurso pode ser exportado para outros contextos. Nessas conversas o coordenador propõe que a pessoa antecipe sua participação no espaço grupal pensando sobre o que gostaria de conversar nesse espaço e como gostaria que esse processo grupal acontecesse. Entre outros aspectos, essas sessões de preparação permitem, segundo os autores, antecipar as possíveis dificuldades que o participante imagina que possa vivenciar ao estar em relação com os demais participantes, pensando desde esse momento inicial em possíveis estratégias para lidar com elas. Permitem também que se estabeleçam contratos de coresponsabilização sobre como deve ser o processo grupal de forma a atender as expectativas dos participantes. Dessa maneira, o participante é tomado como copartícipe tanto dos sucessos como dos eventuais fracassos do processo grupal.

Outra ferramenta útil para proposta de processos grupais é a construção do contexto conversacional, que é a construção colaborativa do contrato grupal<sup>22</sup>. Nesse contrato são mencionados os aspectos inegociáveis (por exemplo, possibilidades de local e horário para o encontro entre as pessoas, número máximo de participantes, quem o coordenará, entre outros circunscritores) e negociados os aspectos possíveis de serem ajustados (como os objetivos do processo grupal, o formato das conversas, os temas que animarão os diálogos, entre outros). Em cada processo grupal os aspectos inegociáveis serão distintos, podendo haver maior ou menor flexibilidade de negociação. Na construção do contexto conversacional os participantes são convidados a falarem sobre o que precisam para se sentirem confortáveis nos encontros grupais, sobre quais são suas expectativas, qual seu papel em relação ao da coordenação e como poderão avaliar o êxito do que estão produzindo juntos.

Um recurso considerado valioso para a promoção de processos grupais é a reflexividade, tomada do campo das teorias sobre produção de co-

nhecimento<sup>16</sup>, para pensarmos a possibilidade de adoção de uma postura auto-reflexiva dos coordenadores na condução de práticas grupais. Reflexividade é a busca, por parte do coordenador, de avaliar que sentidos sobre o mundo sustentam sua prática, quais são os valores, crenças e formas de vida que ele prioriza e de que forma essa priorização fala de sua história de socialização, de pertença a grupos sociais específicos, de interações ao longo da vida, que vão oferecendo repertórios discursivos específicos para definição de bem-estar e oferta de cuidado. Uma postura auto-reflexiva permite a delimitação dos potenciais e das fragilidades das ações em saúde. A partir da perspectiva construcionista social, essa avaliação sobre quem somos, sobre o para quem endereçamos nossas ações e sobre os contextos de produção de sentidos não é sinônimo de uma análise precisa, verdadeira e final sobre os potenciais e limites da atuação profissional, mas a oportunidade de não se perder de vista a especificidade histórico-cultural de qualquer proposta de assistência.

Por fim, outro recurso importante reside na postura apreciativa dos coordenadores em relação às qualidades dos usuários. A partir da perspectiva construcionista social, práticas discursivas participam da construção de realidades, portanto, descrições problemáticas favorecem a produção de realidades problemáticas, podendo manter as pessoas em um estado de impotência e desânimo em relação à sua situação de vida<sup>17</sup>. A perspectiva construcionista social propõe entendermos a identidade como fluida e não estável. Essa posição favorece a exploração da multiplicidade de eus que constituem as pessoas, de modo a aproveitar cada uma de suas habilidades para lidar com diferentes situações<sup>15</sup>. Não se está em pauta a pergunta sobre quem são realmente os participantes do grupo, pois o real, nesse caso, depende das trocas discursivas de definição dos eus dos participantes. A ênfase do coordenador está em quem os participantes podem ser, como querem se colocar em suas relações e o que querem produzir a partir delas. Especialmente em grupos formados por pessoas usualmente descritas nos serviços de saúde a partir de suas doenças, pensar o "eu" como múltiplo é apostar que no grupo possam aparecer as versões de si capazes de enfrentar desafios, de buscar soluções criativas, de criar bons relacionamentos e de se viver a vida de maneira positiva.

## DISCUSSÃO

Entendemos que o uso desses recursos e ferramentas na promoção de processos grupais em saúde pode favorecer a produção de relações mais horizontais entre profissional e usuário, com escuta generosa e valorização da multiplicidade de sentidos sobre saúde. Além disso, pode estimular o estabelecimento de boas relações profissional-profissional e profissional-gerência. É interessante que,



antes de um processo grupal ser proposto, haja o compartilhamento de sentidos sobre esse processo entre as pessoas que compõem a instituição de saúde na qual este vai ser realizado. É importante ouvir todas as pessoas envolvidas sobre o que entendem e esperam do atendimento. Aqui estamos falando da gerência, dos profissionais que coordenarão o processo grupal, dos demais profissionais da instituição, do pessoal da limpeza, da portaria, da segurança e de outros serviços vinculados à instituição. Esse compartilhamento encoraja essas pessoas a produzirem sentidos sobre o atendimento que permitirão que esse espaço seja valorizado no serviço, que as pessoas saibam fazer boas indicações de participantes, que possam motivar os usuários a participarem, que se sintam à vontade para solicitarem mais informações sobre essa prática, que negociem e respeitem os limites de horário e uso de sala para o processo grupal acontecer.

A integração desse atendimento com as demais estratégias oferecidas pela instituição de saúde depende, de acordo com nossa experiência, da abertura da coordenação em contar para as pessoas sobre o que está sendo proposto, incentivá-las a fazerem perguntas sobre esse espaço e permitir parcerias com outros profissionais do serviço. Muitas vezes o atendimento psicológico nas UBS é sinônimo de mistério, com o psicólogo falando pouco de seu trabalho com os demais trabalhadores da instituição, funcionando de acordo com uma lógica privatista de atendimento.

Além do necessário compartilhamento de sentidos, consideramos rica a possibilidade de o processo grupal ser conduzido por uma equipe de trabalho e não apenas por um coordenador. Quando nos propomos a trabalhar com a valorização de lógicas distintas em saúde, o coletivo multidisciplinar é importante também para o trabalho profissional, com a garantia de trocas sobre como o atendimento pode ser feito. A elevada demanda por atendimento psicológico nas instituições públicas de saúde muitas vezes inibe esse trabalho colaborativo. Todavia, percebemos que muitas vezes essas parcerias não acontecem pelo fato de o psicólogo temer trabalhar com colegas que direcionam suas práticas a partir de teorias distintas das suas. Considerando-se o discurso construcionista social, as teorias psicológicas passam a ser vistas não como a representação fiel de como as coisas são, mas como opções discursivas, com diferentes potenciais para construção de ações em saúde.

Algumas estratégias podem ser úteis para se "trabalhar na diferença". Uma delas é promover rodadas de conversa entre as pessoas da equipe de coordenação dos processos grupais sobre o que elas esperam sobre esse atendimento e sobre as relações que elas estabelecem umas com as outras. Algumas perguntas podem ajudar nas conversas entre os membros da equipe antes de iniciar os atendimentos aos usuários, com cada uma das pessoas refletindo e respondendo: O que você

considera que de melhor você pode oferecer para nosso trabalho? O que você precisaria que a gente fizesse para te ajudar a oferecer esse melhor? O que você precisa para se sentir confortável nesse trabalho conjunto? De que forma você poderia nos ajudar a saber quando você não estiver se sentindo confortável? O que, para você, precisaria acontecer na nossa prática para que você sentisse que está fazendo um bom trabalho ou para sentir que pôde atender de forma eficaz aos usuários? Essa conversa leva as pessoas a perceberem que, muitas vezes, desentendimentos entre colegas de trabalho acontecem por tomarmos como óbvio aquilo que o outro precisa ou deve fazer. Ao perguntar para o outro como ele vai me indicar que não está satisfeito com algo que estou fazendo, estou implicando o outro no alcance do sucesso de nossa relação. As respostas a essas perguntas mostram que, em muitos momentos, as pessoas podem divergir com relação ao seu modo de entender o ser humano, mas podem ter interesses comuns em relação ao que desejam para os usuários. Nesse sentido, deixa de ser importante qual a técnica que vai ser utilizada para movimentar o processo grupal, mas sim se ela permite alcançar objetivos comuns.

Nesse momento, também é importante a exploração de como cada participante entende o que é grupo ou processo grupal. Se processo grupal for entendido como uma reunião semanal em um espaço delimitado, por exemplo, outras possibilidades, tais como se mover com os participantes para outros ambientes e realizar outras atividades no espaço externo à UBS, ficam de fora. Esses diferentes formatos possíveis para o processo grupal e sua maleabilidade dizem muito dos sentidos socialmente disponibilizados sobre o que é grupo e sobre como ele deve ser feito. Quanto mais a proposta da prática grupal estiver alinhada às expectativas locais de gestores, profissionais, coordenadores e usuários, maior a probabilidade de ela ser exitosa.

Em relação à crítica apontada por Ferreira Neto e Kind<sup>7</sup> acerca da ênfase na doença, no caso de grupos homogêneos por diagnóstico, entendemos que muitas vezes o agrupamento de pessoas que aguardam atendimento psicológico nas UBS é feito de forma a considerar ou a psicopatologia, quando um psicodiagnóstico foi realizado, e/ou o desejo do usuário de participar de atendimento grupal, e/ou a avaliação da capacidade do usuário de se adequar a um atendimento desse tipo. No último caso, usualmente leva-se em conta o grau de introversão da pessoa e seu momento de vida, analisando se ela tem possibilidade de escuta dos demais participantes, entre outros critérios mencionados na literatura da área com relação à seleção e composição grupal, tais como grau de organização mental e a presença de psicopatologia grave<sup>23</sup>. Cada critério utilizado construirá um processo grupal distinto, com potenciais e limites específicos. Nos atendimentos dos psicólogos em UBS, o diagnóstico se faz presente por demanda das

políticas atuais de assistência em saúde, podendo ser algo que o psicólogo toma como um descritor de quem a pessoa é ou como uma nomeação, como tantas outras, que podem ser exploradas no processo grupal.

Dessa forma, pensando o recurso da postura apreciativa, apostamos na condução de processos grupais com a exploração da multiplicidade de "eus" dos participantes. Nesse caso, a coordenação não precisa tomar o diagnóstico como elemento direcionador da seleção e composição grupal. A composição grupal não necessita se basear em critérios estabelecidos *a priori*, mas pode ser um processo ativo de produção de descrições sobre quem são os participantes<sup>12</sup>. Essas descrições são produzidas não apenas durante a seleção de participantes, mas durante todo o processo grupal, sendo que a ênfase pode ser colocada sobre as descrições de si positivas, ou seja, aquelas que remetem a seus potenciais, a suas qualidades e recursos para lidarem com aquilo que em cada momento está sendo tomado como dificuldade a ser superada. Essas descrições são produzidas pelos próprios participantes ou pelos demais integrantes do processo grupal, a partir do que percebem de seus colegas.

Quanto às conversas preparatórias com os usuários, entendemos que são a oportunidade de negociação de como o processo grupal poderá se tornar satisfatório. O foco não é posto nas narrativas dos usuários sobre o que os fizeram buscar o serviço (supondo-se que eles procuraram ou foram encaminhados para atendimento psicológico), mas sim o próprio processo grupal. Algumas perguntas que podem ser formuladas nesse momento: Você já participou de algum processo grupal antes? Como foi? O que foi bom? O que a coordenação precisou fazer para o processo ser bom? O que você precisou fazer para que ele fosse bom? O que você imagina que precisaria acontecer nesse processo grupal para que seu interesse em participar se mantivesse? O que poderia desestimular sua participação? Nesse caso, o que a coordenação poderia fazer para ajudar? O que os demais participantes poderiam fazer? O que de melhor você poderia oferecer aos demais participantes? O que você gostaria de receber deles? E da coordenação? Essas são algumas das perguntas que convidam o usuário a explorar possíveis preconceitos com relação a ser atendido em processo grupal, lembrando da tradição social de valorização de espaços individualistas de atendimento. Antecipam-se, assim, possíveis dificuldades que possam ser vividas nesse atendimento. Além disso, usuário e coordenador se co-responsabilizam sobre possibilidades de superá-las<sup>13</sup>. O que se busca aqui é uma alternativa à posição de passividade do usuário sustentada pela tradição do profissional como especialista e autoridade em saúde<sup>7</sup>.

Muitas vezes, o usuário se surpreende com essa possibilidade de negociação. É comum a reação de alívio por poder ser ouvido naquilo que considera a melhor forma de ser cuidado. Ao mesmo

tempo, há falta de confiança em um profissional que pergunta para o "doente" sobre o que ele precisa. Os coordenadores devem estar atentos a esses efeitos, sempre lembrando que lógicas contraditórias em saúde estão presentes no caminho da produção de uma participação comunitária mais intensa. Em nossa prática, essas conversas, por colocarem em pauta as preferências e dificuldades dos usuários em espaços grupais, aumentam sua confiança nos coordenadores e a possibilidade de que eles venham para o primeiro encontro do processo grupal.

A primeira sessão é fundamental na construção da adesão do usuário ao processo grupal, entendendo adesão como de responsabilidade de todos os envolvidos no processo<sup>4</sup>. A construção do contexto conversacional favorece que as pessoas rapidamente se sintam à vontade no processo grupal, seguras para falar e empolgadas para retornarem nos próximos encontros. Uma pergunta importante a ser feita para cada participante é: O que você precisa para se sentir confortável e tranquilo durante as nossas conversas? Essa pergunta permite que os usuários possam falar tanto de aspectos concretos como: preciso sentar longe do ventilador, gostaria de saber se tenho carona para ir embora quando estiver muito cansada, necessito ter certeza de que todos vão guardar segredo do que eu revelar aqui, até aspectos relacionados ao relacionamento com as demais pessoas no processo grupal: preciso que todos se coloquem para que a gente possa ajudar um ao outro, desejo não ser chamado por tal nome de que não gosto, preciso de um copo de água caso comece a me sentir mal, e assim por diante. O efeito que essa pergunta costuma produzir no processo grupal é das pessoas ficarem menos receosas de estarem na presença de estranhos, estimulando assim que se instaure um clima de maior confiança e descontração. Além disso, o *feedback* oferecido pelos usuários é o de terem se sentido, com esse tipo de questionamento, respeitados pelos profissionais, por cuidarem de seu conforto e segurança no processo grupal.

Outra pergunta interessante de ser feita é: O que precisa acontecer nos nossos encontros para você achar que valeu a pena ter vindo? Em resposta a essa pergunta é comum os usuários mencionarem, de maneira franca, experiências anteriores nas quais não se sentiram ouvidos pelos profissionais e como isso poderia ser evitado. Cabe aos coordenadores conduzirem essa conversa em uma postura de não julgamento, acolhendo todos os pedidos como legítimos, ainda que eles possam ser negociados com todos, uma vez que o processo grupal é dinâmico e contextualizado. Ou seja, o contrato é feito considerando-se quem são as pessoas em conversa e que momento elas estão vivendo. Também é papel dos coordenadores explicitarem seus pedidos que, usualmente, estão relacionados a aspectos inegociáveis da instituição (tais como horário para realização do processo

grupal, número máximo de participantes que a sala comporta) ou a preferências e necessidades pessoais ou da equipe – por exemplo, em relação a como os coordenadores gostariam de ser chamados ou o que precisa acontecer para se sentirem mais confortáveis na escuta dos participantes).

Uma vez estabelecido o contrato, iniciam-se as negociações sobre os objetivos do processo grupal, ou seja, a definição do *para que* ele está sendo proposto. É no microcosmo dessas conversações que será definido aquilo que será tomado como problema, como desafio e como desejo. Todo processo conduzido até então de co-responsabilização profissional-usuário pode garantir, nesse momento, que os participantes definam objetivos que impliquem a todos, saindo de uma lógica de atendimento individual em grupo. A postura da coordenação de ajudar os participantes a definirem seus objetivos, de forma a transformá-los em objetivos comuns a todos, permite que as redes sociais de apoio sejam construídas. Temas para conversas futuras podem ser elencados. O processo grupal como espaço para se conversar sobre como é possível adquirir e manter uma boa condição de saúde deve valorizar a troca de sentidos entre todos os envolvidos sobre o que é saúde e como é possível promovê-la. Outros aspectos a serem negociados: a frequência dos encontros do processo grupal, os locais desses encontros, o número de encontros, se será um processo grupal aberto à entrada de novas pessoas, se é problema as pessoas não virem em todos os encontros, qual o limite de tolerância para os atrasos, se o processo grupal deve sempre ser coordenado por um profissional, entre outros aspectos. Ao longo do tempo, todos esses aspectos podem ser renegociados.

Uma ressalva deve ser feita. Em muitos momentos estamos falando de processo grupal a partir de categorias que são embasadas por algumas teorias sobre dinâmica de grupo que indicam a necessidade de uma coordenação, seleção de participantes, definição de setting, papéis diferenciados dentro do grupo, entre outros requisitos. Todavia, incentivamos a exploração de outros formatos de processos grupais que possam ir além e desconstruir essas categorias, caso essa desconstrução possa responder de forma mais adequada às demandas locais de cada comunidade.

Outra ressalva importante é a de que todo o processo de negociação não acontece à parte das tradições em saúde anteriormente mencionadas. Entendemos que abrir a negociação com os usuários é uma postura que só se sustenta se estiver endossada por uma crença do profissional de que o saber da comunidade é tão legítimo quanto o científico. A epistemologia construcionista social nos ajuda a apostar nessa produção conjunta, especialmente nos momentos nos quais as propostas dos usuários são distintas daquilo que tomamos como necessário para promoção de saúde. E essas apostas têm nos mostrado que as intervenções produzidas geralmente têm maior êxito e são me-

lhor avaliadas pelos usuários e coordenadores. O que não significa dizer que o profissional não possa trazer para as conversas em grupo suas verdades em saúde, mas que, por ser posicionado muitas vezes como figura de autoridade, a forma de colocá-las deve ser pensada para que se ultrapasse o modelo educativo em saúde<sup>6-7</sup>.

Uma forma útil de apresentar o conhecimento do coordenador no grupo sem sua imposição é oferecê-lo no formato de sugestões, esclarecendo porque essas sugestões lhe parecem interessantes e como imagina que possam ser úteis. Ao deixar claro o que se busca com aquilo que está sendo sugerido, o usuário pode responder com uma ideia diferente sobre como chegar ao mesmo objetivo almejado pelo profissional. Outra forma é a coordenação não se colocar em uma posição de certeza sobre a condução do grupo, podendo conversar entre si, na frente dos participantes, sobre suas dúvidas com relação ao caminho que o grupo está seguindo. Para os participantes, ouvir essa conversa é a possibilidade de se expor a modelos de condução de atendimentos nos quais há espaço para esquecimentos, incertezas, dúvidas, mudanças, reformulações de combinados e trocas entre profissionais.

A reflexividade, nesse cenário relacional, deverá servir para que a coordenação possa constantemente colocar em avaliação o trabalho realizado, convidando também os usuários para essa metanálise. Essa postura auto-reflexiva da coordenação pode acontecer durante os encontros grupais, com a equipe trocando, de forma transparente, opiniões sobre os encontros propostos. Comumente, os usuários entendem esses momentos de conversa da equipe como um cuidado em relação ao atendimento proposto e revelam que tal forma de relacionamento foi um dos aspectos que os fizeram manter a motivação para frequentar os encontros.

Diferentes atividades avaliativas podem ser propostas. Quanto mais a coordenação aposta em uma parceria com os usuários, mais o jogo de posicionamento profissional-especialista/usuário-alvo de cuidado se transforma. Assim, é possível perceber a riqueza das conversas nas quais os usuários são convidados a delinear os atendimentos futuros, não delegando apenas aos profissionais essa função. Avaliar, dessa forma, não é apenas perguntar para o usuário o que ele gostou ou não gostou, mas convidá-lo a participar da tomada de decisão e legitimar sua opinião na estruturação das ações a serem propostas por aquela instituição de saúde. Nesse ponto, o conceito de autonomia está sendo tomado não como uma qualidade que o usuário pode ou não possuir, dependendo do profissional para reconhecer sua existência, mas como a possibilidade do usuário participar da construção de sua saúde, em diálogo com o profissional, a partir de sua própria avaliação sobre sua possibilidade de engajar-se nessa tarefa.

Com relação à tradição da neutralidade afetiva do profissional, as teorias psicológicas modernas em



muito contribuíram para defesa de uma distância ótima entre psicólogo e usuário. Na proposta dos processos grupais informada pela perspectiva construcionista social, distância ou proximidade afetiva no relacionamento psicólogo-usuário não são julgadas *a priori*, mas avaliadas a partir de seus efeitos para construção de um relacionamento positivo entre ambos. Fica claro que o critério não é mais o da validação científica que atestaria qual a melhor forma do psicólogo se posicionar, mas a utilidade que esses posicionamentos podem ter para a construção de encontros relacionais profícuos.

Finalizando, neste estudo buscamos estabelecer um diálogo entre a literatura construcionista social sobre práticas grupais (e facilitação de diálogo) e a filosofia do SUS, visando à proposição de processos grupais na APS que busquem responder às críticas e desafios desse campo de atuação do psicólogo. As análises tecidas contribuem para pensar a atuação de psicólogos (assim como, de certo modo, outros profissionais da saúde) na proposta de processos grupais. Todavia, de maneira específica, problematizam o uso das teorias psicológicas sobre grupo e sobre psicopatologia, refletindo sobre seus efeitos para a essencialização de um modo cristalizado de se fazer grupo e de compreender seus participantes. Em uma tentativa de apontar um caminho para a superação dessa essencialização, propusemos algumas ferramentas,

recursos e ideias sobre como conduzir processos grupais, abrindo a conversa para se pensar processo grupal e identidade como construções sociais.

Acreditamos que a proposta de trabalho conjunto na coordenação de processos grupais pode colaborar na superação do sentimento de impotência dos psicólogos que atuam nas UBS com relação aos resultados de seu trabalho, de modo a encontrarem apoio e aprendizagem mútua. Além disso, a proposta de práticas grupais abertas para a negociação constante da própria intervenção, em nosso entender, vai ao encontro de modos de envolvimento profissional-usuário com privilégio na qualidade dos vínculos estabelecidos e que respondam as demandas específicas de cada contexto.

O foco apreciativo, a postura reflexiva e a abertura à participação dos usuários são táticas que podem contribuir para estruturar os processos grupais não por meio de psicodiagnósticos, mas sim a partir dos recursos que coordenação e usuários têm a oferecer para que o trabalho possa acontecer. Pesquisas futuras certamente reportarão outras possibilidades de configurações de processos grupais ainda mais permeáveis aos saberes populares e independentes do saber biomédico para a construção da saúde da população. Nesse contexto, os psicólogos serão convidados a transformarem não apenas suas práticas, mas seu modo de olhar para sua função na produção do bem-estar alheio.

## REFERÊNCIAS

1. Dimenstein MDB. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud Psicol.* 1998; 42(1): 53-81.
2. Andrade JFSM, Simon CP. Psicologia na atenção primária à saúde. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2009; 19(43): 167-175.
3. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(6): 1171-1181.
4. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto-Enf.* 2008; 17(1): 64-71.
5. Boarini ML, Borges RF. O psicólogo na Atenção Básica à Saúde. *Psicol. Cienc. Prof.* 2009; 29(3): 602-613.
6. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde. Brasília: CFP; 2010.
7. Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte, MG: Fapemig; 2011.
8. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(1): 43-50.
9. McNamee S, Hosking DM. *Research and social change: a relational constructionist approach.* New York/Oxford: Routledge; 2012.
10. Hernig M, Chasin L. *Fostering dialogue across divides: a nuts and bolts guide from the Public Conversations Project.* Watertown, MA: Public Conversation Project; 2006.
11. Seikkula J, Arnkil TE. *Dialogical meetings in social networks.* London: Karnac; 2006.
12. Rasera, EF, Japur M. Sobre a preparação e a composição em terapia de grupo: descrições construcionistas sociais. *Psicol. Reflexão Crítica.* 2006; 19(1): 131-141.
13. Rasera EF, Japur M. Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo. São Paulo: Vetor; 2007.
14. Camargo-Borges C, Mishima S, McNamee S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerai Rev. Interinstitucional Psicol.* 2008; 1(1): 8-19.
15. Gergen KJ. *Relational being: beyond self and community.* New York: Oxford University Press; 2009.
16. Hosking DM, Pluut B. (Re)constructing reflexivity: a relational constructionist approach. *The Qual. Rep.* 2010; 15(1): 59-75.
17. Souza LV, McNamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicol Soc.* 2010; 22(3): 598-607.

18. Souza LV, Scorsolini-Comin F. Relações profissionais em equipes de saúde: alternativas construcionistas relacionais. *Saúde Transf. Soc.* 2011; 1(3): 37-46.
19. Hacking, I. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press; 1999.
20. Barros RB. *Grupos: a afirmação de um simulacro.* Porto Alegre: Sulina; 2007.
21. Pearce WB, Pearce KA. Taking a communication perspective on dialogue. In Anderson R, Baxter LA, Cissna KN, editors. *Dialogue: theorizing difference in communication studies.* Thousand Oaks: Sage; 2012. p. 39-56.
22. Vicente AT, Japur M, Cesar ABC, Ruffino CMC, Russo R. Conversations to promote conversations. In: Rasera E F, editor. *Social constructionist perspectives on group work.* Chagring Falls: Taos Institute Publishing; 2012.
23. Salvendy JT. Seleção e preparação dos pacientes e organização do grupo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Compêndio de psicoterapia de grupo.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 63-72.