

O Trabalho com Grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos pacientes participantes: Criando Redes de Ajuda e Construindo Cidadania

Scheilla Maria Franco Costa



RODA, MILTON DA COSTA

Botucatu – SP
2009

**Universidade Estadual Paulista – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**O Trabalho com Grupos no Programa Saúde da Família na
percepção dos pacientes participantes: Criando Redes de Ajuda e
Construindo Cidadania**

Scheilla Maria Franco Costa

**Dissertação para obtenção do grau de
Mestre em Saúde Coletiva**

Orientadora:

Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Co-orientadora:

Profa. Dra. Eunice Nakamura

Botucatu, maio de 2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: SELMA MARIA DE JESUS

Costa, Scheilla Maria Franco.

O trabalho com Grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos
pacientes participantes: criando redes de ajuda e construindo cidadania /
Scheilla Maria Franco Costa. – Botucatu [s.n], 2009.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina, Botucatu, 2009

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino

Co-orientadora: Eunice Nakamura

Assunto Capes: 40600009

1. Saúde da família 2. Saúde coletiva 3. Programa de Saúde da família

CDD 613.6

Palavras-chave: Autonomia; Educação em saúde; Grupo; Integralidade;
Saúde da família

**O Trabalho com Grupos no Programa Saúde da Família na
percepção dos pacientes participantes: Criando Redes de Ajuda e
Construindo Cidadania**

Scheilla Maria Franco Costa

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientadora:

Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Co-orientadora:

Profa. Dra. Eunice Nakamura

Membros:

- 1. Profa. Dra. Ione Morita**
- 2. Profa. Dra. Nayara Lúcia Soares de Oliveira**
- 3. Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior**
- 4. Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins**

**Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.**

Botucatu, 25 de maio de 2009

Dedicatória

Às minhas paixões mais intensas, *meus filhos* Matheus, Thomaz e Rodrigo.

Ao Ricardo, *companheiro* generoso, que ofereceu ousadia para a minha trajetória, encorajando-me diante dos variados desafios.

À memória de Walter, Mairy e Jorge Augusto, amados *pais e irmão*, essencialmente éticos e solidários, mestres fundamentais na minha biografia.

Aos *amigos* de longe e os de pertinho, que ofereceram-me calor e luz quando tudo se desfez.

Agradecimentos

À *orientadora* Profa. Dra. Eliana Cyrino, que com afeto e paciência, me acompanhou diante dos desafios do caminho científico, na busca de sentido e organização do material, e principalmente, por me instigar a persistir na pesquisa, ressignificando esta tarefa, a despeito de percalços importantes.

À *co-orientadora*, Profa. Dra. Eunice Nakamura, que me ajudou a ter outros olhares a respeito do tema.

À Profa. Dra. Marilene Aparecida Grandesso e à Dra. Nayara Lúcia Soares de Oliveira, pelas significativas contribuições durante o exame de qualificação.

Ao Prof. José Roberto Tozoni Reis, pela disponibilidade e sugestões apresentadas.

À Elyzabete Bemfato Dezan, Luzia Tiemi Oikawa, Renata Maria Zanardo Romanholi e outros profissionais, pelo auxílio técnico e carinhoso, em vários momentos da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino pelo estímulo para a finalização deste trabalho.

À Laurinha pela oportunidade de compartilhar da sua alegria.

Ao Ricardo, pelo apoio afetivo, essencial para a realização e finalização desta pesquisa.

Aos meus filhos, pela compreensão a respeito de minha ausência, em muitos momentos, da convivência familiar.

Aos psicólogos Sueli Terezinha Ferreira Martins e Marcelo Dalla Vechia que apoiaram o trabalho junto à equipe local, em especial, aos agentes comunitários.

À agente comunitária Cristiane Alves de Souza, pela fiel e preciosa parceria nos grupos Renascer e Mulheres Vitoriosas.

À população atendida pela Unidade Saúde da Família do Jardim Aeroporto, em especial *aos homens e mulheres participantes das atividades de grupo*, ao me confiarem suas histórias de vidas, sofrimentos e vitórias, e, essencialmente por me desvelarem suas diversas competências.

Aos profissionais da equipe da unidade de saúde da família do Jardim Aeroporto, que contribuíram em diversos momentos das atividades de grupo.

Resumo

O Programa de Saúde da Família (PSF) é estratégia nacional de reorganização da atenção básica que tem como componente fundamental a Educação em Saúde. A participação comunitária incorporada às ações de saúde pressupõe que os indivíduos tenham maior controle sobre suas vidas, visando transformações da realidade. A atividade de grupo pode ser recurso de ampliação da atenção, dentro dos objetivos do SUS, da adoção da integralidade, da qualificação das ações e humanização das relações entre profissionais e população assistida. Tendo como referência a Educação Popular e Saúde e utilizando-se do instrumental da Terapia Comunitária, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar as atividades de grupo realizadas em Unidade do PSF, a partir dos relatos das falas dos usuários envolvidos, com vistas a permitir aproximações a respeito dos limites e possibilidades das práticas de Educação em Saúde no PSF. Trata-se de estudo exploratório e de uma pesquisa participante, no qual se privilegia a descrição e análise das percepções dos pacientes participantes das atividades de grupo, tendo como base a descrição dessas atividades e análise do conteúdo das observações e das falas. A partir desse material foram determinadas categorias de análise. Os grupos foram configurados como espaço onde pacientes poderiam falar seus problemas e se fortalecer através das trocas de experiências. Foi gerado ambiente de confiança, mobilização e ajuda mútua. As atividades foram iniciadas após percepção da necessidade de abordagem coletiva de determinados problemas. Como primeira necessidade, aconteceu a “Caminhada”, como atividade física e grupo de convivência, reunindo pacientes hipertensos, diabéticos e com outras demandas. Na seqüência, deu-se o trabalho com alcoolistas. Uma constatação verificada no atendimento individual foi o grande número de mulheres com queixas somáticas advindas de conflitos familiares, violência doméstica e outros. Criou-se então o grupo das mulheres. Após algum tempo, homens reivindicaram atividade semelhante, e iniciou-se o grupo dos homens. Para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, estruturou-se o grupo “De Bem com a Vida”. Os participantes relataram melhora em problemas de saúde, com maior vínculo grupal e com a equipe. Os resultados do trabalho com grupos foram percebidos, com benefícios aos participantes, suas famílias e também para a comunidade. Esses pacientes obtiveram melhora dos sintomas clínicos, além de ampliarem a rede social, aumentando a participação comunitária e autonomia nas questões relacionadas à saúde. Apesar do atendimento em grupo estar explicitado na proposta do PSF, foi possível perceber dificuldades de compreensão e apoio ao processo vivenciado e seus benefícios por parte da gestão municipal que estava orientada por modelo assistencial, com predominância do trabalho médico centrado na consulta individual, sem interação expressiva com a comunidade. Investir em tecnologias visando aprimorar conhecimentos, habilidades e práticas no campo da educação em saúde na perspectiva de uma prática educativa que valorize a maior autonomia e o saber da comunidade pode ser um caminho para o fortalecimento do PSF e da atenção básica.

Palavras-chave: saúde da família; educação em saúde; integralidade; grupo; autonomia.

Abstract

The Family's Health Program (FHP) is a national strategy to reorganize the primary care, which main component is Education in Health. The communitarian participation incorporated to the health-actions estimates that the individuals will have better control of their lives, aiming changes in the reality. The group activity could be a resource to increase the attention, inside SUS (Brazilian unified national health system) priorities, the adoption completeness, the action's qualification and humanization of the relationship between professionals and population. Having as reference Popular Education and Health, as well as using instruments from the Communitarian Therapy, the aim of this study was to describe and analyze the group activities that occurred in the FHP's Unity, from the stories made after the involved users' comments, with sights to allow approaches regarding the limits and possibilities of the Education Health's practices at FHP. This is an exploratory study and participant research, in which it privileges the description and analysis from the participant patients of group activity, based on the description of those activities and the analysis from the comments and reports' content. From this material, categories of analysis had been determined. The groups had been configured in a place where patients could talk about their problems and fortify themselves through the exchange of experiences. It was created an environment of trust, mobilization, and mutual help. The activities were started after the observations of the necessity of collective approach. As first claim, "the Walk" happened, as a physical activity and coexistence groups, organizing patients that suffer from Hypertension and Diabetes, as well as other demands. In the sequence happened the work with alcoholics. A realization verified in the individual attendance was the big number of women, with somatic complains about familiar conflicts, domestic violence, among other issues. After a while, the men had also demanded for similar activity, and so the men's group started. For the hypertension and diabetes patients, was structuralized the group "In good with life". The participants reported improvement in their health issues, better relationship with the group and the staff. The results were noted, with benefits to the participants, their families and also for the community. These patients obtained clinical symptoms' improvement, as well as extending their social net, increasing the communitarian participation and autonomy related to health. Although the group attendance is explicated at FHP's proposal, it was possible to notice issues in understanding and support to the lived process and their benefits from Municipal management which was guided by an assistential model with predominance the medical work focused in the single appointment without interaction with the community. To invest in technology, aiming the improvement of knowledge, abilities and practice in Education in Health field, inside the perspective of an educational practice that values a stronger autonomy and community wisdom can be a way to the reinforcement of the FHP as well as the primary care.

Key words: autonomy; education health training; family health program; group; integrality.

Sumário

Apresentação	11
A. Introdução	
1. A Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família.....	19
A implantação do Programa Saúde da Família.....	23
2. Educação em Saúde.....	28
2.1 Educação em Saúde e o Trabalho em Grupo	34
2.2 Educação em Saúde: prioridade do PSF	36
2.3 O papel do educador na produção de grupalidade e autonomia	38
B. Pressuposto teórico para o trabalho em grupo	40
Terapia Comunitária	45
A opção da Educação Popular como eixo-metodológico	49
C. Justificativa.....	50
D. Objetivos	50
E. Metodologia	
A pesquisa qualitativa e a pesquisa participante	51
Ética	54
Local de pesquisa: A Unidade da Saúde da Família do Jardim Aeroporto...	54
F. Resultados	
Sobre a unidade de saúde estudada	56
A formação dos grupos na USFJA	58
Descrição dos grupos:	
Grupo da Caminhada	60
Grupo Renascer	66
Grupo de Mulheres	71
Grupo de Bem com a vida	79
Grupo dos Homens	84
Sinopse dos pontos que foram fortalezas nos diferentes grupos.....	89
Sinopse das fragilidades nos diferentes grupos.....	90
Análise das atividades de grupo ou Campos Problemáticos identificados...	91
Alcoolismo nas famílias	92
Violência Doméstica	100
Vida e trabalho: conflito, violência, desemprego, afastamento por doença, aposentadoria	109
Família e cotidiano: fragilidade, conflito e perda	114
Vida conjugal: decepção amorosa e traição	118
Sobrecarga emocional e desgaste físico na vida cotidiana	121
Dificuldades na relação com os serviços públicos	124
O grupo como espaço de fortalecimento da rede de apoio.....	130
O processo cotidiano de avaliação da participação grupal	134
O que faltou ?.....	135
G. Considerações finais	137

H. Referências Bibliográficas	142
I. Anexos	
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
Anexo II – Músicas de uma participante do grupo das mulheres	164
Anexo III – Roteiro de abertura e fechamento do Grupo Renascer	165
Anexo IV – Diário de Campo (fragmento)	166

Apresentação

O Porquê desta pesquisa

O presente estudo permitiu vivenciar o grande potencial da atividade de grupo num serviço de atenção primária à saúde, promovendo autonomia e co-responsabilização social dos sujeitos.

Deparei-me com as variadas possibilidades de encontro com as individualidades, além de ter me surpreendido com as riquezas desveladas nas atividades de grupo. Aprendi a perceber a força, os recursos e as estratégias de enfrentamento do mundo, que surgem persistentemente nas famílias em situação de variadas problemáticas sociais. Por estas razões, quero deixar registrada esta experiência.

Retomo nessa breve apresentação meu percurso profissional para maior clareza e elucidação de meus pontos de partida e chegada.

“A idéia de mudar, erradicar a miséria, acabar com a fome. Fazer do espaço o de todos, da terra a de todos. Onde todos comam todos os dias, trabalhem, ganhem salários, voltem para casa e possam rir de tudo o que aconteceu de errado e possam principalmente beijar a mulher que ama, a filha que emociona, abraçar o amigo na esquina e se ver no espelho sem ter vontade de chorar pelo não realizado”.(Herbert de Souza – Betinho, 1993)

A minha trajetória profissional vem carregada dos conhecimentos e desejos dos meus antepassados. Apaixonei-me com veemência pelo povo simples e caloroso, que está nas filas, vilas, roças e barracos. Não me levaram a sério, os colegas, tão árduas e inóspitas foram as jornadas de trabalho.

Desde a formação acadêmica me interessei pela clínica ambulatorial, onde pude “escutar” o paciente, compreender sua história de adoecimento e possibilidades de intervenções, não restritas às terapias—medicamentosas. Na residência em Medicina Preventiva e Social, me aproximei do projeto de uma prática generalista. Houve encanto pela Homeopatia, logo no início da carreira,

pelas possibilidades de interação e resultados, ampliando as minhas concepções sobre o adoecimento e cuidado. Ainda sinto os aromas dos sentimentos e percepções que atravessei. Depois de alguns anos de prática clínica homeopática, instigada pelas difíceis questões surgidas na relação médico-paciente, busquei capacitação na área de saúde mental.

Quando em Minas Gerais, entre 1991 e 2000, tive a oportunidade de conhecer o trabalho do Programa de Saúde da Família (PSF), num pequeno município chamado Itanhandu. Lá, descobri suas diretrizes e princípios, através da assessoria de profissionais de Cuba. Tornei-me, então, uma adepta inteiramente envolvida pelas suas potencialidades.

No cotidiano de uma Unidade Saúde da Família, pude vivenciar a Educação em Saúde e as atividades de grupos com a população, consolidando a crença numa intervenção não medicamentosa e enriquecedora para todos os envolvidos, reafirmando minha aproximação com a saúde pública.

“Havia gente vinda da roça (região rural) e gente vinda de outras cidades, até de outras capitais. Gente moderna e gente antiga. Enfim, gente de todo jeito. A vida, ali na periferia, era muito mais rica e vinha até mim sem filtros, sem etapas de seleção”.

(Benevides, 2001, p. 176)

Chegando à Botucatu em 2000, participei do Workshop: Saúde da Família na Faculdade de Medicina, o que me fez interagir com outros profissionais de saúde, entre eles, o futuro gestor municipal, que em seguida me convidou para participar da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, com o cargo de Assessora de Saúde. Tratava-se então, de uma primeira administração do Partido dos Trabalhadores e havia enorme empolgação por parte do executivo em qualificar o serviço municipal de saúde. Conheci como funcionavam os serviços primário, secundário e terciário do município, seus limites e potencialidades. Participei do processo inicial de implantação do PSF, envolvendo profissionais de vários serviços e também representantes da população. Conheci as lideranças comunitárias do município, suas prerrogativas e interesses, me fazendo perceber o

rico contexto social da saúde local. Também me envolvi pelas discussões sugeridas durante o treinamento em Humanização dos Serviços de Saúde/ Ministério da Saúde/UNICAMP, nesta época. Aprofundi assim, o estudo sobre necessidades de saúde, acolhimento, resolutividade, trabalhos em grupos, me permitindo ainda a troca com profissionais de outros locais, que já vinham buscando a construção da integralidade do cuidado.

Diante da provocação suscitada pelas questões colocadas pelo Ministério da Saúde, em relação à prioridade das ações de Educação em Saúde nos serviços de Atenção Básica, e em especial, no PSF, por ocasião do curso de especialização em “Saúde da Família”, iniciei estudo sobre Educação e Saúde no PSF, buscando reconhecer a realização de práticas educativas e mesmo as dificuldades e falta de formação dos profissionais para realizá-las. Participei de pesquisa realizada em conjunto com Vitti e Parente (2003), que buscou apresentar reflexão teórica crítica sobre a Educação em Saúde no PSF e descrição da percepção de médicos e enfermeiros sobre o trabalho de Educação, caracterizando e apontando as dificuldades e obstáculos da prática de Educação em Saúde.

“Pode se constatar que, os profissionais têm conhecimento dos princípios norteadores do PSF, ressaltando a prevenção, a promoção e acreditam nesse trabalho como forma de melhorar a atenção básica. Citam que a proximidade, o conhecimento, o vínculo com o indivíduo, família e comunidade e a humanização no atendimento diferenciam o PSF de outros programas de saúde pública. Constatou-se que quando falam em educação em saúde embora ressaltem sua importância, há um certo distanciamento entre as ações da equipe e o pensar e fazer cotidiano da população. Houve consenso sobre a sua dificuldade de implementação e mesmo de percebê-lo para além de uma ação prescritiva. Notou-se que alguns profissionais atuavam buscando a problematização e a construção coletiva na educação, mas no geral, percebeu-se grandes dificuldades no trabalho mais criativo e construtivo”. (Vitti, Parente, Costa, 2003)

Os resultados da pesquisa evidenciaram os desafios colocados pelo Programa Saúde da Família (PSF) em relação à prática de promoção e prevenção.

Nesse mesmo período, procurei conhecer as atividades educacionais relacionadas à promoção da autonomia que existiam no município. Participei de encontros com o Grupo de Organização Popular em Saúde em Botucatu.

Em 2003, tive a oportunidade de conhecer a ANEPS, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, por ocasião de um evento em Campinas. Este encontro fortaleceu meu desejo de uma prática transformadora, particularmente vivenciando processos grupais menos normativos e construtores de maior autonomia para seus participantes. Assim busco incluir na minha prática cotidiana, a busca por esse fazer educativo-dialógico.

Selecionada para atuar numa Unidade de PSF recém-construída, em 2003, inquietava-me pelas repercussões acerca do que fazíamos enquanto profissionais do PSF, no que se refere à interação com a comunidade e, em especial, no trabalho de Educação em Saúde. Admirava a força daquelas famílias, suas estratégias de sobrevivência e trocas solidárias. Fortalecia-me ouvir as histórias que abriam as portas desse território, o da abrangência da Unidade, na sua diversidade cultural, crenças e significados. Ao questionar a educação bancária, com a transmissão verticalizada, o autoritarismo entre profissional e usuário, o trabalho descontextualizado, os conceitos abordados sem fazer sentido para a população atendida, perguntava-me se o que fazíamos, realmente produzia aprendizagens significativas e emancipadoras.

Acrescentando ferramentas para o trabalho com a comunidade, percebido como bastante complexo, tive a oportunidade de realizar o curso de Terapia Comunitária oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Estadual Paulista (UNESP) no Campus de Araraquara, o qual veio ampliar a compreensão sobre a saúde e doença das populações, possibilitando o fortalecimento de ações coletivas no território. De imediato se tornou possível, implementar a técnica proposta na Terapia Comunitária, em parceria com outra profissional da equipe, numa das atividades que realizávamos.

Ao participar da Rede de Educação Popular e Saúde, pude entrar em contato com reflexões e produções importantes sobre a idéia de saúde como direito universal de cidadania, tendo me empenhado na realização dos encontros da ANEPS que aconteceram no município. Em 2005, houve o II Encontro Regional de Educação Popular e Saúde em Botucatu, com o objetivo de troca de experiências entre os participantes, emergindo das discussões, o desejo de resgate da concepção do homem, nas práticas de saúde, de forma integradora. Cada vez ficava mais claro que quando propomos atividades de grupo, de convivência, de arte e lazer, estamos na direção de um cuidado à saúde integral e humanizado. Portanto, fortaleceu em mim, a concepção de que a defesa do SUS pressupõe a incorporação dessas práticas. Foi com muita alegria que participei, também, da Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde EAD/ ENSP/ FIOCRUZ, pois me senti pertencente ao grupo de educadores em saúde que tem se norteado pelos referenciais da educação problematizadora e construtivista, voltada para a democratização das relações e do conhecimento, visando o protagonismo e a emancipação social na saúde.

Percebia a necessidade de um maior envolvimento da gestão municipal sobre questões relacionadas à educação e saúde nas equipes, melhores condições de trabalho para potencializar a realização de ações educativas, parcerias com a comunidade, autonomia dos trabalhadores de saúde, além da integração entre serviços e universidade para sistematização dos saberes produzidos nos cotidianos dos serviços. No entanto, não houve avanços em direção ao desenvolvimento de uma Política de Educação e Saúde no município, com o objetivo de uma prática dialógica.

A história do movimento popular e saúde em Botucatu, de acordo com Lima et al.(2007), viveu alguns avanços entre 1994 e 2006. Dentre esses avanços, o Projeto UNI, a partir de 1993, trouxe novas relações entre a Universidade, os Serviços de Saúde e a Comunidade, buscando uma melhor forma de ensinar, de fazer e de participar na Saúde. Em 1994 ocorreu o primeiro “Encontro de

Lideranças da Comunidade”, com a proposta de ampliação dos Conselhos de Unidade. Já em 2002, Botucatu recebeu a “Primeira Reunião de Educadores Populares em Saúde do Estado de São Paulo”, tendo como objetivo, o fortalecimento da educação popular em saúde no Estado. Neste ano, o grupo de apoio aos conselhos de unidade de saúde se integra à ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), buscando maior valorização do conhecimento popular. Em 2006, durante o IX Encontro da ANEPS, na cidade, é colocado novamente em pauta o papel do conselho de saúde no controle social dos serviços de saúde. Naquele momento, das 16 unidades de saúde, entre elas algumas unidades de saúde da família, somente quatro tinham conselho de saúde com reuniões regulares. Portanto havia um grande desafio de ampliar a participação popular nos serviços de saúde. (Lima, 2007)

Assim, além do meu envolvimento pessoal e profissional, mas sobretudo pela relevância do tema no trabalho de Atenção Primária, e pela riqueza das falas dos pacientes participantes das atividades de grupo, é que me deixei envolver pelo tema deste estudo.

Inspirei-me, em particular, na prática da minha orientadora, que na relação de ensino e mesmo na clínica, se orienta pela promoção de desenvolvimento e autonomia dos sujeitos, alunos e pacientes. As referências iniciais foram os estudos de Nayara Lúcia Soares de Oliveira e de Antonio de Pádua Pithon Cyrino, um por ser diretamente ligado às atividades de grupo na atenção básica, o outro, pela escuta dos pacientes diabéticos, na busca de conhecer as suas necessidades de saúde. Por meio da aproximação com os profissionais psicólogos Sueli Terezinha Ferreira Martins e Marcelo Dalla Vecchia, vivenciado na equipe do Jardim Aeroporto, ampliou-se o meu olhar para as relações constituídas no trabalho com os usuários e o conjunto de trabalhadores locais.

O presente estudo nasce, portanto, de uma prática profissional desenvolvida pela pesquisadora e que foi se construindo num processo que buscou promover a autonomia e cidadania dos atores envolvidos. Durante a realização dessa pesquisa

uma surpresa mudou o meu caminho profissional. Fui convidada para deixar o trabalho na USF do Jardim Aeroporto, por incompatibilidade com o gestor sobre o que de fato deveria ser valorizado na prática do PSF certa de que meu trabalho não poderia se reduzir ao atendimento médico no modelo “queixa conduta”. Por outro lado, percebi como, no cotidiano da prática profissional, trabalhar com grupos ainda é contra-hegemônico. A questão da educação em saúde é colocada como prioritária na proposição da Estratégia Saúde da Família, mas, na concretização do PSF, nesse caso, nesse município, dar conta da demanda espontânea acabou sendo a prioridade do trabalho médico na visão do gestor. Surge a questão: Como “organizar a demanda espontânea” e “criar espaço” para o trabalho com a coletividade, com a escuta ampliada, e que pretenda responder à complexidade da atenção primária, de acordo com as necessidades de saúde da população, e ainda, fazendo parte de uma equipe mínima, sem apoio de equipes matriciais?

Movida pelo compromisso pessoal e profissional com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e por acreditar na possibilidade de uma prática de Educação em Saúde transformadora e emancipadora, é que passei a me dedicar ao estudo do tema.

Como profissional de serviço de saúde pública, este estudo foi um imenso desafio, pela aproximação com o próprio cotidiano, imerso em emoções, e depois, pela necessidade de fazer um afastamento das turbulentas dificuldades no processo de trabalho, incluindo o relacionamento com a gestão.

A contribuição da Homeopatia no meu agir profissional

Reconhecida como especialidade pela Associação Médica Brasileira em 1979, a Homeopatia vem sendo gradativamente incluída nos serviços públicos de saúde. Com a concepção positiva de saúde, tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos. (Luz, 1988)

O médico homeopata deve investigar as condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares e qual a natureza e peculiaridade das queixas relatadas pelo usuário, de forma a alcançar aquilo que é exclusivo (Lacerda, 2003; Luz, 1993).

Estudo de Santana et al. (2008) indicam que a homeopatia difere da maioria das especialidades médicas que são voltadas para as dimensões exclusivamente biológicas, ao acolher e tratar pessoas em sua singularidade e totalidade, incluindo as dimensões psicossociais e culturais.

Assim, pelo seu método de abordagem, a prática da Homeopatia me fortaleceu a “escuta” diante do indivíduo, do que é considerado sofrimento para ele, principalmente à respeito das queixas usuais aquelas chamadas de “sofrimento difuso”. Para Ceccim (1997) “a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo, através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas”.

Nesta racionalidade médica, a anamnese é bastante detalhada, permitindo ao profissional compreender o sofrimento do paciente, caracterizando-o na sua individualidade. É como um rastreamento que tem como guias as próprias palavras e gestuais dos pacientes, na narrativa do seu sofrimento. Constrói-se uma biografia do sujeito com os adocimentos e fatos marcantes, e também se busca conhecer os sentimentos e reatividades atrelados à história de vida, como também a apreensão do seu cotidiano. Empenha-se em conhecer, na anamnese homeopática, a relação do indivíduo com o seu corpo, alimentação, higiene, atividades físicas, sono, lazer. Ainda a relação com o seu entorno, família, trabalho, e pertencimento à rede social. Fortalece no profissional, uma prática com vistas à integralidade, acolhimento e vínculo com o paciente.

“Já trazes ao nascer, tua filosofia.

As razões? Essas vêm posteriormente.

Tal como escolhes, na chapelaria,

A forma que mais te assente...”(Mário Quintana, 1999)

Assim, trazer a homeopatia como uma ferramenta que, ao ser acrescida a outras ferramentas, trouxe-me uma maior possibilidade de entender a história de vida dos pacientes, como também perceber a necessidade de respeito aos sentimentos e queixas dos indivíduos.

A. Introdução

1. A Atenção Básica e o Programa Saúde da Família

“Aqui vive um povo que merece mais respeito sabe?

E belo é o povo como é belo todo amor

Aqui vive um povo que é mar e que é rio

E seu destino é um dia se juntar”. (Milton Nascimento e Fernando Brant)

A década de 1980 significou ao Estado Brasileiro um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, com profundos reflexos nos caminhos do setor saúde, como o movimento da Reforma Sanitária, a implantação do SUS e o expressivo aumento de demanda e grande extensão da cobertura nas diversas ações de saúde. O SUS legitima o direito à saúde e à cidadania e seus princípios fundamentais são a universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização e gestão descentralizada do sistema.

Embora as condições adequadas de vida e saúde sejam o desejo de todos, a prática médica clínica hegemônica e mesmo a saúde coletiva não deram conta do atendimento às necessidades de saúde de grande parte da população. Constatou-se a necessidade de encontrar alternativas de modelos de atenção à saúde, que viabilizem mudanças na produção e oferta de serviços, com vistas ao aumento da eficácia e efetividade e à diminuição dos custos da assistência em saúde. Buscou-se um modelo de atenção à saúde que expressasse o paradigma da produção social da doença, ou seja, uma proposta de substituição dos modelos hegemônicos sanitaria e assistencial privatista. A Saúde Pública tradicional esteve dirigida à solução dos problemas de saúde da população, mediante a realização de campanhas e de programas especiais, e o modelo assistencial privatista esteve voltado à demanda espontânea. Esse modelo não é exclusivo do setor privado e está presente também nos serviços públicos. (Paim, J.S., 1999, citado por Copque e Trad, 2005)

Apesar de se revelarem ineficazes, ambos os modelos ainda são predominantes no enfrentamento dos problemas de saúde da população, sendo que o modelo assistencial privatista reforça a assistência curativa, de alto custo e

excludente, e no caso do modelo sanitaria, há limites no caráter verticalizado e centralizador, além de não cumprir uma ação preventivo-promocional efetiva. (Copque e Trad, 2005)

No entanto, a atenção básica à saúde, além de ser uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, dela espera-se uma capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1978), e, dentre esses, somente 3 a 5% com encaminhamento para especialidades. (Campos et al., 2008)

Em estudos de Starfield (2002), observou-se o impacto positivo da atenção primária na saúde das populações, onde o sistema de saúde possuía uma distribuição geográfica de acordo com o grau de necessidade, tipo de médico de “atenção primária”, honorários do médico de atenção primária equiparados com os especialistas, e número proporcional de médicos de atenção primária em relação aos especialistas. Outras observações neste estudo se referem ao vínculo entre pacientes e médicos, da abordagem ampliada, e capacidade técnica e responsabilização diante dos problemas mais prevalentes.

Campos et al. (2008) apontam a tendência para a fragmentação e especialização que ocorre na profissão médica, e a presença rarefeita de médicos em unidades básicas tradicionais no Brasil, “tanto proporcionalmente à população quanto em função do pequeno envolvimento dele, até mesmo com o costume de não-cumprimento da jornada de trabalho contratada”.

As características do sistema de saúde, da gestão e das práticas realizadas nos serviços de saúde, no Brasil, denunciam dificuldades, tanto quanto no âmbito amplo da política do SUS. (Campos, 2007).

O mesmo autor aponta algumas diretrizes para a operacionalização da Atenção Básica (Campos, 2003):

“Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade”

A dimensão do acolhimento, segundo o autor, pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando

seu atendimento, visando máxima resolatividade. Diz ainda que os recursos da visita domiciliar, adscrição da clientela e análise das condições de saúde do território, podem vincular pessoas, famílias e a própria comunidade às equipes de Atenção Básica, além de identificar o risco e vulnerabilidade dos indivíduos.

“Clínica ampliada e compartilhada”

Se há grande complexidade nas intervenções na rede básica, é que além da dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, é necessário trabalhar com os riscos subjetivos e sociais. Considerá-los não somente, mas buscar ações que incidam sobre essas diferentes dimensões. Para a construção da clínica ampliada, há necessidade da participação do usuário tanto no diagnóstico quanto no processo terapêutico. (Campos, 2003)

“Saúde coletiva”

Starfield (2002) recomenda que a rede básica realize procedimentos de prevenção e promoção à saúde no seu território. Ou seja, busca ativa de doentes, vacinas, educação e projetos intersetoriais.

“Participação na Gestão”

A participação e o controle social foi uma das conquistas da Reforma Sanitária, e devem estar presentes nas ações de co-gestão dos serviços de saúde e também nas organizações locais de moradores, quanto ao funcionamento dos serviços em determinado território. O diálogo com a população pode acontecer não somente nas reuniões dos conselhos de unidade, mas em conversas informais com os indivíduos e coletivos, tanto nos serviços com na comunidade. Considera-se garantir espaços de fala e escuta sobre as necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes, estimulando a co-responsabilidade e autonomia da comunidade no processo saúde-doença, com melhor vínculo entre equipe e população. Complementa Campos (2003): “A presença da equipe de saúde no cotidiano da comunidade agrega valor à vida das pessoas e ao trabalho em saúde”.

No entanto, a composição dessas funções depende de investimentos e de um modelo organizacional adequado, incluindo a prevenção de riscos e ações comunitárias como também a resolutividade clínica, ao contrário de um pronto-atendimento clínico de baixa qualidade.

Segundo Campos et al. (2008), cabem algumas diretrizes no sentido de resolução dos problemas de saúde. A primeira se refere ao **“Trabalho em Equipe Interdisciplinar”** no qual, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, propôs a composição básica de equipe com médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos generalistas, e os agentes comunitários de saúde, estes com o objetivo de fazer a ligação da equipe com a comunidade (Brasil, MS, 2006). Em algumas localidades, há incorporação de outros profissionais à equipe. Para o Apoio Matricial, agregam-se Equipe de Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição, Saúde Coletiva e Desenvolvimento Social, Saúde da Mulher e da Criança e outras, para o trabalho articulado em determinado território. Foi aprovado recentemente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, com a proposta de ampliação do atendimento na Atenção Básica. A **“Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários”** pressupõe que os profissionais ao conhecerem os condicionantes de saúde do local e identificando riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e grupos, possam desenvolver projetos singulares de intervenção. Esse tipo de organização fortalece o vínculo entre equipe e usuários. (Campos et al., 2008). Uma terceira questão está relacionada ao que o autor chama de **“Ampliação do Cuidado”** no qual, através de ações clínicas, de reabilitação, de promoção e prevenção, e mesmo de cuidado, busca-se que as equipes apoiem a comunidade para a intervenção sobre os determinantes do processo saúde/doença, além de garantia de atenção singular para os casos de maior vulnerabilidade. O autor propõe a **“Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde”**, recomendando que, diante da complexidade da Atenção Básica, os trabalhadores incorporem conceitos e ferramentas da saúde coletiva, saúde mental, ciências

sociais e outros campos de conhecimento, incluindo o social e o subjetivo, além do aprender a gestão do trabalho em equipe e em sistema de rede. Indicam-se para isto, programas de educação permanente, discussões de casos e consensos clínicos. Por outro lado, o ensino da Atenção Básica para incluir a Abordagem Ampliada, depende da reformulação do paradigma tradicional chamado biomédico, tomando o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, além de envolver os usuários na gestão e na construção da sua própria saúde. Por fim, destaca a “**Articulação da rede serviços em saúde**” para apoio e ampliação da capacidade de resolver problemas de saúde, articular com redes de urgência, de centros especializados, desenvolvimento social e outras.

Starfield (2002) valoriza quatro características da Atenção Básica: a acessibilidade; a longitudinalidade na prática clínica; a integralidade como responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita; e a coordenação de projetos terapêuticos, entendida como a capacidade de responsabilizar-se pelo indivíduo mesmo quando se compartilha o cuidado com os serviços especializados.

Campos et al. (2008) reforçam que as diretrizes gerais da política para a Atenção Básica são insuficientes para determinar esse estilo de práticas de gestão e cuidado, são, portanto dependentes de “um saber fazer, de um modo não tradicional de fazer clínica e gestão”.

O Ministério da Saúde (2006) caracteriza a Atenção Básica a partir da promoção, prevenção e reabilitação para a saúde, não dissociando a atenção individual da coletiva. Também propõe a organização a partir do trabalho em equipe por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e a utilização tecnologia própria com base em problemas de saúde mais freqüentes em determinada base territorial.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF)

Na década de 1990, o Ministério da Saúde propôs a reorganização da prática assistencial em saúde em novas bases e critérios, segundo os preceitos de

vigilância epidemiológica e do atendimento integral à saúde da família. Assim, teve início o PACS (Programa de Agentes Comunitários), em 1991.

A partir de 1994, o MS cria o Programa Saúde da Família (PSF), com incentivo financeiro. Entre suas diretrizes, o PSF possui o trabalho em equipe com base territorial, a promoção e prevenção da saúde, o perfil do profissional generalista, e a incorporação do agente comunitário. Ainda que inspirado em modelos com o de Cuba, o PSF incorpora o trabalho em equipe multidisciplinar incluindo o agente comunitário. É um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema público e universal. (Campos et al., 2008)

Andrade et al. (2006) definem o PSF como um modelo de atenção primária, operacionalizado por meio de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos por equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focando-se na unidade familiar e coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

“Análises disponíveis sugerem que além de reduzir a participação das internações hospitalares no total das despesas realizadas pelo SUS, a implementação do PACS e do PSF produz alterações sensíveis nas condições de vida dos beneficiários, sobretudo nos municípios menos populosos”. (Costa,1999)

O documento que define as bases do programa destaca que ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. (MS, 1994; Trad e Bastos, 1998). Busca-se uma mudança de paradigma assistencial, integrando o eixo curativo com o preventivo, passando da ação monosetorial para intersetorial, da exclusão para a universalidade. (Trad e Bastos, 1998).

O caráter inovador dessa proposta expõe desafios de natureza variados, como o perfil desses profissionais, suas competências, seus requerimentos educacionais, processos de formação e o trabalho em equipe multiprofissional.

A organização do cuidado da equipe de saúde da família proposto deve se caracterizar por discussão pela equipe dos problemas a serem enfrentados, com a percepção da realidade local, priorizando as ações de acordo com a disponibilidade de recursos, com ações e responsabilização de toda a equipe, através de construção coletiva, além de acompanhamento e avaliação contínuos.

Quanto às normas de implementação da estratégia, estas devem ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena de serem excluídos do sistema de financiamento das equipes. Sendo assim, o Ministério da Saúde inibe a construção de modelos alternativos similares à estratégia saúde da família, conformando-a as realidades distintas dos municípios brasileiros.

O PSF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1000 famílias, em um determinado território, sob responsabilidade de uma equipe básica (um médico, uma enfermeira, dois a três auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e recentemente incorporou um dentista), passando a funcionar como a "porta de entrada" do serviço de saúde. No entanto, como apontam Franco e Merhy (2001), há que se buscar operar os micro-processos do trabalho em saúde e no cotidiano dos profissionais, para transformar a organização do trabalho médica-centrada, e assim os serviços possam funcionar com um atendimento acolhedor direcionado à resolução dos problemas de saúde da população.

Coexistem no Brasil, equipes de saúde da família medicocentradas, assim como outras, usuário-centradas, dependendo da gestão, organização e desenvolvimento local. Camargo et al (2008), constataram, em pesquisa recente que, “há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho no PSF, diferentemente do que possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento”.

Cyrino et al. (2009) citam Manfredini (2005), ao colocarem que o PSF enfatizou desde sua implantação, a integração de ações individuais e coletivas nas práticas de saúde, com o objetivo que corresponda a uma “concepção de saúde

não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”. Esses autores colocam que o PSF representa, no contexto político-institucional brasileiro atual, uma proposta alternativa à reorganização da atenção básica e à reorientação do modelo assistencial vigente, constituindo-se enorme desafio para gestores, profissionais de saúde e toda sociedade.

Andrade et al. (2004) apontam que o PSF repercutiu positivamente nos indicadores de saúde das populações por elas atendidas e na satisfação dos usuários.

Em 2006, o MS aprovou a Portaria 648 que reafirmou o PSF como modelo de atenção básica para todo país e ordenador das redes de atenção à saúde. Mudou a denominação para Estratégia Saúde da Família (ESF).

Segundo Testa (1995), o conceito de Estratégia diz respeito à forma como uma política é implementada; nesse sentido, constitui “*comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo*”. O termo também pode ser compreendido como “*um caminho para realizar uma política*”, que significa, em última análise, uma dada redistribuição de poder no setor Saúde e/ou na sociedade.

Configura-se aqui, portanto, a visão político-institucional do PSF como estratégia de reorganização dos serviços e do modelo assistencial.

Segundo a Portaria (MS, 648/2006) o PSF ao ser implantado, deve ser hegemônico e substituto do modelo tradicional de atenção básica; que as equipes tenham a família e a comunidade como unidades privilegiadas; que haja um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade, promovendo a cidadania; com responsabilidades de cada esfera do governo, incluindo o processo de educação permanente.

Apontam-se críticas por suas diretrizes e regras consideradas rígidas, pela insuficiência do apoio financeiro federal e omissão no financiamento pelos estados, dificuldades de contratação de médicos em quarenta horas/semana nos centros urbanos, da viabilidade do trabalho territorial em razão da violência, etc. Na verdade, os serviços de atenção básica são muito desiguais no Brasil. Há problemas com a política de recursos humanos, desde a precariedade dos contratos quanto falta de educação permanente, como a constatação dos profissionais que na sua maioria, não têm formação para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, além de inexistir apoio técnico ou institucional. Comprovadas pela sua eficácia, as diretrizes da atenção com vínculo longitudinal e da coordenação dos casos, o modo de organizar a atenção primária deve corresponder não só ao perfil epidemiológico, mas à disponibilidade de recursos, capacidade instalada, padrão cultural, etc.(Campos et al., 2008)

Percebe-se, no entanto, na Atenção Básica, a persistência de tecnologias programáticas e de promoção à saúde aliadas a pronto-atendimentos, com ausência de uma clínica individual de qualidade. Existe uma forte crítica à qualidade do trabalho médico, mas que poderia ser traduzido como uma crítica à biomedicina.

Existem, no Brasil, más condições de trabalho para o médico no PSF, o que aliada à demanda excessiva, reforçam uma clínica de baixa qualidade, com pouco vínculo com a comunidade, frustração e rotatividade deste profissional. Assim, corre-se o risco de perpetuar o sistema privado em detrimento do desenvolvimento do SUS. (Campos et al., 2008)

Diante da necessidade de reorientação das práticas de saúde, o PSF se propõe a renovar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. Cordeiro (1996) considera que tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Nesta perspectiva, o PSF "*requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes*" (Brasil, 1997, p.9). Demanda

uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita. Deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, ainda que mantenha a atenção curativa e reabilitadora.

Os desafios de compreender as práticas clínicas e gerenciais nas suas especificidades são variados, desde pensar vínculo e seguimento, manter a integralidade/coordenação, construir uma disponibilidade/capacidade clínica de se organizar e acolher a demanda não agendada/programada sem transformar a Atenção Básica em pronto-atendimento, apoiar o trabalho em equipe evitando a fragmentação e disputas. Implicam recursos clínicos dos profissionais quanto apoio/suporte/cobrança. Compreende-se, no entanto, que o impacto do PSF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde, como os ambulatórios de especialidade, hospitais, emergência, rede de saúde mental. Conclui-se que o PSF tende, na prática a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para a sua transformação. (Campos et al., 2008)

2. Educação em Saúde

Compreende-se a educação em saúde como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa e López, 1996). Julga-se que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença possibilita a mudança de hábitos e condutas de saúde. No entanto, a educação em saúde possui várias concepções, que mostram diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político- filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Quanto aos conteúdos, integram-se os de caráter técnico-informativos às questões formativas éticas, psicológicas, ligadas às relações sociais aí estabelecidas. Assim, o educar pelo cotidiano, não se limita à absorção passiva de conhecimentos, mas à possibilidade do sujeito “libertar-se do espaço e do tempo presentes, fazer

relações mentais na ausência das próprias coisas, tomar posse do fazer/conhecer, fazer planos, imaginar e ler intenções” (Oliveira, 2001).

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente ... (Freire, 1996)

Porém, ao revermos a história das práticas de educação em saúde, percebemos que elas têm sido influenciadas pelo discurso higienista, sendo que as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde. Costa (1987) vincula o tema da educação e saúde com o Estado e as relações de poder entre classes sociais. Nesta mesma perspectiva, Donangelo (1979) reconhece as práticas de educação em saúde no século XVIII enquanto práticas sociais com propósitos ideológicos, políticos e econômicos. De acordo com Costa (1987), a estratégia da educação em saúde foi regulamentar e controlar comportamentos e hábitos das classes subalternas, e tornar impróprios os modos e usos do saber estranhos a sua visão da saúde e da doença. (Alves, 2005)

Com o crescimento de cidades européias na segunda metade do século XIX, a industrialização e a precarização das condições de trabalho, moradia e nutrição das classes populares, havia uma ameaça às classes dominantes pelo risco de rebelião dessa população. Além disso, as epidemias também atingiam as classes dominantes e dessa forma, justificavam-se as ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais por controle social e sanitário (Costa, 1987).

Também no Brasil, no século XIX, o discurso sanitário foca-se na disciplinarização higiênica. Consideram-se o hospital e a escola como espaços de educação à saúde. Há um fortalecimento do saber técnico do profissional, com poder da cura e controle sobre a doença, "*rotulando as eventuais resistências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatães*" (Costa, 1987).

Tem-se relato histórico das práticas e concepções de educação em saúde no Brasil a partir do final do século XIX e início do século XX (Smeke e Oliveira, 2001). Pela necessidade de controle sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, que ocasionavam dificuldades para a economia agroexportadora, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde, direcionadas principalmente para as classes populares. Havia imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização, como a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que utilizava a vacinação compulsória e vigilância sobre o modo de viver dos pobres.

O discurso biologicista reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Considerava-se que os problemas de saúde eram consequência de falta de higiene pelos indivíduos e assim, com a mudança de atitudes e comportamentos individuais se solucionariam os problemas de saúde. Esta prática na educação em saúde se manteve durante as décadas seguintes, e ainda pode ser encontrada nas práticas atuais.

Houve mudanças a partir da década de 1940, quando surge empenho de envolver os sujeitos no processo educativo, quando até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde. A Medicina Comunitária na década de 1960 propõe a participação da comunidade na solução dos problemas de saúde nela vivenciados, mas ainda não levando em conta os determinantes sociais desses problemas. (Alves, 2005)

Durante o regime militar, com limitação dos espaços institucionais para realização da educação em saúde, houve uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa, em detrimento dos serviços de atenção preventiva (Smeke & Oliveira, 2001). Essa limitação despertou a insatisfação na população e organizou-se movimentos sociais ao longo da década de 1970. Neste momento as

propostas pedagógicas de Paulo Freire foram discutidas pelos profissionais de saúde, e a partir delas concebeu-se um novo projeto em saúde, contrapondo-se às práticas educativas autoritárias e normatizadoras. (Alves, 2005)

Dentre esses movimentos destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde (Vasconcelos, 2001), precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, e aproximando-se das classes populares e dos movimentos sociais locais. Esse movimento facilitou aos profissionais compreenderem a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações.

A Educação Popular em Saúde prioriza a relação educativa com a população, com valorização das trocas interpessoais e das iniciativas da população. Concebe-se o indivíduo portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (Vasconcelos (1999; 2001)

Ocorre então nos serviços a "*emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração*" (Vasconcelos, 1999, p.30). Daí a Educação Popular em Saúde ser percebida como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde. No entanto, a Educação Popular em Saúde tem convivido no Brasil com as modalidades de serviços hegemônicas, e se constitui um desafio a generalização dessas experiências diante da racionalidade dos serviços oficiais e da formação nos moldes tradicionais de recursos humanos. (Vasconcelos, 2001)

Assim, o campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 1970, profundamente repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Paralelamente ao movimento da Educação Popular em Saúde, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que passa a incluir os fatores sociais, econômicos e culturais. Questionam-se então as práticas pedagógicas persuasivas e autoritárias, e a negação

da subjetividade na saúde. E também surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses, no trabalho na saúde (Smeke e Oliveira , 2001).

Atualmente é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como *modelo tradicional* e *modelo dialógico*, sendo possível reconhecer modelos intermediários. O modelo tradicional, ainda hegemônico, com referencial biologicista do processo saúde-doença e foco na doença e na intervenção curativa, propõe que a prevenção das doenças objetiva a mudança de atitudes e comportamentos individuais (Smeke e Oliveira, 2001; Chiesa e Veríssimo, 2003). As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Considera-se que a partir da informação recebida os indivíduos serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, assumindo novos hábitos e condutas. (Alves, 2005)

A principal crítica a este modelo de educação se refere a não percepção de que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença. Neste sentido, há grande importância na discussão dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde (Gogna, 1998; Chor, 1999; Filgueiras & Deslandes, 1999), para que estas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos indivíduos. Daí a necessidade de adoção de uma comunicação dialógica, trabalhando-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (Ayres, 2001).

Neste sentido, Briceño-Léon (1996) orienta conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. Também é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. O autor considera a participação comunitária fundamental para a efetividade das ações de saúde.

Em consonância com a recomendação do autor de conhecer a comunidade e as maneiras como as pessoas vivem, como passo introdutório às ações de saúde, Holanda (1975) nos diz:

Nos trabalhos com comunidades, antes de começar a agir, conhecer é a primeira coisa, começar a ver, olhar ... devolver aos moradores do bairro o que foi detectado na etapa anterior. Ver a saúde no contexto geral de vida e não começar com problema de saúde. Depois ter boa comunicação na hora de conversar com as pessoas do bairro. Partir do conhecimento das pessoas do bairro e não dos seus próprios conhecimentos. Isso era fundamental, porque a regra era partir do seu conhecimento. Aprender uns com os outros, devolver as perguntas das pessoas do bairro, não tentar dar respostas prontas. Isso era uma coisa que tinham realmente ... eles tinham que ser mais participativos ... Dar tempo para as pessoas pensarem é importante quando discutir os problemas do bairro, juntar o maior número de pessoas do bairro; o agente não deve se afastar das pessoas do bairro ...e fazer conexões a partir dos problemas do dia-a-dia das pessoas do bairro. As melhores formas de conhecer bem os problemas das pessoas são: visita nas casas, reuniões do bairro, pesquisas, conversas descontraídas sem perguntas prontas, não deixar anotações atrapalharem a conversa, procurar fazer trabalhos em grupo, devolver ao bairro a resposta dos levantamentos dos problemas, depois tentar resolver juntos os problemas, escolher o que fazer em cada momento. Então é isso... (Holanda, 1975)

O *modelo dialógico* utiliza o diálogo como principal ferramenta, e o indivíduo percebido com um saber que embora diverso do saber técnico-científico, é legítimo. De acordo com Briceño-Léon (1996), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias, ou seja, que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (Chiesa & Veríssimo, 2003).

Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se as relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas, além das palestras e cartilhas. Nesse sentido, L'Abbate (1994) e Smeke & Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos indivíduos enquanto sujeitos em busca de autonomia. (Alves, 2005)

A partir do diálogo e vínculo, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença, com novos sentidos e significados individuais e coletivos. Este processo possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços.

Nessa perspectiva, Oliveira (2005), define prática de educação em saúde:

aquela desenvolvida direta ou indiretamente pelos profissionais de saúde com usuários dos serviços na sua área de abrangência, visando promover, prevenir ou recuperar a saúde individual ou coletiva destes usuários. Partindo do conceito ampliado de saúde, enquanto qualidade de vida, esta atividade objetiva também fortalecer a participação cidadã da população no sentido de buscar soluções para seus problemas de saúde, superando obstáculos de cunho político-administrativo e de organização popular. Reúne ações intersetoriais entre os diversos órgãos e instâncias governamentais presentes. Procura estimular a recuperação da auto-estima e de autonomia no lidar com as enfermidades a que são acometidos os usuários. (Oliveira, 2005, p.108)

2.1 . Educação em Saúde e Trabalho em Grupo

No final dos anos de 1920, a visitadora sanitária teve um importante papel na “educação sanitária”, por sua atuação nos centros de saúde, postos de higiene e atividades de visitação. (Faria, 2006)

Sant’Anna e Ferriani (2000) relatam que a utilização da estratégia de grupo

para assistir pessoas por parte dos enfermeiros remonta à década de 70, com a criação dos grupos de orientação à gestante. As autoras apontam que, naquele momento, várias modalidades de grupos foram desenvolvidas em serviços públicos para lidar com doenças específicas como hanseníase, diabetes, cardiopatias, obesidade, e eram baseados na educação bancária, com a proposição da informação indutora das mudanças de condutas individuais de auto-cuidado.

Chiesa e Veríssimo, 1996, consideram que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador, pois está ligada à atenção curativa, no atendimento tipo “queixa-conduta”, e quando realiza palestras como atividades educativas, mantém a idéia de que a doença deve-se à falta de cuidado da população com a saúde.

Estudos que tratam das concepções e práticas da educação em saúde nas unidades de atenção primária à saúde, incluindo o PSF, como o de Moura e Rodrigues (2003), revelam a escassa realização de ações educativas nesses serviços, em particular as atividades de grupo. E que, quando as realizam, fazem-nas de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela, ao contrário da prática dialógica, onde há uma construção compartilhada de conhecimentos sobre o processo saúde-doença, com a intenção de promover a autonomia dos participantes.

Santos et al. (2006) identificam que, no atual contexto do SUS, o trabalho em grupo pode contribuir para a superação do modelo biomédico, trabalhando assim, ações em que a saúde é tomada em sua positividade. Apresentam uma formulação de grupo de promoção à saúde (GPS) como uma proposta na qual o grupo é considerado um importante recurso para construção e aperfeiçoamento dos serviços, aproximando-os ao conceito positivo de saúde. Nesta proposta de GPS, busca-se atuar “na dimensão da complexidade humana, na qual, as atitudes são compreendidas como fatores que predisõem ações autônomas, em condição de liberdade” (p. 348). Estes autores assumem que o conceito de promoção da saúde está vinculado ao processo de capacitação da comunidade, para melhorar suas condições de vida e saúde.

Rubia (2008) relata que “a abordagem em grupo tem sido utilizada como estratégia para o cuidado por várias práticas de saúde”, com diversas finalidades e distintas fundamentações. Em sua dissertação de mestrado, a autora faz uma revisão sobre a utilização de trabalhos em grupo nos serviços de saúde e que “sua utilização enquanto tecnologia de trabalho ainda merece reflexões” dada a diversidade do que se tem chamado de trabalho em grupo na saúde.

2.2. Educação em Saúde: prioridade do PSF

Dentre as atribuições da equipe de PSF, o Ministério da Saúde (2004) aponta o desenvolvimento de processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do autocuidado dos indivíduos, além da participação em grupos comunitários, com o objetivo de discutir os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. Cita como atribuição do médico e do profissional de enfermagem, oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária. Em conjunto, a equipe de trabalho e comunidade deve discutir de forma permanente o conceito de cidadania, enfatizando os direitos a saúde e as bases legais que os legitimam.

Observam-se como objetivos do programa: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 1997). Ressalta-se a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade. (Alves, 2005)

O desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços

informais, como a visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

A abordagem da vigilância da saúde contempla o enfoque por problema, contrapondo-se, desta maneira, à atuação orientada por programas (Mendes, 1996) com ausência do diagnóstico local dos problemas de saúde e pelo contrário, com intervenções verticalizadas. Neste diagnóstico da situação de saúde local importa a participação da comunidade, com discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

Alves (2005) aponta que o modelo dialógico de educação em saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto de atividades do PSF, pelo vínculo e responsabilidade esperado dos profissionais e pela participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, além da compreensão ampliada do processo saúde-doença e humanização das práticas.

No entanto, a organização dessas ações educativas ainda demonstra fragilidade aliada à falta de discussão mais aprofundada para sua estruturação. (Chiesa e Veríssimo, 2001) Nos atos médicos, os processos educativos têm sido menos enfatizados do que a solicitação de exames funcionais e a prescrição de medicamentos. Os espaços relacionais com os usuários são pouco explorados como espaços terapêuticos e há escassez do uso de outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção das disfuncionalidades biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável. (Chiesa e Veríssimo, 1996)

Trad e Bastos (1998, p. 433), citando Goulart, concluem: “Trata-se de detectar e principalmente promover acontecimentos sócio- políticos que possam afetar a consciência social ou sanitária de grupos na comunidade”. No caso da saúde, o fortalecimento dos Conselhos Gestores e Municipais de Saúde, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de

intervenções, são prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor saúde.

Essas questões ganham dimensão potencialmente maior quando a família é o alvo das ações de saúde; na medida em que se favoreça o seu engajamento ativo nessas ações, os mecanismos de socialização de que a família dispõe contribuirão para que as mudanças comportamentais e culturais focalizadas persistam a longo prazo (Trad & Bastos, 1998).

Oliveira e Furlan (2008) apontam a necessidade das equipes de saúde buscarem definir um objeto de trabalho comum que possibilite a articulação dos objetos de investimento dos atores envolvidos, ou seja, o reconhecimento de algo em torno do qual seja possível compor um tarefa de interesse comum, entre equipe e usuários.

Vasconcelos (1989; 1999) destaca a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

2.3. O papel do educador na produção de grupalidade e autonomia

Oliveira (2005) cita Stotz (1993) que pressupõe o papel do educador como aquele de buscar um entrelaçamento da consciência individual dos próprios limites e possibilidades de vida, com o reconhecimento das mesmas circunstâncias em relação a todas as pessoas que estão em situação semelhante. Se a percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos, educar é “facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem máximo poder sobre suas vidas”. (Stotz, 1993)

Para Carvalho (1976), citado por Oliveira (2005), o êxito das práticas educativas em saúde depende de sua capacidade de produzir grupalidade, na medida em que as reflexões superem o pragmatismo no combate à doença, fortalecidas pelo ideal comunitário, através do “auto-questionamento constante das diferentes visões da realidade, dos objetivos do grupo e da sua própria ação”.

Assim, o papel do educador em saúde seria mais o de “ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que de discursar, mais de assessorar do que decidir”, contribuindo para seu crescimento em solidariedade e autonomia (Oliveira, 2005).

Os referenciais da Educação Popular em Saúde (Smeke, 1989; Smeke e Oliveira, 2001; Vasconcelos, Eymard, 1999, 2001; Brandão, 2001; Stotz, 2001) tratam de colocarem-se como contraposição às ações educativas bancárias, que excluem a subjetividade e as dimensões coletiva e processual inerente às relações inter-sujeitos e, além disso, contrapõem-se às ações educativas baseadas no saber biomédico e uniaxial do processo saúde-doença e no cientificismo empiricista hegemônico, que dificilmente recuperam a saúde dos indivíduos, e aliadas à prática medicalizante, são incapazes de solucionar a complexidade dos problemas de saúde. Propõem a compreensão que, a partir da promoção da cidadania de usuários e comunidade, emergem as demandas e necessidades da população, com potencial reivindicatório e participativo na formulação das políticas públicas sociais, já que o Controle Social é uma das principais diretrizes do SUS.

Sendo assim, Stotz (1993) considera que quando há compartilhamento de crenças a respeito do adoecimento e cura, com discussão de suas implicações práticas, é possível que haja promoção do auto-cuidado. Cabe, portanto, ao educador potencializar as capacidades comunicacionais dos indivíduos e de relacionamento, com o objetivo de desmedicalizar as ações de saúde e promover a autonomia.

Ao identificar as dificuldades e potencialidades existentes no relacionamento entre os profissionais e a população, Vasconcelos (1999) evidenciou a forma como as questões culturais, cognitivas e subjetivas dificultam ou dinamizam o funcionamento dos serviços de saúde. Também revelou este estudo que há uma grande distância entre o atendimento dos serviços de saúde e a vida da população, ou seja, os profissionais de saúde desconhecem, em sua maioria, como vivem as famílias e como solucionam os problemas de saúde. Além disso,

demonstrou que os freqüentes problemas de saúde na população são, muitas vezes, conseqüências de transtornos familiares complexos, e que estes indivíduos não têm acesso ao atendimento orientado pela demanda espontânea. O autor aponta que o fortalecimento do diálogo e da negociação entre os diversos membros da equipe e os indivíduos atendidos, é capaz de reorientar as práticas, na direção da integralidade e maior eficácia. Afirma também que a reorientação do modelo de assistência deve priorizar ações voltadas para a “renovação dos padrões socioculturais e sociopsíquicos que governam a vida cotidiana dos cidadãos e dos profissionais de saúde”(Vasconcelos, 1999).

As contribuições do campo da Educação Popular e Saúde, consubstanciadas na valorização dos sujeitos sociais, ocorreram de forma que as práticas educativas em saúde sejam reconhecidas, nos dias de hoje, como ações do cotidiano dos profissionais de saúde caracterizadas pela dimensão do cuidado, da dialogicidade e pela inclusão da intersubjetividade das relações. Também se ampliou a concepção do processo de produção da saúde e da doença, entendido no contexto de seus determinantes sócio-históricos.

B. Pressuposto teórico para o trabalho em grupo

Quanto ao referencial teórico, sobre os modos de operar as atividades de grupo, entre várias contribuições relevantes do campo da psicologia, da antropologia, sociologia, administração (Pichon-Rivière, 2005; Lewin, 1973; Moreno, 1993; Bion, 1970; Barros, 2007; Freud, 1976); Zimmerman et al., 1997), com diversidade de conceitos e propostas, e entre elas, algumas foram utilizadas no nosso estudo. No que essas teorias tem de comum, são as funções e papéis exercidos pelas pessoas no contexto do grupo, a importância do processo de construção, a identidade e os sentidos e significados na relação do individual com o coletivo.

Reconhece-se Kurt Lewin (1890-1947) como fundador da teoria dos pequenos grupos e pesquisa-ação em psicologia social. Ele estudou a ação dos indivíduos dentro da dinâmica de seu campo social, observando a dependência da

percepção social desses mesmos indivíduos para que ocorresse a mudança cultural. Diz da necessidade de criar novas formas de organização da comunicação, da liderança e do poder em sociedade (Lewin, 1973; Mailhiot, 1973). Para Lewin, a ação humana é resultado de uma totalidade dinâmica, com reciprocidade entre consciência individual e campo social.

Barros (2007) entende o grupo como recurso e relação social dinâmica, concebendo-se as relações e a própria vida como heterogêneas e instáveis. Existe uma dimensão coletiva que permeia as diferentes fases da vida dos sujeitos, reconhecida no grupo. São questões individuais e ao mesmo tempo coletivas.

Uma diferenciação importante em relação ao grupo, do que seria um simples aglomerado de pessoas, é o que Pichon-Rivière (2000) denomina grupalidade. Para ele, tal fenômeno ocorre quando consolida-se o espaço, o sentido de tê-lo na vida e ainda, com o sentimento de pertencimento, ainda que os integrantes sejam diferentes entre si. Assim o grupo torna-se uma unidade, sabendo-se que a subjetividade perpassa não somente a comunicação verbal, mas outras formas de comunicação e, mesmo as diversas inserções no mundo.

O mesmo autor explica que as pessoas se agrupam por afinidade ou objetivos comuns, com composições e interesses variados. O grupo somente é homogêneo no que pretende resolver, daí a noção de “tarefa” de Pichon-Rivière. Portanto, compreende-se que os grupos abarcam divergências e conflitos, além dos diferentes interesses. Podem ter idades e gêneros variados, e classes econômicas diversas.

Campos (2000) alerta para a necessidade de clarear o “objeto e objetivo” de trabalho, do que se quer produzir. Diante de objetivos individuais diferentes nos coletivos, focam-se os objetivos e finalidades do grupo, co-responsabilizando a todos pelo processo.

As regras podem ser re-contratadas o tempo todo, na medida em que é importante ser presente o significado delas para os integrantes, como fator para o compromisso no grupo (Oliveira e Furlan, 2008). As tarefas são caminhos para a interação dos sujeitos com a sua história, dentro da dimensão sóciopolítico,

temporal e cultural, como também “instrumento para a emancipação, produção de autonomia e cidadania” (Barros, Ghirardi e Lopes, 2002). Ao se trabalhar as tarefas, surgem dados que vão ganhando significado ao longo do processo. Portanto, a tarefa pode intermediar a discussão de assuntos, através do “não dito” e das abstrações. Compreende-se então a necessidade de fazer relação dos sentidos com a vida social. Mesmo Freire (2003) enfatiza que o “aprendizado e o vínculo” terão mais significado quando estiverem inseridos nos modos de vida dos indivíduos, com seus desejos e necessidades. Também o trabalho que o grupo planeja realizar, deve estar no campo dos desejos dos participantes (Oliveira e Furlan, 2008).

Além de atender as necessidades sociais, a atividade de grupo se faz pela constituição dos sujeitos e coletivos. (Campos, 2000)

Outro ponto de interesse para o trabalho com grupos, é o entendimento a respeito de “transferência”, considerando que nos relacionamos por imitações, simpatias, ressonâncias, e desenvolvemos laços e redes sociais. Transferência

“seria o afeto despertados pela relação com o outro, que remete relações, afetos e vínculos anteriores vividos, que nem sempre foram trazidos à consciência. Mostraria uma forma com que nos relacionamos e criamos o nosso referencial de ação nas relações”.

(Oliveira e Furlan, 2008)

A interpretação não somente se relaciona ao núcleo da psicanálise, mas à percepção do que o grupo deixa manifesto ou oculto, através da reflexão. Exige um olhar para o que é de cada indivíduo, sua formação, sua história, suas crenças e desejos, e também para ao comum do grupo, os traços compartilhados, o processo, e para o contexto no qual o grupo opera. Ao entendemos o grupo como um espaço propiciador de encontros e descobertas, ele é imprevisível. É espaço de formulação que contém as diversidades. Mesmo que tenhamos um objetivo ou uma tarefa, não podemos deixar de ouvir o que as pessoas trazem. (Oliveira e Furlan, 2008).

Para Mello Filho (2000), “a vida social ainda é a melhor possibilidade de encaminhar nossas necessidades afetivas e sociais”.

Onocko Campos e Gama (2008) tratam as atividades de grupo como importante recurso no atendimento aos usuários da Atenção Básica, sendo possível verificar modalidades diversas como grupos de acolhimento, grupos de patologias crônicas, oficinas para geração de renda ou artesanato, grupos de medicação, etc. Dizem os autores que os grupos além de resposta à demanda, propiciam “socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de coletivos”. Alertam para as “práticas grupais degradadas” quando os participantes recebem uma “consulta coletiva” ou mesmo uma sessão informativa.

“Para que freqüentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido? Algum de nós iria a uma atividade como essa reiteradamente, com freqüência?

Mas se me oferecerem uma oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos, e se entre nós fossemos estimulados a buscar alternativas e soluções, será que eu não iria?”(Onocko Campos e Gama, 2008)

Dependendo da proposta e objetivo, as atividades de grupo podem ser realizadas pelos diversos profissionais da equipe, desde que haja capacitação, o que é fundamental para a maior adesão dos usuários às práticas. (Onocko e Gama, 2008).

Afonso (2007) usa o termo “oficina” para designar um trabalho estruturado com grupos, quando elaborado uma questão central, dentro de um contexto social, envolvendo “os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir”. Utilizando informação e reflexão, e também reconhecendo os significados afetivos e as vivências dos sujeitos participantes. Distingue-se da terapia, diz a mesma autora, por não pretender a análise profunda dos indivíduos. Assim, é caracterizada como uma prática de intervenção psicossocial.

Paes Campos (2000) discute “Grupo de Suporte” citando Cobb (1976), dizendo do grupo em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. Como resultado tem-se um

sentimento de coesão e de apoio, fortalecendo o enfrentamento da realidade e diminuindo o estresse. O mesmo autor cita Winemiller et al. (1993) para identificar como o suporte social ocorre. Há o aspecto emocional do cuidado, a aceitação e respeito pelo outro, a disponibilidade. Importante também a capacidade de se colocar no lugar do outro, de empatizar, de compreendê-lo nos gestos, nos sentimentos e nas palavras, além da abertura para as trocas de informação ou experiências. Promovem coesão e apoio, elevando a auto-estima e autoconfiança dos participantes (Paes Campos, 2000).

Os fatores terapêuticos do “grupo de suporte” oferecem apoio por meio de relações afetuosas, asseguradoras, cuidadoras e empáticas mantidas entre todos; identificação e troca de experiências com os outros participantes; espaço para expressão de sentimentos; espaço para informação e reflexão acerca da doença e dos fatores a ela relacionados; regularidade no atendimento. Propõe-se que o coordenador estimule a fala e a expressão dos sentimentos dos participantes; dê ênfase à compreensão e ao esclarecimento; estimule o sujeito a buscar recursos de enfrentamento mais amadurecidos; estimule a comunicação e a interação do grupo. (Paes Campos, 2000)

Diante da diversidade de enfoques e conceitos, que possibilitam a criação de instrumentos variados diante dos desafios no campo das atividades de grupo, Onocko Campos e Gama (2008) apontam questões fundamentais para os profissionais quando querem “criar” um grupo para trabalhar questões específicas da saúde:

“Qual estabilidade dos resultados e eficácia obtidos no grupo? Como ter controle sobre a dinâmica que será estabelecida no encontro? Por que não fazer atendimento individual? O que vincula os integrantes e cria a vontade de estar naquele espaço ou ser identificado de tal grupo ou tal comunidade? Como os nossos objetivos, enquanto profissionais, podem ser também os dos demais integrantes do grupo?” (Oliveira e Furlan, 2008)

Utilizou-se como referência para o estudo e desenvolvimento das atividades dos grupos, em especial, do instrumental da terapia comunitária. No entanto, consideramos que a prática está permeada por diferentes contribuições, coletadas na trajetória de trabalho dos componentes da equipe de profissionais, e também por concepções teóricas diversas.

Terapia Comunitária

Desenvolvida a partir de 1987, por Adalberto Barreto, psiquiatra, antropólogo, teólogo e professor da Universidade Federal do Ceará, a Terapia Comunitária surgiu da necessidade de encontrar uma resposta para os indivíduos com intenso sofrimento psíquico que buscavam amparo jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos da favela de Pirambu, em Fortaleza. O autor observou que a maior parte das queixas da população residia nas questões sociais e de relacionamento familiar, e relata que, inicialmente os atendimentos eram individuais e realizados no Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Depois, pela demanda crescente, o psiquiatra e seus alunos da disciplina de Medicina Social passaram a atender onde os pacientes residiam. Essa população atendida era, na maioria, migrante do interior do estado, em situação de desemprego ou subemprego, com fragilidade de laços sociais e ausência da identidade cultural. (Barreto, 2005)

O mesmo autor explica que sendo difícil atender individualmente a toda essa população, ele iniciou um método para atendimento em grupo. Observou então, a participação e contribuição de todos os atores sociais, entre moradores da comunidade, estudantes e profissionais de saúde. Através da escuta das histórias de vida de cada pessoa, os participantes se tornavam co-responsáveis pela superação dos desafios do cotidiano, criando redes de solidariedade e construindo cidadania. Trata-se de um método que privilegia a potencialidade dos indivíduos e das comunidades.

De acordo com o autor, esta técnica está ancorada na teoria sistêmica, na teoria da comunicação, na antropologia cultural e ainda, no conceito de resiliência.

Utiliza o termo resiliência como sendo a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades, superar as dificuldades contextuais sociais.

Para Grandesso (2007), a Terapia Comunitária Integrativa, conforme proposta por Adalberto Barreto, não é apenas um recurso técnico, mas tem um desenho próprio, com um olhar diferenciado não somente para problemas e suas possíveis soluções, mas buscando competências e transformações.

A mesma autora coloca que a Terapia Comunitária se propõe a formar redes solidárias de fortalecimento da auto-estima de pessoas, famílias e comunidades, promovendo mobilização social, visando ações básicas de saúde comunitária, prevenindo e mediando crises sociais. Além disso, reforça vínculos entre as pessoas da comunidade, mobiliza e valoriza as competências vindas da experiência, do saber e cultura local. Portanto, diz que a “Terapia Comunitária se propõe a devolver às pessoas a condição de autoria de sua própria história e sujeito de sua própria escolha” (Grandesso, 2007).

A autora lembra que por ter um desenho objetivo, a Terapia Comunitária é definida por etapas com um tempo mais ou menos determinado:

1. “Acolhimento (10 minutos);
2. Escolha do Tema (15 minutos);
3. Contextualização (20 minutos);
4. Problematização (45 minutos);
5. Ritual de agregação (20 minutos);

e tem regras próprias para organizar a conversação:

- Não dar conselhos;
- Não julgar;
- Falar sempre na primeira pessoa, usando *eu*;
- Fazer silêncio / ouvir quem está falando;
- Não fazer discursos;
- Ao lembrar uma música, poesia, história relacionada ao tema que está sendo falado, apresentar ao grupo”. (Grandesso, 2005)

A autora entende que a Terapia Comunitária apresenta-se coerente com uma prática terapêutica crítica, já que se organiza em torno de autonomia, solidariedade, e valores comunitários. Conclui que a prática da Terapia Comunitária pode ser definida como um novo paradigma, alicerçada nos princípios da complexidade, imprevisibilidade e intersubjetividade. Nesta proposta, uma comunidade caracteriza-se como um espaço de relações, podendo ser pensada sistemicamente (Grandesso, 2005).

Aponta que numa comunidade, compreendida como um sistema complexo, autopoietico e auto-organizador, as relações sociais entre seus membros e a qualidade dessas relações definem a forma como as pessoas constroem suas singularidades bem como as configurações da própria comunidade como um sistema. Portanto ela confirma que as comunidades têm tanto os seus problemas como as suas soluções, podendo gerar suas próprias mudanças, se dadas as condições propícias para o exercício da espontaneidade criativa de suas potencialidades, transformando “as oportunidades e adversidades em momentos de transição para outros arranjos da existência” (Grandesso, 2005).

Citando Freire e Faundez (1998), Grandesso (2005) coloca que a Terapia Comunitária configura-se como um contexto de ampliação da consciência crítica sobre os dilemas existenciais e as condições e possibilidades da existência. E o terapeuta se apresenta como um organizador da conversação, validando as maneiras com que os indivíduos transformam o sofrimento em competência. Conforme se reconhecem uns nas falas dos outros, seja nas histórias de sofrimento ou superação, ocorre reflexão e ressignificação da própria história, da visão de si mesmo e de suas perspectivas futuras. Da mesma forma, as competências dos outros permitem aos participantes reconhecer e nomear também as suas, possibilitando a construção de novas versões de si mesmo e de seu futuro. Pela atitude de legitimação, solidariedade, respeito e compaixão, cada pessoa pode ser reconhecida como uma pessoa de valor, independente de sua origem e contexto de vida.

Camargo (2005) relata aumento do sentido de autoria, maior disposição para seguir a vida e enfrentar os problemas, melhora das relações interpessoais e familiares, em pesquisa sobre a efetividade da Terapia Comunitária.

Barreto (2005) aponta aumento de vínculos, engajamento em práticas de vida cidadã, indicando a Terapia Comunitária como uma alternativa para as demandas por práticas de saúde e atenção primária.

Ainda Grandesso (2005) discute que não se trata de uma terapia pública de um indivíduo na comunidade, mas sim da terapia da comunidade a partir de um problema trazido por um indivíduo, problema este que foi escolhido pelo grupo para tema organizador da conversação.

De acordo com Monteiro de Andrade (2007), a Terapia Comunitária se torna uma ação em sintonia com o PSF, colaborando na produção crítica ao modelo hegemônico da biomedicina, superando o conceito de saúde como ausência de doença e propondo uma construção interdisciplinar, com um núcleo de conhecimentos, práticas e saberes das várias categorias.

Neste estudo, observa-se algumas alterações das etapas da terapia comunitária em relação à proposta por Barreto, tanto em relação ao tempo utilizado para cada etapa como em relação à condução das mesmas. Na “escolha do tema” o tempo utilizado era de mais de 10 minutos, e era oferecido ao participante o espaço para colocar o seu problema com detalhes, tem o coordenador o papel de fazer a compreensão e restituição do que foi apresentado pelo participante. Depois de 3 ou 4 participantes apresentarem seus problemas, e ocorrer a restituição, era feita a votação. Neste momento, os participantes não eram estimulados a falarem porque escolhiam tal tema. Além dessa alteração, uma outra ocorrida na escolha do tema, se referia a que cada um tinha a oportunidade de colocar seu problema com maior detalhamento. Ainda assim, depois, na etapa da contextualização, o participante poderia ampliar sua história e havia a possibilidade dos outros participantes fazerem perguntas para o protagonista. Portanto, não intencionalmente, houve um modo adaptado de operar a atividade de grupo.

Contribuiu para esta adaptação, a interrupção de supervisão quando terminou o curso de Terapia Comunitária ocorrido entre fevereiro de 2004 e novembro de 2005. Importa registrar que todo o processo de capacitação e supervisão foi financiado pela própria pesquisadora.

A opção da Educação Popular (EP)

A referência da EP na presente pesquisa se tornou coerente com a busca por conhecer as necessidades de saúde da população e mesmo, de constituição de espaços de troca de experiências, com o objetivo de trazer autonomia para as pessoas.

“O maior sonho da Educação Popular é deixar de ser um movimento alternativo. (...) Nosso sonho é que isso se espalhe pelo sistema de saúde e ajude a fazer um SUS mais criativo e participativo. É preciso que o SUS sirva de instrumento de dinamização da vida, da busca de intensidade de um viver maior nesse Brasil, que seja um elemento de busca de uma saúde plena, proporcionando uma cidadania ativa.” (Vasconcelos, 1998)

A EP é uma perspectiva educacional que teve seu percurso fortemente influenciado pelo pensamento de Paulo Freire, que, por onde passou, deixou as sementes de uma concepção popular emancipadora da educação (Gadotti, 1998).

A aproximação da EP permite uma práxis comprometida com as classes populares e a transformação social. Ainda objetiva contribuir para que as pessoas fiquem mais fortes e construam relações sociais mais justas. O adjetivo popular se refere à perspectiva política dessa concepção de educação, ou seja, à construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados, e passem a ser sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (Vasconcelos, 2004).

Segundo Gadotti (1998), um dos princípios originários da Educação Popular, tem sido a criação de uma nova epistemologia, baseada no profundo respeito pelo senso comum, problematizando-a. A incorporação dos pressupostos da EP nas atividades de educação em saúde vem transformando essas práticas, criando um jeito de trabalhar na saúde numa lógica freireana e libertadora (II Seminário de Educação Popular e Saúde, 2005).

C. Justificativa

A motivação para realização deste trabalho deve-se ao fato de, a pesquisadora, integrou equipes de PSF desde 1997, e durante todos esses anos, buscou o trabalho em grupo como uma forma de atendimento à população, visando não só a recuperação, mas também a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde. Acredita a pesquisadora, que o trabalho em grupo feito de forma dialógica contribui para a melhor qualidade da Atenção Primária à Saúde, em especial para as equipes do PSF.

Em dezembro de 2003, a Unidade do Jardim Aeroporto foi inaugurada e foram se constituindo as atividades de grupo, de acordo com as necessidades da equipe e demandas da população.

Após esses anos, considera-se relevante descrever e analisar este trabalho, pressupondo-se que os grupos podem contribuir para o maior acolhimento dos pacientes, fortalecendo sua auto-estima, ampliando suas estratégias de enfrentamento da realidade, ao mesmo tempo, criando redes de solidariedade e construindo cidadania. Essas experiências devem ser documentadas, pois podem contribuir para ampliar a implementação de tais práticas na atenção primária à saúde, em especial no PSF.

De acordo com os pressupostos do Ministério da Saúde, para a atenção primária em geral, e ainda especificamente para o PSF, as atividades de grupo são sugeridas, no entanto, porém não se propõe uma abordagem específica para as práticas educativas. Assim, essa iniciativa de pesquisa-ação pretende divulgar mais uma contribuição que se baseia no referencial da EPS e que se mostra adequada à realidade das equipes.

D. Objetivos

Objetivo Geral:

Descrever e analisar a percepção dos pacientes participantes das atividades de grupo realizadas numa Unidade do PSF, para contribuir para a qualificação do trabalho de Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Específicos:

- 1- Descrever e analisar as atividades de grupo realizadas pelos profissionais de uma Unidade do PSF;
- 2- Conhecer alguns determinantes psicossociais do adoecimento;
- 3 - Identificar limites e potencialidades dessas atividades de grupo no PSF;
- 4- Propor algumas questões que possam contribuir para o desenvolvimento de Trabalhos de Grupo na Atenção Primária.

E. Metodologia

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. (Minayo, 2003).

A pesquisa qualitativa e a pesquisa participante

Como realizar uma pesquisa social que possa compreender a complexidade de um fenômeno social e a riqueza de seu contexto peculiar, ou seja, que percurso metodológico possibilita estudar cientificamente relações sociais na qual a autora participou como um dos sujeitos do processo e que como ação buscava a reflexão, mudança e emancipação da comunidade?

De acordo com Minayo (1996), a pesquisa qualitativa se ocupa, nas Ciências Sociais, com aquela parte da realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com uma variedade de crenças, valores, atitudes, significados e expectativas inerentes dos processos relacionais e ações entre os indivíduos caracterizando-se, portanto, como uma tarefa complexa, inacabada, em constante transformação.

Ao contrário dos métodos das ciências físico-naturais e biológicas, o objeto das Ciências Sociais é histórico. Existe num determinado espaço, num determinado tempo, e os grupos sociais que as constituem são mutáveis. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos, também os pesquisadores, são autores e frutos de seu tempo histórico.

Uma característica das pesquisas nas Ciências Sociais é a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Os seres humanos são diferentes por razões

culturais, de classe, de faixa etária, e outros motivos, mas que pela situação de pesquisa se aproximam em uma zona comum, estabelecendo vínculos e compromissos. Também nesse tipo de investigação, as visões de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas no processo do conhecimento, requerendo a observação sobre as condições de compreensão do objeto e também do próprio observador, num processo que evidencia o caráter intersubjetivo das relações sociais.

No campo da Saúde, a abordagem proposta na pesquisa qualitativa é essencial, na medida em que saúde e doença têm repercussões no corpo e no imaginário, e qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento, deve incluir os valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige.

Dentre várias modalidades, a técnica de observação participante, na pesquisa social, “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado” (Minayo, 1996). Portanto, o observador é parte do contexto de observação, e ele pode modificar e ser modificado pelo contexto. A mesma autora explica que é possível trabalharmos com anotação simultânea “sobre o registro das falas dos atores sociais que participam da investigação”. Para Cruz Neto (1995), o diário de campo é um instrumento importante no registro dos dados, oferecendo detalhes dos diferentes momentos da observação, enriquecendo a descrição e a análise durante todo o processo da investigação.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada sobre um problema no qual há ainda necessidade de ampliação dos estudos e conhecimento sistematizado. Utilizou-se da observação participante, na medida em que a pesquisadora fez parte da equipe de profissionais da Unidade de Saúde, atuando como médica e coordenando em parceria com a enfermeira e outros profissionais da equipe as atividades de grupo que serão objeto deste estudo. Assim tomaram parte do estudo, “pessoas implicadas no problema pesquisado, assumindo que tem um papel dentro do contexto a pesquisar” acarretando “uma diminuição da distância entre o pesquisador e o pesquisado”

(Tobar, 2001). Ainda assim, assume-se o estudo como uma pesquisa de intervenção, na medida em que o principal objetivo dos trabalhos em grupo aqui relatados e discutidos era “intervir na realidade estudada para modificá-la” (Tobar, 2001), no sentido de seu compromisso com o enfrentamento da realidade vivenciada, trabalhando os problemas “efetivamente e participativamente” (Tobar, 2001).

Em todos os grupos, a pesquisadora registrou o material empírico da presente pesquisa em diário de campo. Nesse foram anotadas as dinâmicas de cada reunião, as falas dos participantes, informações, observações, questionamentos, angústias, percepções, relatos de situação conflituosa vivenciada e planejamento de atividades sociais.

Concebida a metodologia como uma maneira de pensar e de abordar a realidade, o estudo privilegia a descrição e análise das percepções dos pacientes participantes das atividades de grupo, na atenção primária em saúde, tendo como base a descrição dessas atividades e análise do conteúdo das observações e das falas. Após a leitura do material dos grupos, selecionaram-se frases/palavras que foram repetidas com maior frequência ou enfatizadas; aquelas que se relacionaram entre si ou que possuíam aspectos em comum foram agrupadas estabelecendo-se categorias e procedendo-se à análise e interpretação dos dados. As categorias de análise estabelecidas foram: *Alcoolismo nas famílias; Violência Contra a Mulher; Vida e trabalho: conflito, violência, desemprego, afastamento por doença, aposentadoria; Família e cotidiano: fragilidade, conflito e perda; Vida conjugal: decepção amorosa e traição; Sobrecarga emocional e desgaste físico na vida cotidiana; Dificuldades na relação com os serviços públicos de saúde e; O grupo como espaço de fortalecimento da rede de apoio.*

Todo o material sobre os processos grupais desenvolvidos foram retirados das anotações realizadas durante os trabalhos de grupo e seguiu uma organização para facilitar a descrição: origem, necessidades, objetivo inicial, como se formou,

quem organizou, chamadas, dinâmica do grupo, quem estava presente, evolução, quem conduzia, o quê se discutia, preparo da atividade, pontos que foram fortalezas, pontos fracos.

Os sujeitos da presente pesquisa são pacientes de uma Unidade de Saúde da Família, que participaram das atividades de grupo, de janeiro de 2004 a abril de 2007.

Ética

O Comitê de Ética em Pesquisa, conforme resolução n.196, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos (UNESP, 1997) conferiu parecer favorável em 07/11/2005.

Todos os profissionais participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a natureza deste estudo e solicitados a assinar um termo de esclarecimento e de livre consentimento de participação. Com relação aos pacientes observados durante as atividades de grupo, seu anonimato foi resguardado mudando seus nomes para nomes de árvores brasileiras.

Local de pesquisa: A Atenção Básica/ PSF de Botucatu

A presente pesquisa realizou-se na Unidade Saúde da Família do Jardim Aeroporto localizada numa área periférica do município de Botucatu, interior do Estado de São Paulo. Na sua região anteriormente não havia qualquer serviço de saúde.

Botucatu, com cerca de cento e vinte mil habitantes, oferecia a maior parte do atendimento público à saúde da população, até 1983, na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). Outros serviços utilizados até então foram o Centro de Saúde Escola (CSE), um centro de saúde estadual, uma unidade rural municipal, um ambulatório do INPS, consultórios médicos conveniados com a Previdência e/ou com a UNIMED, um hospital psiquiátrico e dois hospitais filantrópicos. A Prefeitura Municipal não dispunha de estrutura formal na área da saúde, limitando sua atuação à prestação de assistência médica aos seus funcionários.

No entanto, entre 1983 e 1996, após iniciado o processo de municipalização da saúde, foram instaladas sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) em áreas definidas a partir de determinantes sociais e epidemiológicos. Havia um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, como apontam Cyrino et al.

Botucatu foi uma cidade pioneira na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e também valorizou a participação popular, na sua formulação, enquanto secretaria de saúde.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu implantou o PSF em algumas regiões periféricas da cidade, cobrindo por volta de 25% da população, tendo atualmente dez equipes.

De acordo com estudos recentes (Cyrino et al., 2009), coordenadores e médicos das equipes do PSF de Botucatu, relatam que houve problemas quanto à aceitação e apoio da população e à estruturação de novas equipes nas unidades que anteriormente eram UBS, ao contrário das áreas onde as unidades de saúde eram inauguradas como PSF.

Buscou-se esclarecer à população sobre a implantação e aos objetivos do PSF, sua formulação de prevenção e promoção, e a grande importância de acolhimento e acompanhamento. No entanto, para a população, dada a condição de precariedade em relação à oferta de serviços, houve persistente e numerosa demanda pela consulta “eventual”. Assim, ao mesmo tempo, se buscou acolher a demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, a organização do modelo técnico-assistencial foi orientada não apenas centrado nas doenças.

A população adscrita a cada equipe é de 1400 a 4500 indivíduos, dependendo se a área é urbana ou rural. Em muitas unidades de PSF do município, a comunidade requer médicos especialistas, em especial, pediatra e ginecologista, de acordo com estudo recente (Cyrino et al., 2009).

O trabalho cotidiano do médico no PSF de Botucatu consiste em consultas clínicas, coordenação de grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e trabalho

educativo. As consultas médicas são citadas por Cyrino et al. (2009) como a principal atividade do médico, devendo o mesmo atender pessoas de todas as faixas etárias e gênero (crianças, adultos, idosos e gestantes), numa sistemática de horários que intercala pacientes agendados com a demanda eventual. Há, no entanto, referências de alguns trabalhos de grupos de educação em saúde com participação de equipe multiprofissional.

F. Resultados

“Talvez um dos principais frutos do meu trabalho com PSF, é ter descoberto quanta beleza, força e sabedoria estão escondidas por trás da fachada pouco atraente das periferias. Há muito ouro nas favelas. Às vezes, é preciso atravessar a superfície empoeirada e feia, para achá-lo emaranhado aos dramas de uma vida sujeita a tantos altos e baixos”. (Benevides, 2001)

Sobre a unidade de saúde estudada

A Unidade Saúde da Família do Jardim Aeroporto (USFJA) tinha cadastrados 1279 domicílios e 5029 habitantes (dados do SIAB). A população jovem era predominante, a maioria das famílias estava em formação, 9 % das pessoas responsáveis pelos domicílios não tinham rendimento e estudaram, em média, até a 6ª série do ensino fundamental (Rossini et al., 2005).

Nesta área de estudo, o coeficiente de mortalidade infantil era de 22,7 óbitos por mil nascidos vivos (média dos anos 2000, 2001 e 2002), maior que o de Botucatu, que era de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos. Os dados indicavam que 60% desses óbitos ocorreram após 28 dias de vida e poderiam ser evitados. A maioria deles aconteceu devido às influências das condições socioeconômicas e ambientais (Rossini et al., 2005).

Trata-se de uma área nova da cidade com muitos terrenos baldios e muitas casas de alvenaria sem acabamento. A área é localizada ao sul do município, limitada pela Rodovia Marechal Rondon e cortada pela Rodovia Variante da Serra e pela Estrada do Aeroporto. Possuía na naquela época, dois sub-centros comerciais: um no Jardim Aeroporto e outro na COHAB III, onde se encontram: quatro

mercados, uma sorveteria, um sacolão, três igrejas evangélicas, uma creche, uma escola de ensino infantil e fundamental (1ª fase).

Rossini et al. (2005) apontam como principais problemas nos bairros: pouca iluminação nas ruas, ausência de asfalto em algumas ruas, falta de creche e projetos de atendimento às crianças e adolescentes, constante falta de água, e lixo em muitos terrenos baldios.

Em outro estudo, Vecchia e Martins (2006) investigaram o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família e a inserção da Saúde Mental nessa mesma Unidade, revelando o interesse da equipe de trabalhadores por “ações de promoção, prevenção e/ou assistência relacionadas com as demandas de saúde mental, sendo realizadas na unidade: grupo de artesanato, grupo de alcoolistas, acompanhamento terapêutico com portadores de depressão, grupo de caminhada.” (p. 69). O estudo também descreve a composição da equipe: “... os doze membros da equipe, cujos componentes são, em sua maioria, do sexo feminino (91,7%), com uma média de 29,2 anos de idade, tendo 75,0% cursado o nível médio, 8,3% superior incompleto, e 16,7% pós-graduação.”

Segundo Vecchia (2006), a equipe de profissionais contava com pouco tempo de experiência na profissão, na ocasião desta pesquisa, na maioria, tinham no PSF uma primeira oportunidade de trabalho. A metade da equipe é constituída por ACS e o início da atividade na equipe foi concomitante à implantação do PSF no município.

O autor abordou a realização de ações de saúde mental nessa Unidade de Saúde da Família e em várias falas dos sujeitos pesquisados há referências ao trabalho em grupo, realizado de diversas formas e com diversas finalidades, deixado claro como nesta Unidade, a presença e a valorização do trabalho grupal era uma realidade.

A Unidade de Saúde da Família do Jardim Aeroporto teve sua equipe contratada em 2003, e logo começou a realizar reuniões com a comunidade com o objetivo de dialogar a respeito do futuro trabalho, estabelecendo já de início uma proposta de vínculo e responsabilização.

A formação dos grupos na USFJA

As atividades de grupo foram iniciadas após percepção pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Família sobre a necessidade de abordagem coletiva de determinados problemas, e também por demanda dos usuários.

Com a concepção de que as ações de promoção e manutenção da saúde compreendem “um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes” (OMS, 2005), a equipe tinha como objetivo, uma melhora da saúde e redução dos riscos à mesma e a vulnerabilidade às doenças e agravos dos participantes.

Oliveira e Furlan (2008) discutem a “co-produção” de projetos com coletivos, e a necessidade de relacionar-se a sociabilidade do território, as maneiras de levar a vida, os problemas de saúde e a demanda, para além de um olhar restrito e normativo.

“As equipes que iniciam nessas atividades, quando desenvolvem uma relação produtiva com a comunidade ao seu redor, tem possibilidade, ao mesmo tempo que atuam num problema específico eleito num projeto, de modular os modos de relação com essa população, de ampliar a legitimidade da equipe e do serviço e combater a forma comum e predatória de busca dos serviços de saúde apenas como consumo.” (Oliveira e Furlan, 2008)

As atividades eram consideradas importantes pela equipe, sendo então discutidas com a comunidade quanto ao modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras. Os convites eram feitos por todos os profissionais, de forma pessoal e coletiva, verbalmente, escritos, por meio de cartazes e bilhetes. Percebeu-se que, convites realizados após o paciente com vínculo à algum profissional, obtinham maior adesão. Também era assegurado ao paciente a possibilidade dele permanecer calado durante o grupo, portanto, que ele poderia ir somente para “assistir” à atividade.

Essas atividades foram configuradas como espaço no qual os pacientes poderiam falar de seus problemas, e se fortalecerem através das trocas de experiências e informações entre si e com os profissionais. Os temas suscitados pelos encontros eram, na maioria, relacionados a conflitos familiares e relativos ao trabalho. Dentre os temas sobre conflito familiar vimos maior relevância daqueles relacionados ao uso abusivo de álcool e violência doméstica. Em específico num grupo, havia a discussão a respeito de hábitos saudáveis, como alimentação, atividade física e higiene mental.

Percebeu-se que a dinâmica usada nas atividades de grupo, favoreceu a construção de um ambiente de confiança, mobilização e de ajuda mútua.

Sou muito fechada, cada vez que venho, estou me soltando mais.

Não via a hora de estar aqui. Agradeço a todas. (Aroeira)

Como primeira necessidade, aconteceu a “Caminhada”, como atividade física e grupo de convivência, reunindo pacientes hipertensos, diabéticos e com outras demandas. Na seqüência, deu-se o trabalho com alcoolistas. Uma constatação verificada no atendimento individual foi o grande número de mulheres com queixas somáticas advindas de conflitos familiares, violência doméstica e outros. Criou-se então o grupo das mulheres. Após algum tempo, homens reivindicaram atividade semelhante, e iniciou-se o grupo dos homens. Para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, estruturou-se o grupo “De Bem com a Vida”.

Dos cinco grupos analisados, dois deles aconteciam em horário alternativo ao funcionamento da unidade, mas de acordo com a preferência aos usuários, com isso favorecendo a possibilidade de participação dos mesmos. Mesmo assim, o horário alternativo provocava uma repercussão negativa na gestão administrativa. Os outros três grupos aconteciam em horário normal de funcionamento da unidade, entre 14 e 17 horas, em dois períodos da semana, causando divergências sobre a prioridade da atividade em relação ao atendimento da demanda eventual diária, pelo profissional médico. Percebeu-se que as atividades da visita domiciliar

realizadas pelo médico, que também o impossibilitava de atender à demanda eventual, ao contrário da atividade de grupo, era percebida como atividade de responsabilidade deste profissional, devidamente justificada perante a gestão administrativa. Portanto, havia dificuldade da gestão compreender as atividades de grupo realizadas, como estratégias de ampliação das respostas, às necessidades de saúde da população atendida.

Descrição dos grupos

“O desafio que temos a enfrentar é o de desconstruirmos os preconceitos que amarram as nossas práticas e experimentarmos a alegria de surpreendermo-nos com o inusitado, com o que cansamos de olhar, sem ver, com as expectativas várias que a população inventa para a vida, construindo juntos modos de sentir, de conhecer o mundo, de driblar as adversidades e de enfrentá-las, como e quando possível. É de assumirmos o desejo de contribuir para aumentarmos essas possibilidades, compreendendo quão longo e trabalhoso, mas quão prazeroso e gratificante isso pode ser”... (Morosini et al., 2007)

Na seqüência, são apresentadas as principais características de cada grupo a partir de um roteiro pré-estabelecido.

GRUPO CAMINHADA

*Um passo ali
Um passo lá
É ir na caminhada
Para nós poder sarar (Mollissima)*



Origem, necessidades percebidas pelos profissionais, objetivo inicial

Logo após a USF estar funcionando, constatou-se grande número de hipertensos na sua área de abrangência. A equipe se deparou, neste momento, com a dificuldade de marcação do grande volume das consultas individuais periódicas para os hipertensos, sugeridas pelos protocolos. Esta percepção indicou à equipe, a necessidade de alguma atividade coletiva para este grupo, com o objetivo de complementar o acompanhamento e cuidado desses pacientes, que se delineava insuficiente. A princípio, pensou-se numa atividade com o formato de uma conversa, para motivar os pacientes ao autocuidado, ao uso correto da medicação, à alimentação saudável, às práticas de atividades físicas e de lazer. Contava-se com a experiência de alguns profissionais da equipe com atividades de grupo e com a motivação da maioria da equipe.

Como o grupo se formou, quem organizou, convites

Os profissionais convidaram os pacientes acompanhados em atendimento individual, para um encontro, com o objetivo de decidir qual atividade coletiva eles teriam interesse. A reunião foi marcada num clube sediado no bairro. No entanto, houve contratempos em relação à disponibilidade do local e fizemos o encontro no espaço de fora, na lateral do clube. Sendo uma manhã ensolarada e quente de janeiro, sem espaço adequado para acomodar os participantes, a profissional médica que acompanhava os pacientes, resolveu encurtar a conversa e propor uma atividade corporal. Para sua surpresa, esta parte, a da atividade corporal, foi a que o grupo mais gostou e solicitou continuidade. Foi acordado com o grupo uma atividade de caminhada com alongamento no início e no final, às quartas-feiras, às 7:30 h, a partir da rua em frente da Unidade. Abandonou-se, naquele momento, a idéia de um grupo de orientação. A partir de então, os agentes comunitários de saúde convidavam os pacientes para esta atividade nas visitas domiciliares, os auxiliares de enfermagem na pré e pós consulta, e a médica e enfermeira nos atendimentos individuais.

Depois dos primeiros meses, percebido o benefício da participação dos pacientes no grupo em relação ao controle e acompanhamento da hipertensão arterial, além de diminuir a demanda do eventual, decidiu-se incluir no grupo outros pacientes como diabéticos, obesos, "nervosos", gestantes, portadores de dores crônicas. Portanto esse grupo foi aumentando de tamanho com a inclusão de pacientes de outras patologias. Entre 2004 e 2005, esse grupo chegou a ter mais de 50 participantes.

Quanto tempo de análise, número de encontros, regularidade, duração da atividade, número de pessoas

Esse grupo foi observado por três anos e quatro meses, com três encontros semanais, de uma hora de duração, com o número de participantes em torno de 20, havendo em alguns encontros 50 e em outros menos que 10 participantes.

Dinâmica do grupo: quem estava presente, evolução

Nas primeiras semanas da atividade, a coordenação foi realizada pela médica, participavam alguns auxiliares de enfermagem com a organização da atividade e a medida da pressão arterial, e dois agentes comunitários acompanhavam o trajeto conversando com os pacientes. Os funcionários eram voluntários, já que não havia a recomendação do gestor para esta atividade, e por esta razão, faziam um rodízio entre si. Depois de um mês, a enfermeira se dispôs a coordenar a atividade em outro dia da semana, e também a enfermeira da equipe que funcionava na mesma unidade e correspondia a uma área adscrita vizinha à equipe, se comprometeu com a coordenação em mais um dia.

Quem conduzia, o quê se discutia

A coordenação, a princípio, realizada pela médica, foi ampliada também para as enfermeiras. E, finalmente, no ano de 2007, esta coordenação passou para um participante da comunidade. No início e final da atividade, era realizado o "alongamento" e, dependendo do profissional que coordenava, utilizava-se música de fundo, do som do seu próprio carro.



As auxiliares de enfermagem registravam os nomes dos participantes e mediam a pressão arterial no final da atividade.

O grupo era cancelado sempre que o coordenador não pudesse participar, já que havia preocupação e medo dos auxiliares de enfermagem de não saberem lidar, se algum paciente se sentisse mal ao realizar a caminhada.

Após o segundo ano da atividade, houve maior pressão do gestor para que a médica, a enfermeira e as auxiliares de enfermagem não realizassem o grupo, com a justificativa de que a demanda por consultas eventuais se mantinha grande e que estes profissionais deveriam estar dedicando seu tempo para responder a esta demanda. Ao ser repassada a coordenação para os agentes comunitários de saúde, por sugestão do gestor, estes se sentiram desmotivados a manter a atividade, já que esta não era importante para a gestão. Também eles não sabiam como lidar com a frustração dos participantes que reclamavam da ausência dos coordenadores anteriores.

Após o terceiro ano da atividade, persistiam em torno de quinze participantes, com coordenação de um dos participantes, não tendo mais a presença de membros da equipe de saúde. Foi mantida, no entanto, a aferição da pressão arterial por uma auxiliar de enfermagem na Unidade, ao término da atividade.

Preparo da atividade

Separar as músicas para o momento do alongamento, recordar e ampliar o repertório de "exercícios" corporais e brincadeiras para o encerramento da atividade, saber os eventos da unidade e da cidade ligados à cidadania para comunicar ao grupo.

Pontos que foram fortalezas

- Envolvimento de um número expressivo de funcionários nos primeiros dois anos da atividade.
- Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras da atividade.
- Horário conveniente para a maioria dos pacientes.
- Os convites serem feitos por todos os profissionais da equipe, de forma pessoal ou coletiva, verbalmente, escritos, através de cartazes e bilhetes.
- Os convites serem realizados após o paciente ter feito um bom vínculo com algum profissional da equipe.
- Assegurar ao paciente que a sua participação na atividade não seria requisitada, a não ser que ele a expressasse voluntariamente, portanto, na primeira vez que ele estivesse presente, poderia somente “ver” como a atividade acontecia.
- Motivação da equipe em realizar a atividade pela percepção da diminuição da demanda por consultas eventuais pelos pacientes participantes do grupo.
- Identificação do grupo com uma camiseta com a inscrição “Vida é Saúde”, escolhida pelos próprios participantes, após aproximadamente três meses de existência do grupo, dando bastante visibilidade no bairro a essa prática monitorada pela equipe.
- Participação de funcionários, em parceria com a Secretaria Municipal de Comunicação, além dos próprios participantes do grupo, para a concretização do projeto de confecção da camiseta.
- Realização de passeios, celebrações de aniversários dos participantes e festas de época no grupo. Notou-se que o número de participantes aumentava consideravelmente quando eram programados os passeios e outras atividades.



- Espaço durante a atividade para divulgação de eventos da comunidade.
- Construção de rede social.

Pontos Fracos ou Fragilidades

- Ocorrer em horário que antecipava o funcionamento da unidade, causando questionamentos e incompreensões por parte da população e mesmo da gestão a cerca do horário de início dos atendimentos na unidade. Coincidiu esse fator, com a dificuldade da equipe encaminhar soluções efetivas e consensuais para a grande demanda de consultas eventuais, apesar do empenho de várias oficinas envolvendo equipe, profissionais da área de saúde mental da faculdade e usuários, no sentido de buscar soluções em conjunto.
- Falta de espaço para a atividade de aquecimento antes da caminhada, e mesmo, espaço alternativo para os dias de muito frio, de vento ou chuva.
- Falta de aparelhagem de som para a atividade, ficando na dependência do profissional disponibilizar o som do seu carro.
- Pouca compreensão pelo gestor municipal da "eficácia clínica" da atividade, acarretando recomendação para que a coordenação da atividade fosse repassada para o Agente Comunitário de Saúde.
- Dificuldade de construção de parcerias tanto na própria instituição como com outras, sendo que um dos fatores vivido pela equipe devia-se à falta de disponibilidade de tempo e habilidade dos funcionários para esta função de articulação. Oliveira e Furlan (2008) apontam que há necessidade de uma rede de sustentação para viabilização da “co-produção” de projetos, ou seja, a possibilidade de apoiadores externos.

GRUPO RENASCER



Atividade de grupo para pacientes alcoolistas e seus familiares

Origem, necessidades percebidas pelos profissionais, objetivo inicial

Nas consultas médicas, pelo relato dos pacientes em consulta individual, observou-se a associação entre o adoecimento recorrente ou crônico dos membros das famílias e o uso abusivo do álcool.

Não consigo dormir, pois meu pai quando chega em casa quebra tudo e puxa a faca para a minha mãe.

Tenho vontade de sumir... se não fosse as crianças teria feito bobagem... ele não quer se tratar, há mais de 15 anos que eu falo para ele.

Só eu que trabalho, ele gasta todo o salário no bar.

Ele é um bom marido, só não pode beber.

Ele só está bom até as 9 horas da manhã, depois...

Ele me obriga a comprar a pinga. (Relato de familiares)

A partir desta percepção, a pesquisadora discutiu com a equipe a necessidade de implementar uma atividade que pudesse interferir nesta problemática.

Como o grupo se formou, quem organizou, convites

Com auxílio de uma profissional de um outro serviço de saúde do município, planejou-se uma atividade para estes pacientes e seus familiares. Um morador da área de abrangência, membro de um grupo de Alcoólicos Anônimos, se disponibilizou a ajudar na atividade.

Pensamos, a princípio, em realizar um grupo somente para os pacientes alcoolistas, mas ao constatar a necessidade de uma atividade para os familiares e tendo em vista os limites de disponibilidade de horário dos profissionais envolvidos, pois não tínhamos condições de criar outro grupo no momento, o grupo ficou aberto à participação também aos familiares dos pacientes.

O objetivo foi de criar um espaço para os pacientes se colocarem, exporem suas problemáticas relacionadas ao uso abusivo do álcool e suas repercussões na sua vida familiar e profissional. Tínhamos também o objetivo de oferecer o tratamento individual para aqueles que quisessem deixar de usar a bebida; e, também, criar um vínculo entre os próprios participantes do grupo, entre os pacientes e os profissionais da unidade, assim facilitando à equipe compreender melhor as famílias, e o cuidado a ser oferecido.

O objetivo de ter a participação dos familiares voltava-se a fazê-los perceber o sofrimento do paciente alcoolista e participar positivamente no seu tratamento.

Os convites para o grupo eram feitos durante as consultas individuais, tanto do médico como da enfermeira, pelas auxiliares de enfermagem na pré e pós consulta, e também pelas agentes comunitárias de saúde, nos domicílios. Havia um cartaz na unidade convidando os pacientes e seus familiares para o grupo.

Após dois meses de atividade, a população foi convidada para um encontro com o objetivo de divulgação do grupo e dos resultados obtidos até o momento.

A equipe do PSF Jardim Aeroporto após 02 meses de trabalho, constata os variados problemas e adoecimentos do indivíduo e da sua família causados pelo uso abusivo da bebida alcoólica. Diante do desafio de responder a esta problemática, estamos convidando a população da área: 24 de Maio, Santa Mônica, Santa Elisabeth, Mutirão, Santa Cecília, Jardim Aeroporto, para participar do Encontro sobre Alcoolismo, no dia 06 de março, às 16 horas, na Unidade do PSF. Teremos o apoio do grupo do AA(Alcoólicos Anônimos) e do Alanon (grupo de familiares). Já iniciamos acompanhamento individual para um grupo de alcoolistas e em parceria com o A.A., teremos atividade de grupo.

Quanto tempo de análise, número de encontros, regularidade, duração da atividade, número de pessoas

Esse grupo foi observado por três anos e três meses, com um encontro semanal; de uma hora de duração, com o número de pessoas em torno de oito, havendo em alguns encontros vinte e em outros menos que cinco pessoas.

Dinâmica do grupo: quem estava presente, quem conduzia; o quê se discutia

Os encontros, a princípio, eram realizado aos sábados à tarde (15 às 16:30 h), e depois, devido às dificuldades dos profissionais da equipe em participar neste dia, transferimos a atividade para as terças feiras à noite (19 às 20:30 h). A participação era aberta aos familiares. Participava a médica ou a enfermeira, como coordenadores, e outro componente da equipe, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde. Na maioria das vezes, participava uma ACS, com papel importante no grupo, como abrir e fechar a unidade, anotar a presença dos pacientes e ajudar na coordenação.

O grupo iniciou-se em fevereiro de 2004, na sala de espera da USFJA.

A abertura do encontro, realizada pelo “morador-apoiador”, e ficando depois, aberta a palavra aos outros participantes. Havia uma "abertura e encerramento", com as regras do grupo, lidos em todos os encontros. (Anexo IV)

Em alguns encontros, se utilizou a dinâmica usada no grupo das mulheres, que será exposta mais à frente, com espaço para colocação das problemáticas que estavam preocupando os participantes, independente do tema do alcoolismo. Nesses encontros, portanto os temas variavam em torno de outras questões:

- desconsideração e desrespeito pelos familiares

Tenho vontade de sair correndo pelo mundo que nem meu pai, que eu não conheci. As pessoas desfazem de mim. Falo e ninguém atende. (Sideroxylon)

- afastamento do trabalho por doença,

Não tinha pressão alta, só diabetes. Se trabalhar, recupero mais fácil. No sítio, melhora. Filhos não têm vício. Um deles está desempregado e tem dois filhos, são mais quatro bocas. Ele se acomodou. Agora o pior é ficar afastado, não poder exercer minha profissão. Fico deprimido, dá tristeza e ansiedade. (Spondias)

Além de outros temas, como dependência financeira dos filhos, não poder ajudar nas despesas da casa, dependência do cigarro, conflito familiar, relacionamento com filhos, sensação de ser inútil etc.

Houve relatos de mudança em relação à dependência do álcool após a participação no grupo:

Uso álcool desde os nove anos. Perdi a mãe com seis anos. Quando bebo fico violento, insuportável. Era um alívio para a mulher quando eu viajava. Era motorista de garrafão. Depois trabalhei na coleta de lixo. Se não tomasse uma, a vida não tinha sentido. Até que tive convite para o grupo. Fiquei envergonhado de dar depoimento. Se Deus quiser, vou largar. Fiz força, apesar da tentação. Na hora de tomar um gole, saía de casa. O diálogo no grupo me ajuda, estou esquecendo, estou vendo a cachaça como inimiga. Tenho caminhado todo dia de manhã. Hoje tenho dignidade, auto-estima, recuperei o respeito dentro de casa. A família também me ajudou bem, os filhos... Irmãos também falaram que sou outra pessoa. (Tabebuia)

Entre os anos 2005 e 2007, eram agendadas consultas médicas para os pacientes em tratamento medicamentoso para o alcoolismo, no mesmo horário do grupo. Eles participavam também da atividade de grupo. Com o comparecimento às consultas, os pacientes conheciam o grupo e alguns se sentiam menos constrangidos em retornar para a atividade.

Em 2007, por sobrecarga no trabalho, a médica decidiu não mais participar do grupo. Contando ainda com a parceria do morador da comunidade pertencente ao AA, o grupo se manteve, no entanto, com frequência reduzida, entre duas a quatro pessoas.

Houve dificuldade para a manutenção da participação da enfermeira e de outros membros da equipe, já que o grupo acontecia fora do horário de atendimento na Unidade, e o gestor e a coordenação não consideravam esta atividade como de atenção básica. Houve ameaça aos funcionários que dela participavam como a de não serem contabilizadas as horas trabalhadas.

Preparo da atividade

Estudar sobre alcoolismo, buscar consultoria com especialista, discutir situações surgidas na relação com os pacientes participantes das atividades de grupo, e separar músicas adequadas para o grupo.

Pontos que foram fortalezas

- Envolvimento de alguns membros da equipe de funcionários.
- Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras da atividade.
- Horário conveniente para a maioria dos pacientes, alternativo ao funcionamento da unidade.
- Os convites serem feitos por todos os profissionais da equipe, de forma pessoal e coletiva, verbalmente, escritos, através de cartazes e convitinhos.
- Os convites serem realizados, após o paciente ter feito um bom vínculo com algum profissional da equipe.
- Assegurar ao paciente que a sua participação na atividade não seria requisitada, a não ser que ele a expressasse voluntariamente, portanto, na primeira vez que ele estivesse presente, poderia somente “ver” como a atividade acontecia.
- Motivação da equipe em realizar a atividade pela percepção da diminuição da demanda por consultas eventuais pelos pacientes participantes do grupo.
- Escolha de um nome para o grupo com a participação dos participantes e funcionários envolvidos.
- Realização de lanches e celebrações no grupo.
- Espaço durante a atividade para apresentação de músicas (instrumento e canto) pelos participantes.

Pontos Fracos

- Compreensão pelo gestor municipal da atividade como atribuição da atenção secundária, com enfraquecimento do envolvimento e motivação dos profissionais.

- Ocorrer em horário alternativo, provocando uma repercussão negativa na gestão administrativa, pelo fato de que os profissionais envolvidos no grupo somavam horas extras que vinham a ser descontadas em horário de trabalho futuro, provocando alteração do funcionamento da unidade, já que esta possuía equipe mínima.
- Temas "difíceis", exigindo do coordenador bastante empenho para manter o envolvimento dos participantes.
- Participação de alguns pacientes "alcoholizados", portanto com comportamento "alterado", tendo sido a opção do coordenador, por algumas vezes, de excluir esses pacientes, repercutindo de forma negativa no funcionamento no grupo.
- Dificuldade de construção de parcerias tanto na própria instituição como com outras.
- Dificuldade de alguns profissionais da equipe quanto ao acolhimento à pacientes alcoolistas, e mesmo, de recebê-los na unidade.

GRUPO DE MULHERES:

DO CONTO DE FADAS PARA MULHERES VITORIOSAS



*Nós todos somos amigos
Nós não entramos em depressão
Conversamos todos juntos
Alegramos o coração. (Mollissima)*

Origem, necessidades percebidas pelos profissionais, objetivo inicial, organização, convites

A necessidade da atividade foi reconhecida pela falta de um espaço de escuta às pacientes que relatavam nas consultas médicas individuais problemas de saúde relacionados ao contexto de vida familiar e de trabalho, e queixas auto-referidas de “nervoso”. Isso porque havia obstáculos no atendimento individual, principalmente pela restrição de tempo para cada consulta médica, ou seja, de pouca disponibilidade de horário para o trabalho na perspectiva da "clínica ampliada". A demanda diária era volumosa e também havia dificuldade de agendamento para retornos regulares. A prioridade da atenção era voltada para os pacientes incluídos nos programas de pré-natal, puericultura, controle de hipertensão e diabetes.

Por outro lado, a médica contava com uma experiência anterior de trabalho em grupo para mulheres, com a estratégia de contos de fada.

Também contribuiu para esta iniciativa, a percepção de que o trabalho em grupo facilitaria a abordagem das questões familiares e sociais, afinadas com as necessidades desta comunidade, além do potencial de fomentar a formação de rede social local.

Aceita a proposta da atividade em reunião da equipe, houve colaboração de todos os profissionais para que a iniciativa fosse colocada em prática. As auxiliares de enfermagem, as agentes comunitárias de saúde, médica e enfermeira passaram a convidar as pacientes que "necessitassem de maior escuta" em todas as oportunidades. Foram colocados cartazes na sala de espera da unidade com o convite para o grupo. Foi reservada a sala dos agentes comunitários de saúde, no horário combinado, para esta finalidade. Houve colaboração e participação também da outra equipe da saúde da família, que usava as mesmas instalações físicas, sendo aberto às pacientes daquela área de abrangência, o convite para esta atividade.

A primeira reunião aconteceu em abril de 2004. Funcionava como grupo aberto, não tendo restrições para o ingresso de novas participantes nem obrigatoriedade para a frequência regular.

Quanto tempo de análise, número de encontros, regularidade, duração da atividade, número de pessoas

Esse grupo foi observado por três anos, com um encontro semanal de duas horas de duração, com o número de pessoas em torno de quinze, havendo em alguns encontros vinte e em outros menos que dez pessoas.

Dinâmica do grupo, quem estava presente, quem conduzia, o quê se discutia

Durante os meses de abril a agosto de 2004, participaram dos encontros do grupo, a médica e uma agente comunitária. Usávamos um conto de fadas, que era lido por uma de nós, e depois iniciávamos a conversa. Perguntávamos o que as participantes tinham entendido do conto, e, a partir dele, era lhes perguntado o que poderiam lembrar-se do seu cotidiano ou história familiar, ou qual aprendizado perceberam no conto, considerado como importante para o enfrentamento da vida. O nome inicial do grupo foi "Conto de Fadas para Mulheres".

Após alguns meses, percebemos que algumas participantes tinham dificuldades de participar desta dinâmica a partir dos contos de fada. Além disso, algumas pacientes apresentavam dificuldades de abstração, sugerindo-nos a necessidade de mudança do formato da dinâmica para o grupo. Nesta época, realizaram, a médica e a enfermeira, capacitação em Terapia Comunitária para ações de atenção básica em saúde mental para grupos comunitários. Propusemos, a partir de então, esta estratégia em que cada participante colocava sua problemática; e após síntese dos temas, havia uma votação para o tema do dia. Observamos após alguns encontros, o grande interesse das participantes pela atividade. Em seguida, as próprias participantes mudaram o nome do grupo para “Mulheres Vitoriosas”.

*A Águia bateu asas
Preparou para voar
As Mulheres Vitoriosas
Não tem o que reclamar (Mollissima)*

A coordenação da atividade era realizada por dois profissionais da equipe, a médica ou a enfermeira, e uma agente comunitária de saúde.

A recepção das participantes podia ser feita com uma música e, em seguida, cada uma se apresentava, dizendo o nome ou alguma outra informação pessoal como uma coisa boa que tinha acontecido,

Fiz aniversário, ganhei presente, fui bem aplaudida, uma surpresa, homenageada, abraçada. (Acacia)

Visitei a mãe e o filho porque antes me sentia impedida de ir na casa dos parentes por causa do marido. (Amburana)

o que gosta de fazer,

Mexer com flores e verdura. (Anadenanthera)

um desejo daquele momento,

Sarar de vez da coluna e voltar a trabalhar. (Annona)

Quero ter decisão, agora quero morar em São Paulo. (Auxemma)

qualidades que percebe em si mesma,

Determinação, coragem, fé. (Caesalpinia)

uma boa ação,

Tive uma amiga que fez cesárea, e precisava de doação de sangue. Eu com cinco crianças, uma de um ano, que a cunhada olhava, fui por dois meses ajudar. Lavava, passava, cozinhava, no fim ela me pagou. Até hoje ela me agradece. Meus filhos ficaram bem, a cunhada fazia as coisas, estavam bem. (Caesalpinia)

Criei uma menina desde um mês de nascida até casar. (Cedrela)

Outras informações diziam respeito ao lugar onde nasceu, apelido, lazer ou comida que mais apreciava, uma boa lembrança da infância. Essa abordagem tinha o objetivo de deixar as participantes mais à vontade, percebendo-se com similaridades umas com as outras, potencializando assim o sentimento de grupalidade. Por ser um grupo aberto, havia sempre a presença de mulheres que estavam participando pela primeira vez no grupo, e estas eram recebidas com uma música de boas-vindas. Depois, perguntávamos sobre as aniversariantes do mês e também os aniversariantes de suas famílias, para quem o grupo cantava parabéns, com o objetivo de propiciar o sentimento de pertencimento e celebração coletiva.

Colocávamos então o objetivo do grupo e as regras de funcionamento. Em geral, essa parte era feita por uma participante voluntária “antiga”. O objetivo era

definido como “*espaço para desabafar o que se sente, a raiva, a tristeza, a angústia*”, ou “*espaço só nosso, reúne para falar sobre o que nos incomoda, para aprender a conviver com as emoções*”, reforçado pelo ditado “*quando a boca fala, o corpo sara, quando a boca cala, o corpo adoce*”.

As regras do funcionamento do grupo eram repetidas em todos os encontros:

1. não interromper o participante que estiver falando a não ser com música, poesia ou frase;
2. tratar com respeito o que foi dito no grupo, não repetindo o que se ouviu;
3. não contar segredo íntimo familiar;
4. não trazer para o grupo o problema de outras pessoas, somente o que foi vivido pela própria participante (falar sempre na 1ª pessoa do singular);
5. convidar outras mulheres do bairro para participar;
6. não dar conselho (“o que é remédio para uma pessoa pode ser veneno para a outra pessoa”).

Em continuação, fazíamos alguma brincadeira e abríamos o espaço para a fala das participantes.



As temáticas abordadas, escolhidas pelas participantes, tratavam de: violência doméstica,

Marido só me prende dentro de casa e não endireita mais, isso acontece há oito anos. O que me livra é o emprego e a filha. Se vender a casa divido a parte dele. Mas não quero vender porque não quero ir morar na casa dos outros com

filha. Tenho medo de perder o emprego. Tenho medo de não ter lugar para morar com a filha se separar do marido e se vender a casa. Do jeito que sofro não quero pensão dele. (Dalbergia)

alcoolismo de um membro da família,

Ele bebe, fala um monte de coisa, e depois esquece. Tenho trinta e sete anos de casada. Ele me chamava de magra, magricela...já chamei a Delegacia da Mulher. Me arrumo, vou passear, vou na Igreja, não peço ordem. Tenho dó de mim. Não vou me desprezar. Queria separar, ia comemorar. Gosto de ficar sozinha, não ligo. Marido em qualquer capim a gente acha. Quem é unido é irmão, filho. Marido é qualquer um. (Commiphora)

perda de familiar por morte ou separação,

Perdi filho de 29 anos. Todo domingo vou ao cemitério, há onze anos. Bandido o matou. Fiquei dois meses bem mal. Não é revolta, eu sempre cuidei bem, eu falei para ele não ir no bar jogar sinuca, ele brigava com colegas. Tenho saudade. (Erythrina)

além de outros temas como conflito conjugal, filhos adolescentes, relacionamento com os vizinhos, parentes “aproveitadores”, sobrecarga pela tarefa de cuidador de idosos doentes, perda de moradia ou emprego, doença grave própria ou de familiar, estratégias diante de doença crônica, violência urbana, dificuldade financeira, doença relacionada ao trabalho etc.

O coordenador buscava sintetizar o que havia sido colocado pela participante, no sentido de explicitar a sua problemática principal. Após a fala de algumas participantes, sobre suas preocupações, em média quatro mulheres por encontro, questionava-se ao grupo qual dos temas-problema colocados era identificado como mais semelhante à sua história pessoal, para que fizessem a votação. Após a escolha do tema-problema, era solicitado que as participantes relatassem as estratégias positivas que tomaram em suas vidas, quando viveram esse problema, isto é, o que fizeram para “dar conta de viver a situação”, e “o que reconhecem como estratégia útil”.

Com trinta e nove anos de casada, o marido me traiu. Eu ficava brava, também desprezei ele. Gosto dele, mas esfriei. Não lavo mais cueca, não dou

mais comida na mão há seis meses, aí ele começou a melhorar. Até mudei de quarto. Quando dava carinho, ele me desprezava. Propus a separação, pois não aceito uma vida a três. Eu quero ser amada. Agora ele me compra presente. (Jatropha)

O coordenador recordava o ditado “o que é remédio para um pode ser veneno para outro”, ressaltando que as experiências eram expostas mas dever-se-ia ter bom senso para remetê-las quando fosse adequada para o contexto individual. Também os profissionais ficavam atentos para a necessidade de descontração do grupo, utilizando, em geral, uma música conhecida pela comunidade.

A finalização do encontro era feita com as participantes de pé em roda, quando se pedia para que fosse colocado o que "iam levar do dia de hoje", o que gostaram e o que não gostaram, o que gostariam de agradecer, o que acharam importante. No fechamento, todas se abraçavam.

Foi bom vir aqui, ter fé em Deus, muita saúde para mim, para cuidar do marido doente.

Vou levar coragem e amor pelos netos.

Coragem, ser persistente para ser vitoriosa.

Gostei de ver a força delas, maneira de agir, amor, carinho, sorriso...

Vou levar muita fé, determinação, coragem, enfrentar de frente.

(fechamento do grupo, 26 fev 06)

Preparo da atividade

Estudar os temas tratados, discutir em supervisão situações vivenciadas no grupo, separar músicas relacionadas aos temas mais frequentemente abordados no grupo, recordar e ampliar o repertório de brincadeiras para a atividade, saber os eventos da unidade e da cidade ligados à cidadania para comunicar ao grupo, preparar o lanche, fazer lembranças para os dias festivos.

Pontos que foram fortalezas

- Envolvimento de funcionários na atividade.
- Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras da atividade.

- Horário conveniente para a maioria dos pacientes.
- Os convites serem feitos por todos os profissionais da equipe, de forma pessoal e coletiva, verbalmente, escritos, através de cartazes e bilhetes.
- Os convites serem realizados para aqueles com bom vínculo com algum profissional da equipe.
- Assegurar ao paciente que a sua participação na atividade não seria requisitada, a não ser que ele a expressasse voluntariamente, portanto, na primeira vez que ele estivesse presente, poderia somente “ver” como a atividade acontecia.
- Motivação da equipe em realizar a atividade pela percepção da diminuição da demanda por consultas eventuais pelos pacientes participantes do grupo.
- Identificação do grupo com uma camiseta com a inscrição “Mulheres Vitoriosas”, escolhida pelos próprios participantes, após um ano de existência, dando bastante visibilidade na cidade para este grupo, já que participaram de eventos públicos como os relacionados ao Fórum das Mulheres.
- Participação de pessoas da comunidade junto com os próprios participantes do grupo, para a concretização do projeto de confecção da camiseta.
- Realização de bazares, celebrações de aniversários e festas de época no grupo.
- Espaço durante a atividade para divulgação de eventos da comunidade e construção de rede social.

Pontos Fracos

- Divergências com a gestão administrativa sobre a prioridade da atividade em relação ao atendimento das eventuais urgências, pelo profissional médico, acarretando recomendação para que a coordenação da atividade fosse feita por outros profissionais da equipe.
- Dificuldade de construção de parcerias tanto na própria instituição como com outras.
- Atividade considerada recreativa e não de assistência, por alguns membros da equipe.

DE BEM COM A VIDA



Origem, necessidades percebidas pelos profissionais, objetivo inicial, quem organizou, convites

“Um grupo terapêutico pode ser motivado pelo desejo de cuidar do controle da hipertensão de um grupo de homens em idade adulta, e em encontros periódicos, com uma discussão sobre a doença, sobre a alimentação, a revisão da medicação”. (Oliveira e Furlan, 2008)

A partir da dificuldade de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pelo grande número de pacientes diagnosticados na nossa área de abrangência, ainda que houvesse sido implantada a Caminhada, mas que não atingia todo o contingente de pacientes hipertensos e diabéticos daquela população, foi proposto o agendamento de "consultas em grupo" para os pacientes, em frequência diferenciada de acordo com grau de patologia, e dificuldade de controle e adequação do tratamento: mensal para os descompensados, trimestral para aqueles com dificuldades no tratamento, e anual para os assintomáticos e compensados.

O objetivo do grupo era acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos, perceber os fatores que dificultavam o tratamento e sugerir soluções compartilhadas com os pacientes. Também tinha como objetivo discutir a mudança de hábitos alimentares de acordo com cada paciente e também a orientação para a prática de atividades físicas para os pacientes sedentários. Além disso, objetivava a criação de vínculos entre os próprios pacientes, e entre estes e os profissionais da unidade, facilitando a prevenção na comunidade de agravos decorrentes dessas patologias.

Oliveira e Furlan (2008) explicam que as agendas dos serviços de atenção básica são organizadas para atendimento individual, e os profissionais relatam dificuldades em realizar atendimento grupal a partir de demandas e peculiaridades coletivas. Ainda o atendimento grupal é visto com solução para os poucos recursos públicos diante da imensa demanda. É comum que ainda sejam usadas estratégias do uso do saber técnico de forma autoritária, mesmo que haja resistência a este jeito de funcionamento. Exemplifica os mesmos autores que “o paciente do grupo de diabetes, após ouvir o médico falar incessantemente qual alimento pode comer, chega em casa e come exatamente o proibido”. (Oliveira e Furlan, 2008)

Eram agendados em torno de 12 pacientes para cada encontro. Esta atividade iniciou-se em 2005 com a presença da médica e da enfermeira. Depois de alguns meses, a enfermeira apresentou dificuldades de participar, e então se buscou a parceria dos auxiliares de enfermagem.

Quanto tempo de análise, número de encontros, regularidade, duração da atividade, número de pessoas

Esse grupo foi observado por um ano e nove meses, com três encontros mensais, de duas horas de duração, com o número de pessoas em torno de 12, havendo em alguns encontros 15 e em outros menos que 10 pessoas.

Dinâmica do grupo, quem estava presente, quem conduzia, o quê se discutia

A médica ou a enfermeira coordenava a atividade, e, após alguns encontros, as auxiliares de enfermagem iniciavam o grupo com as perguntas desencadeadoras da conversa:

Porque estamos com esses problemas de saúde como a hipertensão e o diabetes?

Carne animal e doce, fumo, álcool, café, sal; Gordura entope veia; Falta de amor; stress, medo, preconceito, insônia, tristeza, muito nervo; Falta de confiança em si mesmo; Preocupação com filho; Tristeza; Solidão, abandono, saudades; Falta de trabalho.
(dezembro 2005)

O que cada um já fez para melhorar essa condição?

Tomar os remédios certo; Trabalhar, comer e dormir bem; Procurar sorrir e conversar, procurar resolver os problemas; Ir à festa, estar com quem a gente ama, ler um bom livro, trabalhar, não consumir Drogas; Fazer exercícios, passear, trabalhar, brincar, ter amigos, sorrir, estar feliz; Quero ter dinheiro no bolso sem precisar de arranjo com os outros, pois quem tem dinheiro resolve ...; Ter os remédios, estar com filhos e netos, rezar para Deus dar bons tempos. (dezembro 2005)

Ir na reunião da comunidade, não ficar isolado, viver em comunidade; Participar dos grupos, caminhada, bordado, AA; Alegria e amizade; Quero sentar e ficar sossegadinha; Estar com a natureza (amo as plantas e flores), bordar; Cantar, tocar violão traz alegria. Não gosto muito de ficar sozinha em casa; Paz e amor, brincar com criançada, quando não tem briga em casa; Me atrapalha para dormir, o barulho e a luz acesa; Ter alegria é um grande prazer na vida; Diversão causa saúde, forró; Continuar trabalhando. (dezembro 2005)

Em alguns encontros eram disponibilizadas figuras para colagem, como meio de expressão das opiniões dos pacientes.

Era oferecido espaço aos pacientes para colocarem suas dúvidas e inquietações a respeito de sua patologia e repercussões na sua vida.

Havia um impresso com o nome do grupo, “De Bem com a Vida”, sugerindo-se ao paciente que, ao final da atividade, ele escolhesse alguma das propostas de autocuidado, discutidas no grupo, aquela que considerasse interessante para si, e a documentasse no papel, com palavras ou colagem, para levar para casa como lembrete da proposta de mudança que ele próprio escolhera. Sugeriu-se que este papel devesse ser colocado na casa, num lugar visível, como porta da geladeira, espelho, próximo ao fogão.

Depois da conversa coletiva, a médica e a enfermeira reviam os prontuários dos pacientes, individualmente, com verificação dos resultados dos exames recentes, e orientação da conduta adequada (medicação, repetição de exames laboratoriais, e retorno). Quando havia a participação da enfermeira ou dos auxiliares de enfermagem, esses profissionais auxiliavam nesta tarefa. Nos casos de

necessidade de exame físico de algum paciente, esse paciente aguardava para fazê-lo no consultório, após o término do grupo.

Alguns se recusavam a participar do atendimento em grupo, ou participavam e depois se queixavam para outros membros da equipe, da falta de privacidade. Alguns pacientes desejavam a consulta individual para colocarem suas queixas crônicas, o que não faziam no atendimento coletivo.

Os autores Oliveira e Furlan (2008) pontuam a dificuldade de dar conta dos objetivos do grupo, com insatisfação e postura defensiva, quando num grupo de hipertensão e diabetes, a fala é feita principalmente pelo coordenador, e os participantes não podem expressar suas opiniões:

“ou os pacientes se convencem do que é melhor para eles ou demorará em haver um momento para entrar em contato com uma questão crucial do grupo, que os hábitos e o modo de vida podem ajudar na saúde e controle da doença, mas isso pode exigir passar por olhar para suas próprias frustrações, desejos, medos, tanto do coordenador, quanto dos demais integrantes”. (Oliveira e Furlan, 2008)

Esse grupo era realizado em três períodos por mês, às quintas-feiras, das 14 às 17 horas, na sala dos agentes comunitários da USFJA.

Preparo da atividade

Separávamos e fazíamos revisão dos prontuários, estudávamos com a equipe temas relacionados com hipertensão e diabetes, observávamos os resultados de exames recentes, deixávamos disponível na sala de reuniões, receituário e pedido de exames, imprimíamos a proposta do encontro para os participantes (“O que vou levar hoje do grupo?”), providenciávamos o material para colagem (figuras recortadas de jornais e revistas, cola, tesoura) e desenho (lápiz de giz e canetas coloridas), separávamos as músicas adequadas para o grupo, informávamos a respeito dos eventos da unidade e da cidade ligados à cidadania para comunicar ao grupo.

Pontos que foram fortalezas

- Envolvimento de alguns funcionários na atividade.
- Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras da atividade.
- Horário conveniente para a maioria dos pacientes.
- Diminuição da demanda por consultas eventuais para os pacientes participantes do grupo.
- Criação de espaço de escuta para as dificuldades encontradas pelos pacientes no acompanhamento na Unidade como: reação adversa aos medicamentos, falta de medicamentos de uso contínuo, mudança de hábitos alimentares e de atividade física, e proposição de soluções realizada em conjunto, profissionais e pacientes.
- Promoção da autonomia dos pacientes.
- Construção de redes de apoio.
- Espaço durante a atividade para divulgação de eventos da comunidade e construção de rede social.

Pontos Fracos

- Dificuldade da equipe para resolver o grande número de pacientes que necessitam agendar consultas de retorno.
- Entendimento da atividade por alguns membros da equipe; como proposição de uma atividade informativa e não dialógica.
- Divergências com a gestão administrativa sobre a prioridade da atividade em relação ao atendimento das eventuais urgências pelo profissional médico, acarretando recomendação para que a coordenação da atividade fosse coordenada por outros profissionais da equipe.
- Dificuldade de construção de parcerias tanto na própria instituição como com outras entidades.

GRUPO DOS HOMENS



Origem, necessidades percebidas pelos profissionais, objetivo inicial, quem organizou, convites

Este grupo formou-se por solicitação de alguns pacientes que se sentiam excluídos das atividades de grupo realizadas para as mulheres, registrada em reuniões de Conselho de Unidade e mesmo em outros momentos na Unidade. Também houve percepção da profissional médica sobre pacientes homens que apresentavam problemas de saúde relacionados aos contextos sociais das famílias e que, potencialmente se beneficiariam da atividade de grupo, já que as consultas individuais eram insuficientes para a abordagem ampliada e para o fortalecimento da autonomia.

Quero ajudar a resolver os problemas da nossa comunidade. Homem gosta de ficar fechado, a gente não se manifesta, tem medo de falar, de colocar um problema que está surgindo no bairro. (Capparis)

Eu tive uma vitória grande da depressão, por isto estou aqui; quero oferecer aula de violão para qualquer idade. (Myracrodruon)

Os homens eram informados e convidados para a atividade na consulta individual, principalmente aqueles que possuíam algum desencadeante psicossocial para as suas queixas clínicas. Também havia um cartaz-convite para a atividade, na sala de espera da unidade.

Buscou-se o entendimento das necessidades de saúde dos homens, com a intenção de trazer subsídios para a promoção da saúde da família, de forma a

beneficiar não só os homens como também as mulheres, no contexto das relações de gênero, além de estender o benefício aos outros componentes da família.

Estou triste pela nota baixa do filho, chamei a atenção, não tenho coragem de bater. Ele vai para o Projeto Tiro de Guerra. Lá as crianças são desobedientes. Tem professor de educação física, aula de disciplina. É uma gritaria na sala de aula. Fiz a inscrição há um ano, e a matrícula é hoje. Ele acha que estou castigando colocando no projeto. Também vou sentir falta dele, estou acostumado com ele em casa. Fica a casa vazia. Me dá preocupação. Tenho dúvida se fiz certo. (Capparis)

Em relação à mortalidade, Gomes (2008) coloca que os homens apresentam sobretaxas mais elevadas, considerando-se todas as faixas etárias, relativamente às mulheres. Entre as principais causas de morte da população masculina: aparecem doenças do aparelho circulatório, em seguida, as causas externas sendo as principais os homicídios e os acidentes de transporte, e, depois, as neoplasias. Apesar dos homens morrerem mais e mais precocemente do que as mulheres, estas últimas apresentam taxas de adoecimento mais altas do que as dos homens.

Sou nervoso com música, me dói a cabeça, não consigo ver jornal, e a família fica me desfazendo, dizem que já estou velho. Vou dormir mas... dá vontade de sair correndo, que nem meu pai saiu no mundo e eu não conheci. O pior é falar e ninguém atender, não ser considerado, receber o desprezo. (Angico)

A autopercepção de saúde e uso de serviços que as mulheres apresentam, expressam o estado de saúde como mais deficiente comparativamente aos homens.

Faço tratamento para depressão há mais de dois anos, tive crises de internar. Aborreço não poder ajudar a esposa em casa. O homem é que tem que manter a casa. Ganhei muito peso neste tempo. Quero cumprir as obrigações de homem. Sinto indignação por não poder ajudar à esposa. (Chloroleucon)

Aspectos relacionados ao reduzido envolvimento de homens com os cuidados em saúde, seja no que refere ao autocuidado, seja no que diz respeito à procura de cuidados especializados, discutidos por Gomes (2008), relacionam-se às influências dos modelos de masculinidades no tocante à dificuldade de acesso e

uso dos serviços de saúde, especialmente da atenção primária, pela incompatibilidade de horários de atendimento do serviço e disponibilidade de tempo do homem que trabalha; percepção de que estes serviços de atenção primária são espaços voltados preferencialmente para mulheres e crianças; medo e/ou vergonha de expressar fraqueza e necessidade de cuidado; crença de que os homens são fortes e invulneráveis à doença.

Tenho uma doença que causou discriminação, muito problema. Trabalhava na pizzaria, e a cliente pediu para eu tirar a mão para ela não pegar doença. Isso me dá depressão, pior no começo há 2 anos, não é vitiligo. Sinto-me rejeitado, triste. Procurei advogado e me afastei do trabalho. Não podia falar nada. O pior é o preconceito. (Cochlospermum)

Quanto tempo de análise, número de encontros, regularidade, duração da atividade, número de pessoas

Esse grupo foi observado por oito meses, com um encontro mensal, de duas horas de duração, com o número de pessoas em torno de doze, havendo em alguns encontros quinze e em outros menos que dez participantes.

Dinâmica do grupo, quem estava presente, quem conduzia, o quê se discutia

Esta atividade seguia a mesma estratégia usada no grupo das mulheres, incluindo a mesma dinâmica e regras.

As temáticas eram escolhidas pelos participantes, surgindo temas como relacionamento com os filhos, dificuldade financeira, preconceito, dificuldade de apoio social, além de outros, como desemprego, doença relacionada ao trabalho, problemas relacionados ao auxílio doença, dificuldade de acesso aos serviços de saúde secundários (especialistas), problemas de moradia, relacionamento familiar, exclusão social etc.

Sinto indignação com a sociedade, porque a gente procura apoio e não tem. Até mesmo nos parentes, nos serviços. Estou sem achar solução, sentindo-me sozinho. Não consigo apoio de nenhum lado. (Bowdichia)

Preparo da atividade

Estudar temas relacionados a saúde do trabalhador e também sobre benefícios sociais, separar as músicas adequadas para a atividade, ampliar o repertório de brincadeiras ou exercícios de relaxamento, saber os eventos da unidade e da cidade ligados à cidadania para comunicar ao grupo.

Pontos que foram fortalezas

- Envolvimento de alguns membros da equipe de funcionários.
- Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento, dinâmica, horário, regularidade e regras da atividade.
- Horário conveniente para a maioria dos pacientes.
- Os convites serem feitos por todos os profissionais da equipe, de forma pessoal e coletiva, verbalmente, escritos, através de cartazes e bilhetes.
- Os convites serem realizados após o paciente ter feito um bom vínculo com algum profissional da equipe.
- Assegurar ao paciente que a sua participação na atividade não seria requisitada, a não ser que ele a expressasse voluntariamente, portanto, na primeira vez que ele estivesse presente no grupo, poderia somente “ver” como a atividade acontecia.
- Motivação da equipe em realizar a atividade pela percepção da diminuição da demanda por consultas eventuais pelos pacientes participantes do grupo.
- Realização de lanches e celebrações no grupo.
- Espaço durante a atividade para divulgação de eventos da comunidade e construção de rede social.
- Espaço durante a atividade para apresentação de músicas (instrumento e canto) pelos participantes.



Pontos Fracos

- Divergências com a gestão administrativa sobre a prioridade da atividade em relação ao atendimento das eventuais urgências, pelo profissional médico, acarretando recomendação para que a coordenação da atividade fosse coordenada por outros profissionais da equipe.
- Dificuldade de construção de parcerias tanto na própria instituição como com outras.

Quadro I - Sinopse dos pontos que foram fortalezas nos diferentes grupos, Botucatu, 2009.

FORTALEZAS	Caminhada	Renascer	Mulheres	Bem com a vida	Homens
Envolvimento de profissionais da equipe	ð	ð	ð	ð	ð
Discussão e acordo com a comunidade sobre o modo de funcionamento	ð	ð	ð	ð	ð
Horário conveniente para a maioria dos pacientes	ð	ð	ð	ð	ð
Motivação da equipe no primeiro ano da atividade, pela percepção da diminuição da consultas eventuais	ð	ð	ð	ð	ð
Espaço para divulgação para eventos da comunidade.	ð	ð	ð	ð	ð
Construção de rede social	ð	ð	ð	ð	ð
Realização de passeios, bazares, celebrações e festas de época	ð	ð	ð	ð	ð
Atividade com metodologia dialógica (EPS) incluindo o processo saúde-doença.	ð	ð	ð	ð	ð
Atividade a partir da Clínica Ampliada	ð	ð	ð	ð	ð
Espaço para apresentação de músicas pelos participantes	ð	ð	ð	ð	ð
Utilização da atividade de grupo enquanto espaço de convivência	ð	ð	ð	ð	ð
Participação dos usuários em tarefas grupais	ð	ð	ð		ð
Agendamento		ð	ð	ð	ð
Convites feitos por todos os profissionais da equipe	ð	ð	ð		ð
Convites após vínculo com algum profissional da equipe	ð	ð	ð		ð
Assegurar a participação somente se voluntária	ð	ð	ð		ð
Identificação do grupo com camiseta	ð		ð		
Parceria da secretaria municipal de comunicação para o projeto da camiseta	ð				
Escolha do nome do grupo pelos participantes	ð	ð	ð		

Nos aspectos de fortalezas nas práticas educativas apontados no estudo realizado por Oliveira (2005) no município de Campinas, encontram-se semelhanças aos observados no presente estudo. São correlacionados à clínica ampliada, ao processo de produção de saúde e doença, à participação popular e comunitária e à construção compartilhada do conhecimento.

Quadro II- Sinopse das fragilidades nos diferentes grupos, Botucatu, 2009.

FRAGILIDADES	Caminhada	Renascer	Mulheres	Bem com a vida	Homens
Falta de supervisão e educação continuada dos coordenadores	ð	ð	ð	ð	ð
Parceria irregular na equipe para a atividade	ð	ð	ð	ð	ð
Dificuldade de parte da equipe de acolhimento dos “pacientes difíceis” do grupo, em outros momentos do cotidiano da unidade	ð	ð	ð	ð	ð
Atividade com metodologia contra-hegemônica (EPS), causando resistência por parte da equipe	ð	ð	ð	ð	ð
Falta de parcerias dentro da equipe e com outros equipamentos sociais e instituições do município	ð	ð	ð	ð	ð
Dificuldade de vaga para realização de consulta individual quando recomendada pela atividade de grupo	ð	ð	ð	ð	ð
Incompreensão da gestão quanto à prioridade e eficácia da atividade, versus demanda espontânea	ð	ð	ð		
Consideração pela gestão e por parte da equipe como atividade recreativa e não de assistência	ð	ð	ð		ð
Horário diferente do funcionamento da unidade	ð	ð			
Falta de espaço físico adequado	ð		ð	ð	
Falta de equipamento adequado para a atividade	ð				
Consideração pela gestão que a atividade era de atenção secundária		ð			

Em relação à percepção de que a gestão teve uma ação contrária ao desenvolvimento das atividades de grupo, encontramos ressonância com o estudo da mesma autora. Oliveira (2005) relata que apesar de terem sido detectados avanços significativos nas práticas educativas em saúde, constataram-se dificuldades no seu desenvolvimento, pela precária prioridade dada às mesmas, pela gestão das unidades de saúde. (Oliveira, 2005)

Análise dos trabalhos grupais ou Campos Problemáticos identificados

“Para que freqüentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido? Algum de nós iria a uma atividade como essa reiteradamente, com freqüência? Mas se me oferecerem uma oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos, e se entre nós fossemos estimulados a buscar alternativas e soluções, será que eu não iria?”
(Onocko Campos e Gama, 2008).

MINAYO (1996) recomenda que a análise do material de campo deve ultrapassar a “ilusão de transparência”, aquela que o real parece se mostrar nitidamente ao observador. Deve também ater-se ao essencial, às significações encontradas no material e referidas a relações sociais dinâmicas. E, além disso, conseguir juntar teorias e conceitos com os dados recolhidos. Ciente de possíveis enganos, nos propomos a realizar essa desafiadora tarefa.

Tendo como material empírico o diário de campo de cada um dos grupos (Anexo IV- Diário de campo de algumas atividades em grupo), a apreciação do conteúdo das observações e das falas, permitiu identificar as seguintes categorias de análise ou como apresenta Cyrino (2005) os campos problemáticos identificados: *Alcoolismo nas famílias; Violência Contra a Mulher; Vida e trabalho: conflito, violência, desemprego, afastamento por doença, aposentadoria; Família e cotidiano: fragilidade, conflito e perda ; Vida conjugal: decepção amorosa e traição; Sobrecarga emocional e desgaste físico na vida cotidiana; Dificuldades na relação com os serviços públicos de saúde; O grupo como espaço de fortalecimento da rede de apoio.*

Alcoolismo nas famílias

O alcoolismo constitui-se em um grave problema de saúde pública, sendo que cerca de 10% da população brasileira enfrenta sérios problemas relacionados ao uso excessivo de álcool (Laranjeira & Pinsky, 1997). O álcool é uma das drogas mais utilizadas no país, chegando a ser consumida por mais de 70% dos adultos. Além disso, é o principal responsável pelos acidentes de maior gravidade e pelas mortes mais violentas (Ferreira & Laranjeira, 1998). Estudo de Almeida e Coutinho (1993) aponta o alcoolismo como a segunda causa de internação psiquiátrica, além de uma das principais causas de aposentadoria por invalidez, do absenteísmo, dos acidentes de trabalho e de trânsito.

Casei há 21 anos, marido não bebia. Eu que tomava goró, ele aprendeu a beber comigo. Minha mãe morreu, aí tinha que cuidar dos filhos, larguei de beber e o marido continuou. Ele quebrava as coisas, 4 vezes amarrei ele, até que não agüentei mais, tirei borracha, bati falando que ia matar. (Ceiba)

Em estudos realizados por Santana et al. (1989) no nosso país, prevalências mais elevadas de alcoolismo foram descritas para as menores faixas de renda per capita e de escolaridade. Em estudo recente realizado por Santos e Veloso (2008), um paciente define o alcoolismo como:

“uma doença. Mas beber pra mim antes era um refúgio, era um desabafo, era uma... fugir da tristeza, né? Fugir da solidão. Era isso que eu pensava antes de adoecer. Agora o alcoolismo é totalmente o inverso do que eu pensava, é onde tá a solidão, de onde vem a tristeza, onde vem a falta de confiança, onde vem tudo aquilo que a pessoa não quer ser, não quer passar na vida. No princípio você diz que vai tomar uma pra alegrar, tomar uma pra passar o frio, tudo é em vão. A bebida não é nada mais do que a morte”. (Santos e Veloso, 2008)

Em pesquisa sobre os fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis, as quais são causa importante de morte no Brasil, Rego et al. (1990) encontraram a prevalência de alcoolismo (7,7%), ao lado da hipertensão arterial (22,3%), tabagismo (37,9%), obesidade (18,0%) e sedentarismo (69,3%).

Apesar dos inúmeros prejuízos conseqüentes do abuso de álcool, os indivíduos com este problema apresentam dificuldades em se manter por um longo período em tratamento (Edwards e Dare, 1997) e o abandono dos programas de tratamento do alcoolismo sugere que dois terços dos pacientes interrompem-no antes da décima sessão (Stark, 1992), por conflito motivacional, vivido por estes indivíduos, com relação à modificação de seu comportamento problema (Heather, 1992 citado por Oliveira et al., 2003).

Eu bebia quando tinha filhos pequenos, até que conheci o marido atual. Ele chegava fora de hora, quebrava tudo, eu me protegia. Na 4ª vez, eu bati nele, então ele nunca mais agrediu. Eu parei de avisar onde ia. Quando ele vinha me agredir, eu corria para fora de casa. Tinha fé em Deus, não xingava ele senão piorava mais. Há 3 anos que ele não bebe mais. (Trichotoma)

Oliveira et al. (2003), em estudo sobre alcoolismo, citam Prochaska e DiClemente (1992) ao descrever os estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Ou seja, de acordo com esses autores, a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas tem diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar. Citam a Pré-contemplação como um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; já a Contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; a Ação se dá quando o cliente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido e a Manutenção sendo o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação.

Esses autores referem que a motivação não segue um curso linear, ou seja, os indivíduos com uso abusivo de álcool não estão divididos em motivados ou desmotivados, mas que a motivação é um processo sensível a ação de propostas terapêuticas. Além disso, os autores constatam que não há correlação entre o grau de motivação para a abstenção e a gravidade da dependência do álcool, ou seja, não tem o pior prognóstico o indivíduo com um grau mais severo de dependência do

álcool. Estes autores colocam a possibilidade dos indivíduos com dependência alcoólica mais grave, por experienciarem maiores prejuízos, tanto clínicos, quanto psicossociais, apresentarem uma maior prontidão à mudança.

A complexidade e a amplitude do problema do alcoolismo

“O grupo seria também, então, um espaço potencial das experiências...assim, entendemos como um espaço do “possível”, ou seja, espaço que está sujeito aos acontecimentos, ao imprevisível e experiências variadas, pois é lugar da vida e ressignificação. O possível chega pelo acontecimento, pela abertura propiciada para que ele aconteça”(Oliveira e Furlan, 2008).

Buscando compreender a complexidade e a amplitude do problema do alcoolismo, e também com o objetivo de acompanhamento desses pacientes, foi organizado o grupo para esta problemática. No entanto, este tema também surgiu, em variados momentos, em todos os outros grupos. Os participantes foram convidados a falar sobre suas estratégias de enfrentamento e na seqüência, ao ouvir outro participante narrar uma mesma situação-problema e a sua maneira de enfrentá-la, ocorria um fortalecimento do grupo enquanto rede social e também um desvelar dos recursos individuais através da identificação ou ressonância nos modos de sentir e agir em relação às questões semelhantes.

Assim como explicitado acima por Oliveira et al. (2003), nesse presente estudo, puderam participar do grupo indivíduos com diferentes graus de dependência ao álcool, mesmo aqueles com grave dependência, acreditando-se que a motivação para abstenção independia do comprometimento do participante, ao contrário da consideração de “irrecuperáveis” por alguns outros componentes da equipe.

Barreto (2005) diz que “a escuta suscita o desejo de solidariedade, desperta a compaixão e, assim, esboçam-se os primeiros passos da construção de uma comunidade solidária”. Assim a fala de cada um trazia uma ampliação e fortalecimento nas formas de enfrentamento de cada participante do grupo. Ao estabelecer-se uma rede de pertencimento, o indivíduo referia “não estou só nesse problema” ou “não sou eu o único que tenho esse problema”.

Conforme Barreto (2005), na Terapia Comunitária, utiliza-se do referencial da antropologia cultural para validar o que, cada participante do grupo evoca para pensar, avaliar e discernir valores, fazendo assim, suas opções diante da vida. Desta forma, surge o sentimento de pertencimento ao grupo, vínculo, e rede social. Ao buscar juntos, soluções para os problemas cotidianos, o participante amplia a percepção dos determinantes sociais para o adoecimento.

O mesmo autor cita Freire (1983) quando diz que é preciso oferecer um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelos “educandos” nos seus diferentes contextos (família, trabalho) considerada a história de vida como fonte de saber. Diz que desta forma: “cada participante reorganiza seu discurso e ressignifica seu sofrimento dando origem a uma nova leitura dos elementos que o faziam sofrer”.

A narrativa, na terapia comunitária, permite ao sujeito traduzir em sentimento o seu sofrimento, potencializando-se a transformação do mesmo. Ao serem valorizadas as experiências individuais, há um aumento da auto-estima dos participantes, com reconhecimento das próprias competências para lidar com o problema.

No caso do grupo de alcoolista a questão do uso abusivo do álcool era muito mais evidenciada, e voltava-se ao tema em diferentes momentos. Trabalhava-se ao mesmo tempo a necessidade de abstinência e o cotidiano das famílias. Contamos com a parceria de um morador que participava do AA da região central, apoiando os trabalhos desse grupo.

Para Campos (2005), os AAs redefinem os termos de responsabilidade do doente alcoólico, pois, se o indivíduo não é responsável pela aquisição dessa doença, ele o é por sua recuperação. Dessa forma, o discurso dos AAs possibilita ao alcoolista a reconstrução de sua identidade, e o álcool deve ser evitado devido a sua relação direta com a doença alcoólica.

Identificou-se a necessidade de um trabalho intenso em relação a promoção da autonomia, pois para esse grupo de sujeitos estava muito presente a idéia da

dificuldade de autocuidado, incluindo a sensação de exclusão ou seja, também de não ser “cuidado” pelo serviço de saúde. Assim, o maior esforço do trabalho voltou-se ao vínculo com estes indivíduos.

No grupo havia dois violeiros que ao serem valorizados na sua arte pelos participantes do grupo, ganharam liderança e expressavam motivação na sua participação.

Havia sempre o cuidado de se revelar o que eles valorizavam, reafirmando seus talentos e então, dessa ausculta se permitir uma socialização. Muitas vezes para a equipe esse processo de valorização do próprio “trazer dos pacientes” era pouco compreendido como campo de reconhecimento dos sujeitos.

Em relação às estratégias de enfrentamento do uso abusivo do álcool, no grupo dos alcoolistas, foi referido a não agressividade para com a família, fator de ajuda para aceitação da sua “história”, e o cuidado com filhos como uma motivação para o tratamento.

Bebi entre os 23 e 30 anos, então chegava bêbado em casa, mas nunca fui agressivo com os filhos. Com esse filho agora, quero colocar num projeto para ocupá-lo, não sou agressivo com ele. (Pereiro)

O mesmo participante relaciona o uso abusivo da bebida com:

destruição, prisão, rebelião, desgraça. (Pereiro)

No grupo das mulheres foi recorrente o tema do alcoolismo delas próprias ou dos familiares, seja companheiro ou filho, muitas vezes associado a outras situações como violência doméstica:

A angústia e tristeza maior, o pior é que o marido é alcoolista, vivo violência em casa, isso é pior que doença. (Flexuosa)

Uma das participantes fala do abandono vivido em criança decorrente do alcoolismo de um dos pais, e ao mesmo tempo, relata a dificuldade que sente de cuidar dos seus próprios filhos:

Estou me tratando há dois anos, tive perda da consciência, foi um problema neurológico, e não fiquei boa, não consigo cuidar dos filhos. Sofro porque mãe é alcoólatra e não consigo ajudá-la. Tenho sensação de tristeza. Ela mora em Sorocaba, cresci com avó, fui conhecê-la há 6 anos, ela veio me conhecer. Ela

*tem 41 anos. Tenho muita mágoa do meu pai que não deixou eu vê-la. O pai não tinha condições de cuidar de mim, fui morar com avó com 9 meses.
(Mirim)*

Campos (2004) assinala que o alcoolismo atinge também a família e o local de trabalho, deteriorando os vínculos sociais e os afetos.

A separação conjugal é colocada como uma possibilidade de lidar com o alcoolismo do companheiro, no entanto, há relato de dúvida em relação a esta decisão para preservar a relação com os filhos, ou mesmo por compaixão pelo companheiro. Na mesma fala, observa-se a importância de trabalhar como espaço de fortalecimento na sua maneira de estar no mundo:

Separei há um ano por alcoolismo. Ele quer que eu volte. Eu não confio ele ter parado de beber, não confio, tenho mágoa e dó porque ele emagreceu. Estou sem paciência para cuidar do filho. Medo de acontecer de novo. Tenho menino na escola aqui, moro lá perto da Demétria, numa chácara. A filha de 17 anos quer que eu volte com o pai. Não quero voltar definitivamente. Tenho medo de deixar de trabalhar porque as amigas conversam e dão risada. Ficaria do jeito que estou. Largo tudo para viver bem. Não gosto dele, só tenho dó. Sinto falta quando estou longe, mas tenho ódio, raiva, pavor dele estar por perto. Ele quer que eu fique só com ele, não posso sair sem ele. Tenho prazer pela liberdade. Ele implicava com tudo, água, telefone, até com filha. A dúvida é pelo menino que gosta do pai. Tenho medo de sofrer um pouco, tenho muita dó. (Glaziovii)

No grupo essa fala, extremamente rica em conteúdo era trabalhada como a valorização da ideia de se ter um espaço próprio, no caso o trabalho, com espaço de fortalecimento pessoal.

Evidenciou-se a independência financeira como pré-requisito para a separação de companheiro alcoolista:

*Seis anos casada com alcoólatra, não tem retorno, não mudou nada, ele virou mendigo. Estou há 20 anos com outro. Me ajudou tomar decisão, ser independente financeiramente. Ele tinha mais defeitos que qualidade.
(Virgilioides)*

Encontrou-se o trabalho remunerado como condição da mulher ser valorizada e respeitada pelo companheiro:

Hoje sou tratada como mulher, eu trabalho para não depender dele, tenho maior valor. (Violete)

Em algumas falas, houve a repetição da ocorrência do alcoolismo de pais e companheiros, e além da religiosidade, outras maneiras de lidar com o sofrimento são enunciadas por participantes, como o autocuidado, cuidar “dos negócios” da família, cuidar da casa, ter espaço para o lazer e manter amigos:

Fui criada com homem bêbado (pai), casei com 19 anos (marido alcoolista), separei, e agora outra vez... O que me ajuda é sentir que Deus está comigo, ter coragem, me cuidar, tomar os remédios, cuidar dos negócios, cuidar da casa, não deixar a tristeza tomar conta, rir com os amigos, caminhar (grupo de caminhada), estudar (curso de alfabetização de adultos), fazer as compras, passear na casa dos filhos. (Ferrea)

Um relato anuncia o tratamento para tabagismo como uma maneira de lidar com o alcoolismo na família, além da participação no grupo das mulheres e lazer:

Filho de 35 anos bebe; há 8 meses que trabalha e bebe mais, ele não quer tratamento. Entreguei na mão de Deus. Fiz tratamento para parar de fumar e então melhorou relacionamento com marido. Também participo deste grupo e vou passear com irmã na cidade. (Luetzelburgia)

A internação para o alcoolismo foi citada como estratégia de se lidar com o problema. Percebeu-se a ocorrência de morte ou nascimento de filho como auxílio para a abstenção do álcool.

Pai bebia demais, mãe tratou dele até morrer, eu também cuidei dele até morrer. Irmão também bebia, até que morreu 2 meses após ter largado a bebida. Deus me ajudou, eu rezava, internava quando o pai ou irmão ficava violento. Eu também bebia em nova, ganhei uma criança e depois do batizado, ela morreu. Parei de beber com uma receita de uma amiga, há 21 anos. (Guaiçara)

A expressão dos sentimentos para com o familiar alcoolista é tido como fator de melhora do sofrimento:

Sempre fui muito tímida, pai alcoolista, ele fazia muita coisa que eu não concordava, faltava coisas em casa, maltratava mãe. Nunca tive coragem de falar, irmã falava e apanhava. Depois de 20 anos, fui falar. Ele quer moral, 1ª vez tremia, engasgava, tinha ódio, ele mora junto, só conversa o necessário. Pai se mete na minha vida, ele nunca foi homem de dar moral, gastou dinheiro em pinga e eu cobri as contas, ele é irresponsável. Sofria antes, ficava quieta, por mais que magoe, agora acho melhor falar. (Piptadenia)

De grande importância para o enfrentamento dos diferentes problemas vividos pelos participantes dos atendimentos em grupo do serviço de saúde estudado, emerge a religiosidade, relatada sob diversas formas:

Quando o marido estava paralizado por problema de bebida, eu ficava sentada perto dele. Tinha muita força de vontade, coragem, sentia Deus ao meu lado. Tinha persistência no desejo dele ficar bom. Fazia tudo certo para não ter remorso. Sempre estava "correndo atrás" para as coisas darem certo. (Tatajuba)

Percebe-se um grande sofrimento do participante ao sentir-se sem opções de enfrentamento do problema, concomitante ao agravamento de seus “problemas de saúde”:

Desespero porque marido continua bebendo, há 15 anos ele não se ajuda. Não estou agüentando mais, excesso de nervos. Não estou vendo saída. (Odorata)

Fainzang (2007), defende que o alcoolismo é uma doença igualmente assumida fisiologicamente pelos próximos, já que algumas de suas marcas podem ser também lidas no corpo dos outros, como, por exemplo, alguns sintomas relatados pelos cônjuges: depressão nervosa, dificuldades para dormir e raciocinar, dores no estômago, problemas de memória, dentes danificados, falta de apetite.

A maioria dos relatos sobre as estratégias de se lidar com o alcoolismo, vieram dos próprios familiares, ao participarem dos vários grupos. No grupo de alcoolismo, o tema posto em discussão transitava predominantemente por dificuldades financeiras, conflito familiar e abandono.

Considerando Martins (2007), a associação que se faz do trabalho em saúde com o resultado rápido, não é de se esperar quando a mudança é processual. Quando se pensa em transformações em saúde, baseadas na educação, os objetivos são construídos e necessitam de um tempo para acontecer. Assim os processos educativos devem ter seus resultados medidos além dos objetivos pontuais, com vistas para o futuro.

Violência Doméstica

Quando entendemos a violência doméstica como um grande problema social, percebemos como ainda são escassas as intervenções que atuem nos determinantes e conseqüências no âmbito da vida e da saúde dos sujeitos.

O termo violência doméstica pode nomear aquela explícita, a violência física, mas também a sexual e psicológica, às vezes imperceptível que envolve companheiros, filhos, pais, sogros e outros parentes ou pessoas que vivam na mesma casa. Com mais freqüência são relatados os atos contra mulheres e meninas, mas supõe-se a violência contra meninos, homens, crianças e idosos, tendo como agressores distintos familiares incluindo igualmente as mulheres. (Schraiber e D'Oliveira, 1999)

Os filhos brigam, se estapeam. Fiquei até doente, preocupada, sem coragem de nada. Medo de um matar o outro. (Aurea)

Violência Contra a Mulher

A violência por parceiro íntimo e por familiares são as primeiras, principais e predominantes situações de violência contra a mulher no Brasil e no mundo (Garcia-Moreno et al., 2005, citado por Kiss et al., 2007). A violência sexual, no entanto, evidencia as demais, quando se refere às relações sexuais não consentidas, que, segundo Schraiber e D'Oliveira (1999), podem ocorrer por parceiro íntimo, “que se ama (ou se amou) e com quem se escolheu conviver, ainda que esta escolha seja algumas vezes mais próxima do constrangimento”.

A violência na esfera psicológica são as humilhações, ameaças ou desqualificações e, por vezes, as agressões a pessoas/bens queridos, e dependem

dos contextos culturais e dos relacionamentos entre homens e mulheres. Assim a violência contra a mulher está relacionada a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Traz a diferença do estatuto social da condição feminina, especialmente quando se trata da violência por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo.

A noção de gênero é uma construção social, material e simbólica, diferente de sexo que é uma diferença anatômica. Simone de Beauvoir, 1970, citada por Schraiber e D'Oliveira, 1999, dizia que não se nasce mulher, torna-se mulher.

“Masculino e o feminino são, pois, constructos sociais, o que se contrapõe à noção da essencialidade dos comportamentos sociais com base nas características sexuais: o homem sempre poderoso e agressor; a mulher sempre desprotegida e vítima”... (Schraiber e D'Oliveira, 1999)

Os mesmos autores explicam a condição social das mulheres, como vítimas:

“...nas esferas, por exemplo, da saúde, da assistência social ou outras formas de atuação, a tomada de qualquer sujeito na condição de vítima, é significá-lo de saída como sujeito de menor potencialidade diante das suas possibilidades de vir a ser sujeito plenamente potente, isto é, de deter plenamente auto-domínio e soberania de decisões, daí que se perpetue a noção da mulher como um sujeito incapaz, à semelhança das crianças, dos doentes... ou dos loucos, em maior grau! Incapaz de decisões, incapaz de pleno domínio de si... então necessitaria de eternos tutores”.

(Schraiber e D'Oliveira, 1999)

Além dos traumas das agressões físicas, a violência conjugal tem sido associada com o aumento de diversos problemas de saúde como baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio (Stark e Flitcraft, 1996, citado por Schraiber e D'Oliveira, 1999) gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), queixas gastrointestinais, queixas vagas, e outras (Heise et al., 1994 citado por Schraiber e D'Oliveira, 1999). Alguns autores afirmam que a gravidez poderia consistir um risco aumentado para violência (Schraiber e

D'Oliveira, 1999). As mulheres que sofrem violência física e sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde, no entanto, os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento. Em São Paulo, estudo em um serviço de atenção primária mostrou que 57% das mulheres atendidas relataram algum episódio de violência física na vida. Apenas 10% dos casos estavam registrados em prontuário (Schraiber e D'Oliveira, 1999).

Segundo Farah (2004), foi a partir de 1980 que a Violência Contra a Mulher (VCM) se tornou um dos eixos de ação do movimento feminista, no sentido assistencial, quando parcerias com o Estado se iniciaram, para formulação de políticas públicas.

Em 1985 foi instituída a primeira Delegacia Especial de Atendimento a Mulheres (DEAM), também chamada em alguns lugares de Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). Também na década de 1980, foram criados os SOS-Mulher com a proposta de oferecer informações judiciais e outros suportes, pois era considerada desrespeitosa, a forma como as mulheres eram tratadas na delegacia comum. (Kiss et al., 2007)

Na mesma época, por articulação entre ONGs, grupos organizados de mulheres e Estado, criaram-se centros de referência para assistência jurídica, social e psicológica para a mulher vítima de violência doméstica, concebidos como locais de recuperação da capacidade de inserção social e auto-estima da mulher (Farah, 2004).

Vários autores questionam a eficácia das delegacias voltadas para a mulher, como Massuno (2002) que aponta o caráter punitivo e agressivo da polícia brasileira, uma violência a mais na vida das mulheres. A compreensão das mulheres em relação ao problema geralmente envolve dimensões subjetivas que divergem bastante em forma e conteúdo das definições jurídico-policiais (Campos, 2002; Brandão, 1998).

Também, os delitos de âmbito doméstico são social e historicamente considerados menos importantes que aqueles da esfera pública, e mesmo os

profissionais ligados às delegacias para as mulheres, não compreendem a intenção da mulher com o processo, ou seja, negociar o relacionamento com o agressor, tendo a instituição como mediadora de seu conflito na esfera privada. O abuso sexual por estranhos, ao contrário, tem maior legitimidade histórico-social, e nesses casos, é mais fácil identificar a mulher como vítima. (Kiss et al., 2007)

Apesar da saúde e dos direitos reprodutivos terem sido demandas de políticas públicas desde a década de 1980, de acordo com Pinto (1999), somente a partir de 1990 que passam ser considerados como problemas de saúde, como relatam Schraiber e Oliveira (1999).

As propostas para a área de saúde têm sido, basicamente, as de introduzir a busca ativa de casos, com perguntas rotineiras nas anamneses de serviços de diversas naturezas (Pronto-socorro, pré-natal, ginecologia, saúde mental etc...) para a identificação, registro e referência adequada dos casos. No Brasil, houve a introdução, no início dos anos 90, da realização do aborto legal (estupro e risco de vida para a mãe) na rede pública de saúde. Portanto, o encaminhamento para serviço de saúde é utilizado quando da indicação de aborto legal ou lesões corporais.

As delegadas atribuem como causas da VCM, as questões de negociação do casal, o machismo, a ausência de diálogo, ciúmes, sendo o abuso de álcool pelo parceiro a causa mais imediata. Já para os profissionais da assistência jurídica, a causa da VCM que aparece como diretamente responsável pelas agressões ocorridas, é o uso de álcool e drogas pelo homem. Para a assistência psicossocial, que citam a “dominação, auto-afirmação, insegurança,...” na relação, surge a situação financeira precária das famílias de baixa renda e a insuficiência de políticas públicas como contexto propício à violência. (Kiss et al. 2007)

Os profissionais de assistência psicossocial pensam o seu trabalho, como um esforço em promover a emancipação da mulher, seu fortalecimento e independência. Têm como núcleo do trabalho, a narrativa da mulher. Dizem que as mulheres acabam indo na delegacia para “falar da dor delas porque é um canal que elas têm”.

O sofrimento da mulher em situação de violência não é entendido como doença para os médicos e profissionais de enfermagem, salvo em alteração anatomo-patológica objetiva. Neste caso, a mulher pode ser tratada, desconsiderada, no entanto, a violência, alegando-se ser o problema de ordem social ou psicológica, sem espaço para o acolhimento, já que o serviço de saúde funciona sob a racionalidade biomédica de intervenção.

“Terá este sofrimento sem lugar alguma linguagem que o represente? Como poderá ser expresso, falado, escrito, mostrado? Poderá ser escutado e compreendido no direito ou na saúde? Poderá ser trabalhado? De que forma? Quais suas conseqüências técnicas e políticas?” (Schraiber e D’Oliveira, 1999)

Estudos realizados em 2000 no município de São Paulo concluem que a assistência à mulher vítima de violência doméstica, não é articulada mesmo que ocorram encaminhamentos, pois permanece uma dificuldade de comunicação quanto aos fluxos assistenciais e propostas de intervenção. Portanto, a necessidade da mulher não é abordada na sua integralidade pelos serviços, dentro de um projeto conjunto. Além disso, os investimentos para estes serviços são dependentes das políticas de governo e mudanças de gestão, com comprometimento da capacidade de auto-sustentação. Assim, o esforço de construção de uma rede deve ajustar definições e projetos, e construir a comunicação interinstitucional, com protocolos assistenciais e ferramentas tecnológicas compatíveis. Para tanto, o papel do Estado é fundamental. (Kiss et al., 2007)

Outra recomendação importante feita por D’Oliveira e Schraiber (1998) é a questão do suporte da equipe:

“A violência é uma situação de vida de difícil manejo e solução e está presente na vida da maioria das pessoas, em graus maiores ou menores. Por esta razão, devemos lembrar que os profissionais de saúde, assim como as policiais, não se encontram protegidos desta situação, e que muitas vezes, ao introduzir a questão em algum serviço para que se comece a trabalhá-la, necessitaremos acolher também os próprios profissionais; e que durante todo o trabalho deve-se ter atenção para esta questão” (Schraiber, 1999).

A violência relatada nas atividades de grupo

No estudo feito com as atividades de grupo, na Unidade Saúde da Família do Jardim Aeroporto, a violência doméstica foi um tema que se repetiu em grande parte dos encontros do grupo das mulheres, fazendo-se perceber o quanto esta questão está presente na vida das famílias, e, por outro lado, se encontra velada, escondida, tanto dos próprios indivíduos que a sofrem, quanto dos profissionais de saúde. A percepção que surgiu para a autora, foi que falar sobre a questão, desencadeava um compartilhar, despertando ressonância no grupo, por um lado, com o sentido de solidariedade e rede de apoio, e por outro, de identificação por sofrimento semelhante.

Separei de verdade, com dezenove anos de casamento. Não podia vê-lo na frente, queria ficar com filhos, fiquei dez anos sozinha. O amor do filhos me ajudou. Eu não queria apanhar, ele achava que tudo era traição, sair, trabalhar... quando trabalhei em fábrica, ele não me ajudou. (Laranjeira)

Recomendam Schraiber (1999), que ao abordar o problema nos serviços, é necessário contar com um espaço de expressão para as angústias e questões da clientela, que não se resuma à aproximação biomédica estrita, ou à busca de patologias conforme definidas pelo saber médico.

A neta me tirou fora do sério. Ela me xinga, que sou fedida, nojenta. Ela tem doze anos. Tenho vontade de macetar, raiva, vontade de bater, me sinto desrespeitada. (Calumbi)

Observou-se neste estudo, que ao perceber um contexto de violência numa história contada por uma das participantes, não se podia declará-la no grupo, com o risco da participante negar o ocorrido, portanto, a conduta percebida como mais adequada, era esperar que a própria participante declarasse a violência vivida e se mostrasse decidida a transformá-la. Algumas vezes, este percurso levava dez ou mais semanas de participação no grupo. No entanto, a declaração de uma das participantes, a respeito da violência vivida no seu domicílio, encorajava outras participantes a falarem da sua própria experiência com a mesma problemática.

Meu pai saía com mulheres, ele batia na minha mãe. Eu falava para ela largar ele, via o sofrimento dela. Tenho quatro irmãos. Pai era carinhoso no início, uma época ia pescar, fazia piquenique, depois foi mudando. Bravo, ruim dentro de casa. Arrumou a outra e foi embora. Eu aceitei que ele tivesse outra mulher. (Velutina)

Carrara (2002) nos diz que “as mulheres submetidas a muitos anos de abusos sexuais e agressões, incorporam e naturalizam tais atos, não os identificando como violentos e, muito menos, como criminosos”.

Schraiber (1999) reforçam a necessidade de pensarmos, em cada serviço e em cada situação assistencial, quais seriam os canais de expressão, grupais ou individuais, mais propícios e adequados para possibilitar a emergência da questão. É necessário que a situação enunciada seja acolhida, qualificada e tratada com respeito e sigilo. Muitas vezes o próprio serviço não dispõe de ausculta para questões específicas que as mulheres traziam:

Sou muito família...o genro gritando com neto de 9 anos... ele não é o pai... tentei ficar calada. Vontade de ir pegá-lo pela garganta. Me fez mal, amorceceu minha boca. Não sei o que fazer, se brigo, se falo, se ligo para o Conselho Tutelar. Sinto raiva e tristeza. Da outra vez, saí sem falar, e eles se sentiram ofendidos. Tenho raiva do genro porque não é justo. (Urundeuva)

Pode ocorrer o risco de tratarmos a violência como uma doença ou risco em saúde, e propormos procedimentos e ações para a mulher seguir e curar-se do problema. Porém, a violência é uma situação de vida, e complexa.

Ontem passei muita raiva porque o marido é diabético e muito estúpido. Tenho filho de dezesseis anos. Ele é muito estúpido, quebrou a torneira da pia e banheiro, eu não tenho paciência. Ele gritou no telefone. Eu faço tudo: limpo e faço comida. Ele não prestou a vida inteira. Me sinto muito magoada. Ele se aproveita, me sinto muito desvalorizada. Tenho raiva e revolta. Além dele não dar carinho ainda é estúpido. (Platycephala)

A pressa dos profissionais de saúde em tratar o problema pode ser uma outra violência, com desrespeito a trajetória da mulher e da família, sendo pouco resolutiva. Recomendam as autoras, que os serviços de saúde, ao abordarem o

problema, tenham uma escuta responsável e exponham as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção (DDM, apoio jurídico, apoio psicológico, casa abrigo, ONGs etc...) e decidam com a usuária, as alternativas melhores para o caso, incluindo-a ativamente na responsabilidade pelo destino de sua vida.

“*Não esquentar a cabeça*” foi relato de enfrentamento da violência doméstica, neste caso associado ao alcoolismo, quando considerados problemas com ausência de governabilidade. A própria agressão física não era considerado problema para algumas delas, já que a perturbação da ordem familiar foi citada como bem mais importante.

Meus pais brigavam, fazia mãe lavar camisa para ele sair com amante. Via a cara feia da mãe, ela contou depois que casei. Ela corria dele, ele queria bater nela, ele tinha revolver. Ele dizia que já tinha filhas que cuidavam dele...Para mim ele era um pai excelente, não tinha coragem de perguntar porque ele batia na mãe. Eu não esquentava a cabeça. Ele bebia, nunca vi ele caído. Ele não me batia, mas eu tinha respeito. Chorava quando ele repreendia. Até quando ele ficava doente, ele brigava. Não ficava sofrendo, achava que não podia fazer nada. (Faveira)

A violência está presente de diferentes formas nas famílias, necessitando de um canal constantemente aberto de interlocução e ações que levem ao atendimento integral da vítima. Isso pressupõe o planejamento e o desenvolvimento de ações de forma que a mulher sinta-se acolhida, atendida e amparada por uma rede de serviços.

Fico nervosa com marido porque ele fecha a porta e janelas e fuma quatro maços de cigarro. Ele fecha o portão quando venho aqui no posto, e então tenho que chamar dez vezes para ele abrir a porta, mas não deixo ele me bater. A filha fala pra ele me respeitar. Falei que se ele me bater, eu vou embora com a filha. Não sei como fazer, eu tenho ódio dele. Estou há quinze dias dormindo separado, aí ele me agride. Após decidir não ter vida de esposa, ele piorou. Decidi não sair da casa para não perder a casa. (Viridiflora)

Em varias situações conflitos e violência são suportados por questão financeira:

A sogra está brigando com irmão, e meu filho de cinco anos no meio, ele fica elétrico. Ela quase bateu no menino, eu fiquei chateada. Mas ela ajuda financeiramente a gente. Estou triste e nervosa por causa dessa situação. (Piptadenia)

Sluzki (1997) citado por Acosta (2004) reitera a necessidade de construção da “democracia do cotidiano”, ou seja, o poder que exercitamos para organizar as “redes sociais”, pessoais, institucionais e comunitárias, como alternativa à violência. Sendo assim, a democracia do cotidiano e a convivência em redes, é o que possibilita o reconhecimento das diferenças étnicas, culturais, religiosas, de gênero e de classe, “através da valorização dos recursos dialógicos, das habilidades para o trabalho e da construção coletiva do conhecimento e da realidade”, ampliando, desta forma, as possibilidades de enfrentamento das crises dos ciclos vitais, sociais e históricas. Ou seja, a capacidade de “construir diálogos geradores de mudança”.

Filho mais velho me preocupa. Nós brigamos, ele briga com irmão menor, quer agredir, eu não vou permitir, acabo ofendendo. Me pergunto se fiz algo errado. Ele tem vinte e cinco anos, é ignorante, grosso. Acho que ele devia ter mais paciência, mas tem ciúmes principalmente do pai. (Tenuiflora)

Quando se pensa no potencial de transformação do fenômeno da violência intrafamiliar e de gênero, percebem-se as redes sociais como ações de prevenção e responsabilização dos sujeitos.

Dentro de minha casa eu tinha medo. Agora eu estou gostando mais de mim. Agora não dou bola para o que o marido fala, vou visitar parentes. Agora estou com mais força. Agradeço ao grupo aqui das mulheres, e também ao grupo da caminhada. Converso. Agora é a minha casa, não peço ordem. (Amara)

Percebe-se que no enfrentamento da violência doméstica é importante a presença efetiva de um conjunto de ações, incluindo a participação do serviço de saúde, com propostas de atendimento que promova crítica à respeito do sofrimento vivido e as possibilidades de transformá-lo. Observamos que as atividades de convivência e de estímulo da rede social potencializam tais movimentos. A decisão compartilhada é fundamental para que consideremos a mulher como capaz.

Vivo muita briga. Choro sozinha. Ajuda quando desabafo. (Toulicia laevigata)

Muitas vezes a conversa ou informação que acontecia nos grupos estudados não foi utilizada pelas participantes. De acordo com Schraiber e D'Oliveira (1999), isto não desmerece o trabalho, desde que não usemos critérios de resolutividade imediata para avaliá-lo, e sim a idéia de que a disseminação dessas informações para a população é importante na construção da idéia de cidadania e na percepção que a mulher tem do caráter social de sua situação. Como a maioria das mulheres, por um motivo ou outro utilizam os serviços de saúde, estes têm o dever de constituir-se como um local de acolhimento e apoio, ao invés de ser mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação de violência.

Vida e trabalho: conflito, violência, desemprego, afastamento por doença, aposentadoria

“...o adoecimento implica possibilidades diferentes para as pessoas, desde estar doente, sentir-se doente, identificar a doença até poder estar doente”. (Berlinguer, 1988)

O mundo do trabalho hoje está constrangido, de um lado, pelo desemprego estrutural e, de outro, pela precarização do trabalho, nos aponta Valla e Stotz, 1997. A situação econômica do país é tão grave que 1% mais rico da população detém 13,8% da renda total, enquanto os 50% mais pobres, 15,5% da renda (Escóssia e Grillo, 2000, citado por Valla, 2000).

Estudei até 5ª série, e então apareceram mtos problemas e fui trabalhar. Tentei voltar a estudar e não consegui, tenho frustração. Quero bom emprego, uma situação melhor para os filhos. Angustuada, não terminou o curso de enfermagem, estou querendo voltar a estudar. Medo de não ter capacidade. Quero provar que sou capaz, concluir 2º grau e enfermagem. Quero não só diploma, mas aprender, passar em concurso. Estou com 33 anos, tenho medo do futuro. Trabalho como auxiliar de cozinha, mas não tenho valor, tenho problema cervical. Estou cheia de vontade de lutar. (Caixeta)

O relato do sofrimento advindo das relações de trabalho, seja desemprego, conflito, afastamento por doença, foram bastante frequentes nos grupos estudados, e apareceram nos diferentes momentos, em geral, quando o participante se encontrava desempregado ou em afastamento por doença.

Tem problema de saúde há dois anos, atinge o corpo todo, estou muito nervosa, tem dias que fico parálitica. Estou com medo de ficar enferma na cama, de ficar dependente. Preciso de meu salário para viver. Médico do INSS recomendou um serviço leve. Não consigo nem limpar a casa. Sinto-me desprezada pelo médico, muito rebaixada, humilhada, saí chorando. Tenho mágoa, como ele não acreditasse que eu tivesse nada de doença. Não falei o que queria, na hora chorei, eu engoli. Há dois anos, eles só me dão alta, até que voltei a trabalhar. (Quixabeira)

As situações de extrema miserabilidade e precárias condições de vida em que vive grande parcela da população brasileira, propiciam um processo de degradação da sociabilidade. Os índices de desigualdades sociais aumentam, e ocorre variadas maneiras de ruptura dos laços e relações sociais, e ainda, contratos precários de trabalho. O contexto social é permeado pela violência, por trocas sociais restritas e “banalização do outro” (Onoko Campos et al., 2007, citados por Figueiredo e Furlan, 2008).

O filho está desempregado e foi lá para casa, com os 2 netos. São mais 4 bocas. Não tinha PA alta, só tinha diabetes. Se eu trabalhar, recupero mais fácil, mas não consigo. Quando estou no sítio, melhora. Eu sou exigente com as coisas no lugar. Filhos não tem vício. Mas o filhos se acomodaram. É pior ficar afastado do serviço, sei que estou empregado mas não posso exercer minha profissão, fico deprimido. Dá tristeza e ansiedade. (Pinhão)

Nos territórios onde há exclusão e desigualdade social, faz-se importante o reconhecimento pelas práticas em saúde, dos novos formatos de famílias, grupos e redes sociais, onde os sofrimentos também se expressam pelo adoecimento.

O segurança do serviço começou a se intrometer na minha vida, e fiquei mal. A diretora da escola quer me transferir para César Neto, eu não quero ir para lá. A chefe parou de conversar comigo. Eu fazia tudo, agora só faço o mínimo. Chego e cumprimento. Dificuldade de relacionamento. Sentimento

de ser desvalorizada. agoniada por voltar a trabalhar em 19 dezembro. Penso de não conseguir, de bater de frente com o segurança. Sentimento de ódio dele. Não sei como vou lidar com isso. Não quero enfrentar. Medo de brigar com colega no trabalho. (Trapiá)

A chefe humilha a todos, fico estressada lá e desconto em casa. (Pau-violeta)

Os indivíduos com rede frágil ou uma inserção precária no mundo do trabalho pode estar numa situação de vulnerabilidade, diferente daquele que tem garantias de um trabalho permanente e rede social integrada. Quando se pensa em vulnerabilidade em relação à saúde, relaciona-se a inclusão dos aspectos culturais, econômicos e políticos, com análise de suas mútuas interferências. A situação de vulnerabilidade co-responsabiliza os que fazem parte do contexto, diferente da lógica do risco que responsabiliza apenas o indivíduo por sua condição (Figueiredo e Furlan, 2008).

“Para análise das situações de saúde, temos elementos que vão desde componentes individuais (como o modo de vivenciar a doença que pode estar intensificando a situação ou favorecendo seu enfrentamento, a capacidade de elaboração das informações, o risco de adoecer, etc.), até os componentes sociais (a disponibilidade e acesso às informações e recursos, influências mercadológicas, interesses políticos, possibilidade de inserção no mercado de trabalho, inserção das diferenças, rede apoio social, etc.)” (Figueiredo e Furlan, 2008).

Pode-se relacionar quadros depressivos com a desesperança diante do contexto de desemprego ou precariedade do trabalho. Assim, no enfrentamento da doença ou condição de saúde, importa abordar as maneiras por meio das quais o sujeito pôde e poderá estruturar-se na vida (Figueiredo e Furlan, 2008).

Tenho uma doença que causou discriminação, muito problema. trabalhava na pizzaria, e a cliente pediu para eu tirar a mão para não pegar doença. Isso me dá depressão, pior no começo há 2 anos, não é vitiligo. Sinto-me rejeitado, triste. Procurei advogado e me afastei do trabalho. Não podia falar nada. O pior é o preconceito. (Allemão)

Num cenário de grandes taxas de desemprego e de grandes contingentes de trabalhadores sem qualificação ocupacional ou com muito poucos anos de escolaridade, ocorre a naturalização de uma situação de exclusão social de direitos trabalhistas, por consequência da pobre ênfase em efetivas políticas sociais, e um modelo de desenvolvimento econômico que não privilegia a distribuição de renda ou a geração de emprego (Mckinsey et al., 2004, citados por Iriart et al., 2008)

Com trinta e cinco anos, não estou encostado por esporte. Fui maltratado. Não consigo dormir, almoçar. Tem muitas contas para pagar. Estou há três meses sem receber, pedi dinheiro para sogra. Devo mais de um salário e mais os juros. Tenho consciência limpa. Sinto indignação pela injustiça da previdência. A minha função é de polidor de granito, estou afastado desde 2004. Não posso honrar minhas contas. Fico irritado com esposa. (Capparis)

A dupla jornada de trabalho, que leva a trabalhadora doméstica a repetir, na sua casa, as mesmas atividades realizadas na casa dos patrões, também deve ser levada em consideração com um fator de risco.

Estou há 1 ano e 7 meses afastada do trabalho, sou doméstica há 4 anos. Tenho dor de cabeça e dor de estômago. Tenho dor na coluna. Não consigo me movimentar. Há 2 anos com companheiro, antes sozinha. Não entendo porque na hora que posso ser feliz, fico doente. O que está me travando? (Canafístula)

Breilh (1991) apresenta a idéia de que o território onde se realiza a vida e são gerados os problemas de saúde não é apenas um ambiente estático que opera como um imenso suporte para a vida social. “Isto quer dizer que a geografia não é, frente à saúde, um simples continente de climas, contaminações, vetores, e equipamentos, mas sim um espaço historicamente estruturado, no qual se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social”. (Diercks,2007)

Quando reabro o processo, fico sem receber, com contas atrasadas. Não queria estar aqui, doente. Sempre fui trabalhadeira, até trabalhei na roça. Importante a consideração. Se um serviço não era bom, se era humilhada, eu saía. (Braúna)

As soluções apontadas pelos participantes foram a mudança de trabalho para aqueles que sofriam algum sofrimento considerado descabido.

Fui por 3 anos auxiliar de sala de aula em escola particular, o chefe era insuportável, tudo o que eu fazia, ele punha defeito. Falava que eu era incompetente, quase entrei em depressão. Saí de lá e arrumei outro emprego.

(Fava-D'anta)

Era doméstica, a patroa queria que tudo ficasse pronto até as 9 horas.

Larguei emprego, achei humilhação. (Faveira)

Como solução para a falta ou insuficiente recebimento pelo afastamento pela doença, colocam o trabalho informal:

Com marido no INSS fiquei 5 meses sem receber. Faço minbas vendas, de roupas e outras coisas, não passo aperto. (Cedrela)

Trabalhava em transportadora e SESI, ganhava bem. Depois passei a receber benefício social, o salário é pequeno, então comecei o artesanato.

(Imburana-de-cambão)

Apontam a flexibilidade como resolução do desemprego:

Eu fiz a mudança, antes trabalhava no mercado financeiro, e agora em açougue. É preciso jogo de cintura, fazer outra coisa. Ajudou apoio da família e de amigos, ter me apegado em Deus, ter ambição e acordar cedo, ter muita vontade de fazer as coisas, não seguir caminho torto, ter sangue bom perto de mim. (Jucá)

E dizem da própria força:

Tinha salário bom, em Bauru, linba bronze, até 91. Profissão não tinha valor. De 92 a 95 diminuiu muito o salário, para um terço. Tenho que “pular”, entrei como pedreiro há quatro anos. Tive o apoio dos filhos e da esposa. Ajudou a minha própria força. (Leptophloeos)

Da coragem e por pensar no filho:

Trabalho como cozinheiro há 6 anos, e houve concurso mas não tinha estudo.

Fiquei mais 4 anos na firma, hoje me arrependo. Vivo agora de bico.

Ajudou a coragem, pensando no filbo. (Feijão-bravo)

Citam a música, cozinhar e auto-cuidado, evidenciando a conquista da autonomia:

*Evito fazer força, tomo os remédios e me cuido. A música me ajuda, também cozinhar em fogão de lenha eu gosto. Tenho quarenta anos de serviço.
(Algodão-bravo)*

A participação no grupo de artesanato e na caminhada foi percebida como estratégias para o fortalecimento:

O que me ajuda é fazer a caminhada, ir no grupo de artesanato, conversar com os velinhos, aí vou me sentindo útil, também fiz amizade com a professora, aí vejo que a gente tem valor, e recebe o amor deles. O INSS humilha a gente para voltar a trabalhar. (Sucupirucu-parda)

Diante de todas as estratégias colocadas como positivas pelos participantes, o objetivo dos profissionais envolvidos no decorrer do trabalho com os grupos, aponta-se a construção da autonomia, a ampliação da rede social e a participação comunitária.

Trabalhei num emprego por 19 anos, dediquei minha vida, e a nova chefe me chamou de incompetente, e eu estava somente seguindo o estatuto. Minha PA subiu, tirei licença e não voltei. Quero me liberar da perícia, não quero conviver com a chefe. O sentimento é de mágoa, injustiça...dei a minha vida. Me sinto injustiçada, não sei como lidar se for trabalhar lá de novo. Tenho raiva, ela pisou... (Licania)

Família e cotidiano: fragilidade, conflito e perda

Nos diz Bordenave (2006) que o importante é fazer perguntas relevantes, para que possamos entender a realidade na sua complexidade.

Coisa na garganta há 7 anos quando marido da irmã morreu, tinha conversado com ele antes. Sensação que tem um cabelo, fez vários exames. Fui no otorrino várias vezes. Gostava dele como pai. Tinha perdido uma cunhada há 8 meses. Nem quando mãe morreu, senti tanto. Saudades. Fui morar com ele, pai morreu eu tinha 15 anos, passava Natal com eles. Para mim, acabou. Tenho dificuldade de lidar com perdas. (Brauninha)

Para Elsen (2002) as relações familiares podem funcionar como promoção da vida e bem-estar social, quando possuem condições adequadas de vida, propiciando assim, o desenvolvimento das potencialidades de cada um e do grupo

com respeito “à individualidade e a manutenção do ambiente físico e simbólico favorável às trocas e ao crescimento grupal e pessoal”.

Nervosa porque meus pais são separados, a mãe está longe, em Paranapanema e o pai em Maguanguá. Ele, pai, não dá notícias há 8 meses. A sensação é de abandono desde a separação, eu tinha 13 anos (agora 26). Quero falar com ele. Quando vejo, agrado ele. Agora só penso em comer, comer, comer. Tenho saudade, angústia, mágoa e raiva. Casei aos 16 anos. (Bacupari)

No entanto, diante da fragmentação e o isolamento social, com fragilidade dos laços comunitários, e ainda, com desestruturação familiar, todos esses processos repercutindo na maneira com os indivíduos conseguem viver no cotidiano, se traduzem pelo aumento do adoecimento, do uso de álcool e drogas e da violência, com reduzida capacidade de perceber “o outro como legítimo de convivência” (Figueiredo e Furlan, 2008).

Perdi filho de 29 anos. Todo domingo vou ao cemitério, há 11 anos. Bandido o matou. Fiquei 2 meses bem mal. Não é revolta, eu sempre cuidei bem dele, eu falei para ele não ir no bar jogar sinuca, pois ele brigava com colegas. Tenho saudade. (Matayba)

Pode-se dizer que a saúde depende da inserção do indivíduo no contexto social e também das condições sócio-históricas na existência de pessoas e coletivos. Além disso, as redes de apoio disponíveis interagem com as potencialidades dos indivíduos para o enfrentamento do seu cotidiano.

Tristeza dentro de mim, filho que faria 34 anos, foi fazer um bico em Avaré e faleceu, há 4 meses. Deixou filha de 7 anos. Passei maus momentos. Tive momentos felizes com esse filho, ele estudou, não usou droga (os outros sim). Filha disse para eu não chorar. Na terapia pude chorar, pude erguer minha cabeça, consegui aceitar. Finados passei mal, filho e marido. Fazia bolo de aniversário. Assim estou conseguindo sobreviver. Com remédio natural me animei, cozinhei para 60 pessoas. (Cassia rosa)

As questões que preocupavam os participantes das atividades de grupo variavam sobre contextos diversos, em que se importava prioritariamente com a manutenção dos vínculos familiares. Tanto que a legitimidade consanguínea era percebida como de menor valor.

Tenho neto de 7 anos, mesmo que o DNA diga que o meu filho não é o pai, foi ele que deu o nome. Filho foi no advogado para saber o que faz. A mãe da criança diz que é meu neto. O meu filho é casado, e a nora acha que estamos incentivando essa história, eu não ia contar. Ela ainda não sabe de tudo. Estou preocupada disso abalar o casamento deles. A mãe do menino está o tempo todo lá em casa. A nora pode achar que é provocação. Sinto preocupação à respeito do casamento do filho, mas tenho medo de perder o neto. (Mimosa arenosa)

Os arranjos conjugais ultrapassam os limites formais do casamento, e são julgados e vividos por questões de espaço e sobrevivência, nem sempre por acordos de convivência familiar.

Filho trouxe menina, sofri ameaça, palavrão. A irmã ajudou, conversou, porque antes não dormia, não comia. Pressão alta, se machucava. Larguei de pegar os problemas dos outros. Fui passear, viajar bastante. O que me ajudou foi conversar, sair para passear, manter a disciplina em casa, não ficar à mercê do impulso dos outros. Assumi que eu venci. (Quixabeira)

A partir da integração das regras de convivência no grupo tais como respeito às diferenças, não dar conselho, ouvir o que o outro está dizendo, oferecer apoio através de música ou ditado popular ao participante que estiver relatando contexto de sofrimento, observou-se a potencialidade dessas regras constituírem num ensaio do agir nas relações, principalmente nas questões da diversidade de crenças, sentimentos e desejos.

Fui mãe solteira de duas filhas, não corri atrás de pensão. Depois encontrei esse marido, depois de onze anos de casada, ele começou a beber. Tenho medo dele sair de casa. Me preocupa a saúde dele, não quero ficar sozinha outra vez. (Senna spectabilis)

Os grupos, de uma forma ou de outra, foram possibilitando a construção de narrativas significativas para os próprios participantes e para o coletivo. Neste ponto fica muito evidente a importância da pergunta e da problematização. Quer dizer, a cada fala se buscava outra fala, uma maior explicação que permitisse a cada um ir se colocando e se conhecendo. Nas histórias inicialmente veladas ou pouco claras e elucidadas foram se revelando relatos com “um fio condutor”. Assim foi possível o espaço de percepção de si mesmo e das ressonâncias coletivas.

Filho pediu cheque para comprar aliança de setessentos reais, estou deprimido, pagando coisa que não é minha. Ele pediu emprestado um violão e vendeu. Estou tirando de casa para cobrir o cheque dele. Estou desempregado com quarenta e oito anos. Dá tristeza porque o filho está andando fora da linha.
(Toledo)

O encaminhamento à resolução de conflitos interpessoais é colocado por Leme (2004) como uma situação que “mobiliza conjuntamente recursos cognitivos e afetivos, assim estes aspectos interagem na regulação da conduta”. Para a autora “situações de interação social de confronto, desacordo, frustração, etc., e que são, portanto, desencadeadoras de afeto negativo”, podem ser resolvidos de maneira violenta ou pacífica, dependendo, justamente, dos recursos cognitivos e afetivos dos envolvidos, e dos contextos sociais em que ocorrem.

Hoje dependo dos filhos. Quando a esposa morreu, pensei que o barco tinha afundado, agora vi que os filhos estão comigo. Ganhei respeito quando fiz o tratamento para alcoolismo. Isso ajudou. (Avoador)

A narrativa das próprias histórias pelos participantes, recontada pelo coordenador, propiciava um caminho para a compreensão de si mesmo, de seus sentimentos e decisões, e, algumas vezes, o esboço para as transformações na maneira de perceber a vida e das necessidades de mudança.

Perdi primeiro filho homem, ele tinha um ano. Tive uma crise difícil. Foi há trinta e quatro anos, quase perdi a memória. Eu ficava sentada embaixo de uma árvore...me ajudou alguns amigos e Deus. (Carapa)

Cada história contada continha um vasto repertório de sentimentos, idéias, crenças e valores que constituiu a maneira de estar no mundo desses indivíduos.

Aos onze anos fui vendida por meu próprio pai ao meu marido, dívida de uma firma que ia à falência. Mãe disse que era melhor ficar com ele. Eu não era nada para ele. Me encheu de filhos, cinco, quase me levou à morte, com quatorze anos de casada resolvi separar, a filha mais nova tinha quatro anos. Um ano após a separação ele veio a falecer. Ele não me dava pensão. De outro casamento tive uma filha, a sogra queimava dinheiro para não me dar. Tenho dois braços bons para trabalhar. Com cinco filhos pequenos lutei pela pensão, não consegui. Trabalhei muito, sofri, hoje eu venci. Me ajudou ter fé em Deus. (Roupala)

Ao perceberem novos significados às suas vivências, foram propiciadas diferentes possibilidades de se lidar com os problemas, desencadeando mudanças a respeito de atitudes e comportamentos.

Há 1 mês parei de fumar, fiz o tratamento por 1 ano, minha vida mudou, ganhei 6 quilos. Melhorou o nervoso e a tosse. Não briga mais com o marido. Fumou por 33 anos. Estava participando aqui do grupo e já queria parar de fumar quando vi um cartaz na faculdade e fui atrás do tratamento. (Jurema)

A discussão de apoio social como educação em saúde requer a inclusão do tema da religiosidade dos indivíduos da população. Da perspectiva que as classes populares estão continuamente produzindo conhecimento sobre a realidade em que vivem, e assim, avaliando essa realidade, pode-se considerar a religiosidade como aspecto integrante da cultura popular.

Marido fala e me deixa no tapete, eu também falei até que ele pediu perdão, eu não merecia. Me apeguei num assunto íntimo, comecei a ler assuntos bons, procuro ajudar aos vizinhos, leio a Bíblia. Comecei a sentir meu valor, Deus me ama. Eu me achava que não servia para nada, que sou feia mesmo, hoje estou bem. (Sumaumeira)

Valla (2000) indica a função mediadora do apoio social em momentos de muito estresse, no sentido da manutenção da saúde, dessa maneira, as pessoas se protegem de adoecer diante de determinados acontecimentos como a morte de alguém.

Estou com problema de saúde que está interferindo no trabalho, depressão. Perdi a mãe há pouco tempo, e meu pai é morto há tempos. (Árvore-da-Seda)

Vida conjugal: decepção amorosa e traição

“Amar é sofrer

Tem gente que ama que vive brigando,

E depois que briga acaba voltando.

Tem gente que canta porque está amando,

Quem não tem amor leva a vida esperando,

Uns andam para a frente e nunca se esquecem,

Mas são tão pouquinhos que nem aparecem.

Tem uns que são fracos e dão pra beber,

Outros fazem samba e adoram sofrer.
Tem apaixonado que faz serenata,
Tem amor de raça e amor vira-lata.
Amor com champagne amor com cachaça,
Amor nos iates nos bancos de praça.
Tem homem que briga pela bem amada,
Tem mulher maluca que adora pancada.
Tem quem ama tanto que até enlouquece,
Tem quem dê a vida por quem não merece.
Amores à vista, amores a prazo,
Amor ciumento que só cria caso.
Tem gente que jura sabendo que não é capaz.
Tem gente que escreve até poesia
E rima saudade com hipocrisia.
Tem assunto à beça para a gente falar,
Mas não interessa o negócio é amar.” (Dolores Duran, 1959)

Os grupos proporcionaram uma abertura para lidar com as questões conjugais, mas muitas vezes esse tema acabava sendo extremamente constrangedor por se tratar de segredo para a participante. Outras vezes o fortalecimento de um membro do casal tornava o outro desconfiado da situação de participação na atividade, mas também poderia permitir um reencontro do casal.

Sou baiana, vim para Santo André há 38 anos, e em Botucatu há 13 anos. Não me acostumei, sempre querendo ir embora. Vim com 3 filhos de 6, 8 e mais a Mônica. O marido sumia atrás do gado, gostava de rodeio, saía de casa e não falava aonde ia. Isso me acabava. Ficava acordada de madrugada. Passei no médico de ginecologia, tinha medo dele fazer coisa errada, não sabia onde ele andava. (Cutieira)

Embora a terapia comunitária proponha que se deixe claro que “segredos familiares” não deveriam ser levados ao grupo, inúmeras vezes isso ocorria, sem prejuízos para o processo do grupo.

Procuro ver se é aquilo mesmo que desconfiei, pergunto e ele sempre conta. Sonhava que ele estava me traindo. Depois via que não tinha nada a ver. Me sentia segura porque ele me chamava e ia no lugar que dizia, conhecia as amigas. Por um tempo me sentia segura. (Joanesia princeps)

Como todos os participantes pertenciam à mesma comunidade essa situação foi trabalhada com muita atenção, mas se compreendeu a extensão e complexidade dos contextos familiares, comunitários e culturais.

Sempre tive problema de estômago. O pastor disse que eu não tinha cura. Era úlcera nervosa, eu não quis operar. Numa missa, após o padre benzer o remédio, vomitei. Casei com quatorze anos, mas esposo era muito namorador, trazia elas pra dentro de casa. Tinha muito filho e não tinha onde morar. Sentia muita raiva, vontade de matar. Agüentei dezoito anos, até que ele arrumou uma namorada de quatorze anos, disse que ia me matar se eu reclamasse. Eu tratava bem os patrões, fazia o almoço. Até que reagi, com três filhos maiores, desquitei, saí, fiquei quinze dias num hospital. Sentia muita falta dele, não tinha com quem desabafar. Foi muito sofrimento. Nunca contei pra ninguém. Não quero mais homem. Eu não tinha pai nem mãe, era só ele. (Eriotheca candolleana)

Nos serviços de saúde, pode-se observar a potencialidade e resolutividade das práticas quando é incluída a percepção do modo como a pessoa vivencia a doença, as relações que a partir daí se estabelecem no meio familiar e social, e também o significado que ela atribui ao serviço onde é atendida. Sabe-se que os fatores subjetivos, sociais e culturais repercutem na evolução das doenças, e , além disso, influenciam no “desenvolvimento do autocuidado e de modos de vida favoráveis a padrões mais ou menos saudáveis” (Figueiredo e Furlan, 2008).

“Não sei se estou sendo ignorante. Antes do marido se casar comigo, ele namorou uma moça, e ela entrou na minha cozinha e eu fiquei muito nervosa. Achei muito desaforo, não engoli, saí da cozinha e ela foi atrás, me senti invadida, muito magoada, foi muita ousadia. Ele deve ter agradado a ela, acho que eles estão saindo. Ele fala que é só amizade, mas ela chama ele para resolver problemas no carro. Eu passei pela mesma situação com o 1º marido. Sinto-me magoada, desconfiada, insegura e desrespeitada”. (Clavija spinosa)

Berger e Kellner (1970) citado por Féres-Carneiro (1998) entende que a realidade do mundo é sustentada através do diálogo com pessoas significativas e o casamento ocupa um lugar privilegiado entre as relações significativas validadas pelos adultos na nossa sociedade. No entanto, afirma a autora que a separação

conjugal pode ter efeitos construtivos para os membros de uma família, sobretudo quando o preço para manter o casamento é a autodestruição e a destruição do outro. Quer os pais estejam casados ou separados, o mais importante para o desenvolvimento emocional dos filhos é a qualidade da relação que se estabelece entre os membros do casal e entre estes e os filhos.

Acho que estou com problema sentimental, perdi o apetite e estou com muito sono, melancólica, choro sem parar. Houve falta de correspondência. Tenho dores nas costas. Foi uma paixão há um mês, fiz planos. Há dois dias ele não quer me encontrar. Sinto uma tristeza. (Douradinha)

Sobrecarga emocional e desgaste físico na vida cotidiana

Stotz (1996) citado por Valla (2000) revela que quando um indivíduo vem buscar assistência para um problema de saúde que está causando “mal-estar”, se tratamos somente os sintomas, não enxergamos o processo de adoecimento, o qual, em muitas vezes, está embutido o desgaste do trabalho excessivo a que o trabalhador se submete para não perder o emprego, como também os horários irregulares que impõe o trabalho precário e terceirizado. Ainda que o processo de estresse que vive as classes populares é contínuo, como nos lembra McEwen (1998) citado por Valla (2000), “para o morador da favela trata-se frequentemente de uma falta de água contínua ou quedas frequentes na voltagem e a danificação de eletrodomésticos”. O que importa é que os indivíduos que assim vivem, estão expostos a “um estado de emergência permanente” (Valla e Stotz, 1996), ou seja, distribuição irregular de água, difícil acesso aos serviços públicos, ganhar a sobrevivência no dia-a-dia, etc.

Surge nos relatos das mulheres nas atividades de grupo, além dos fatores de estresse por trabalho precário e por más condições de vida e moradia, a sobrecarga pelas atividades domésticas, o cuidado dos filhos, preparo da alimentação e manutenção das roupas.

Estou “carregada” de tristeza, angústia, ódio por um problema familiar, acho que quero curtir...sou reservada, gostaria de mudar, não consigo andar. Há 2 anos com anti-depressivo, tenho medo de ficar dependente de fluoxetina.

Tenho filho de 10 e 13 anos. Comecei a lidar com meus problemas sozinha, separada. Queria dar conta. Com problemas no trabalho e as contas apertadas, deu crise. Sou cozinheira. Crise de "nervos". Não estava dando conta. Não conseguia dar conta da minha vida, começou a atacar meu organismo, não era de faltar no trabalho, tive que ser afastada, com nervosismo, falo sem controle com o patrão, não escondo mágoas para chefe. Com dor na coluna e preocupação de perder o trabalho. Medo do futuro porque tenho 2 filhos. (Guaçatonga)

Chauí (1990) citada por Valla (2000) fala da dificuldade de relaxar para quem trilha o “caminho estreito” de uma vida de pouco dinheiro, espaço e tempo livre.

Tenho quatro meninos, deixava tudo para fazer à noite, e isto foi me estressando. Agora quem quiser comida tem que fazer. Não lavava as roupas. O marido foi fazer janta. Então as dores foram desaparecendo. (Jacatiá)

Laurell (1987) discute a sobrecarga e subcarga psíquica, referindo-se a situações de tensão prolongada. E chama atenção para a importância do desabado e do não “engolir sapos”, pois desta forma o “veneno do corpo” acumulado acaba sendo expulso de outra forma.

Negócio na garganta, coisa que vai ter que cortar fora, decepar...parece que tem comprimido entalado. Na gestação tinha sumido e agora voltou. Muitas vezes não disse o que sentia, engoli sapo. Trabalho fora como auxiliar de limpeza há quase dez anos. Tem muita mulher trabalhando no mesmo lugar, quero sair. No outro trabalho, era sozinha. (Aroeira-da-serra)

Lembra a autora que desabafar pode resultar em vários desfechos como um enfrentamento com fim incerto.

Aqui na recepção me atenderam muito mal quando estava grávida, me falaram que não tinha mais vaga com a enfermeira. O atendente disse que não sabia quem ia me atender. Eu não fiz nada porque se fosse desabafar ia passar mais mal ainda. Falei só com o marido. Fiquei internada por uma semana, o filho nasceu de 7 meses. (Simarouba)

É possível que um problema de compreensão dos profissionais, seja a forma como as pessoas da população encaram a vida, em geral, cercada de pobreza e

sofrimento. Para os profissionais, a crença de uma melhoria é um desejo mas fortemente percebido como ilusão. Então quando esses indivíduos falam em sonhos, não se pode entender como “escapar da realidade”, pois pode indicar uma concepção de vida diferente (Chauí, 1990, citada por Valla, 2000).

Estou com depressão e pedi acordo no serviço, tenho 4 filhas. Pai bebe muito, não tem ninguém por ele, tenho 2 irmãos presos e 1 irmã sumida que apareceu há 20 dias trazendo problemas para casa, ela quis bater no pai, ela me xingou, brigamos de rolar. Estou muito triste, tudo muito difícil, não estou conseguindo dormir, não como. Me sinto sobrecarregada, sem ajuda, não sei como conseguir escapar. Esposo da irmã está foragido porque denunciou para polícia e está ameaçado de morte. Ninguém me dá valor, nem pai nem irmã. Tenho casa alugada. Estou sem coragem para viver. Sinto-me injustiçada, sem ajuda. (Cariniana legalis)

Muitas vezes diante de complexas situações vividas pelos participantes, emergia o sentimento de impotência dos profissionais coordenadores das atividades de grupo. No entanto, o recurso oferecido pela Terapia Comunitária, de se questionar para os outros participantes como tinham agido em situação semelhante, se mostrou de valiosa importância. Havia sempre uma saída diante da situação, que foi experiência naquela comunidade, com a força do relato pessoal, mesmo que utilizando as perspectivas religiosas.

Dentro de casa ele era o certo, errada era eu. Eu resolvi que se ele não estiver satisfeito, ele vai para casa dos parentes. Trabalho, sustento os dois. Ele acha que os parentes estão certos. Tenho vontade de separar, mas me arrependi. Tenho que querer bem à filha e ao marido. Não consigo convencer o marido de um ciúme. Estou há 14 anos com ele. Não abandono por nada. Tenho fé em Deus e não vou ouvir o que falam os parentes do marido. Ajuda gostar da gente e não ouvir os parentes. (Penaíba)

Dentre as estratégias percebidas como aliadas para este tipo de problemática, falou-se sobre a importância do lazer e da rede de apoio.

Já tive muitas coisas erradas em casa, drogas, prostituição, filho, marido. Cansei daquele tipo de vida, marido faleceu. Filho está brigado com esposa. A casa é minha (eu pagava o aluguel), dei um basta e tudo melhorou. Um casou,

o outro perdía casa, moto...a mulher dele me xingava, me acusava, mandei ele para Curitiba. Ajuda não ficar segurando dentro do peito, dar limites, tomar decisão na vida, resolver cuidar de mim mesma, não carregar ninguém nas costas, ter alguém para conversar, brincar, praticar ginástica, fazer coisas boas. (Ouratea)

Dificuldades na relação com os serviços públicos

Stotz et al. (2007) citam Minayo (1988) para afirmar que os serviços de saúde são apontados como causa de problemas de saúde e ou de piora de problemas já existentes.

Me sinto perdida porque meu neto de cinco anos fala em matar. Isso machuca a gente. Os pais estão separados há três meses, e a assistente social disse que nós estávamos judiando das crianças. Sinto revolta porque nunca um filho meu falou o que um neto fala e não posso ajudar. Um querendo matar o outro, e aos pais. (Aroeira)

Diferentemente dos profissionais de saúde, a população entende a saúde sob diversas óticas que se sobrepõem, ou seja, uma causação múltipla que adquire sentido na vida das pessoas. Portanto utilizam fragmentos de experiências e saberes diversos como recursos de enfrentamento. Se queremos

“ampliar nosso próprio olhar para compreender o olhar da população, temos que optar por metodologias educativas que nos aproximem das pessoas, que lhes dêem voz, que as tornem mais fortes como sujeitos”. (Stotz et al., 2007)

A integralidade entende-se por um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.” Mattos(2001) descreve políticas “como atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos”. Assim, a integralidade inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições promotoras de serviços de saúde. Também assegura uma atuação intersetorial, segundo Reis e Andrade (2008), “de forma a abranger as mais diferentes áreas que, de alguma maneira, possam ter repercussões na saúde dos indivíduos e das

coletividades”. No entanto, as políticas públicas continuam fragmentadas, não conseguindo responder adequadamente às necessidades de indivíduos e populações.

Tenho dois meninos que se afastaram da escola, eles resolveram sair de casa, fui atrás do mais velho com dezessete anos e trouxe de volta para casa. Ele não gosta de fazer nada, eu obrigava a arrumar a cama. Estava usando droga mas ficou três dias em casa. Faço o possível para fazer o serviço de casa, não gosto de ver coisa suja, mandei o filho passar pano no quarto dele, ele começou a discutir, falei que ia dar um tapa, ele me enfrentou, eu segurei, ele saiu de casa de novo. Não sei se sou exigente demais. Sinto indignação com a sociedade, porque a gente procura apoio e não tem. Até mesmo nos parentes, nos serviços, sem achar solução, sinto-me sozinho. Não consigo apoio de nenhum lado. (Pau-branco-louro)

Reis e Andrade (2008) esperam que com as transformações pelas quais se conceba o ensino na área de saúde, ocorra uma mudança nas práticas dos profissionais, para que, “mesmo diminuindo a quantidade, melhorar a qualidade do atendimento e ver o paciente/cliente como um ser que necessita de muito mais do que ele expressa verbalmente.” Apontam ainda os autores, que os profissionais de saúde fazem parte das políticas através da execução das ações, sem que tenham claro em quais necessidades de saúde se pautaram para a sua formulação e quais são os objetivos destas políticas.

O médico do ambulatório grita com as pessoas, fez cirurgia do ouvido da minha filha e não valeu. Eu saí quieta, fui para a faculdade. (Aroeira-da-serra)

Percebe-se, além disso, que a educação continuada dos profissionais de saúde da rede básica, com olhar ampliado à respeito dos fatores que afetam a saúde dos indivíduos, assim como a utilização de novas metodologias e de educação popular na resolução de problemas, surgem como necessidades para a integralidade na assistência à saúde.

Martins (2007) diz que “a compreensão das questões de saúde não pode estar desarticulada das questões de cidadania”, pois

“muitos comportamentos que envolvem riscos têm a ver com o modo como as pessoas estão vivendo, sua forma de trabalhar e morar; os bens materiais dos quais necessitam e os bens aos quais têm acesso; suas necessidades emocionais e suas possibilidades de negociar essas necessidades”.

O autor colocar que podemos, na saúde, partilhar cada conquista que aproxime os grupos, das situações de menor risco à saúde. Por vezes, o avanço é a ampliação da consciência sobre a sua própria situação de vida, a identificação dos problemas que envolvem a saúde, mas não se limitam a ela. De especial atenção ainda, é quando ocorre a organização para o encaminhamento de demandas que podem impactar as maneiras de viver dessa população. (Martins, 2007)

Por ocasião do evento “Fórum das Mulheres” (2005) ocorrido no município, o grupo das mulheres discutiu questões consideradas prioritárias no sentido de reivindicação a serem trabalhadas. Foram elas:

1. *Acesso ao serviço de saúde para a mulher em qualquer fase da vida, não só durante a gravidez;*
2. *Lei que proteja contra a violência doméstica;*
3. *Abrigo para a mulher que sofre violência aqui no município;*
4. *Acesso à creche;*
5. *Acesso ao projeto para crianças e adolescentes em horário complementar à escola;*
6. *Tratamento para alcoolismo em todas as unidades;*
7. *Tratamento para drogadição nas unidades;*
8. *Projeto geração de renda*

Pode-se perceber através dessas reivindicações, o quanto a população tem ciência das suas necessidades, e ao terem espaço para a sua expressão, discutem as suas problemáticas, as mais complexas, com propostas que atendam a coletividade. Por outro lado, o processo de discussão não se deu em um encontro, ele foi sendo elaborado em vários encontros, ao serem abordados todos os temas que geram desconforto e sofrimento nas famílias. “Quanto mais complexo o assunto, mais difícil é a problematização e a volta à realidade para agir”, nos coloca claramente Diercks (2007).

Valla (2000) diz da dificuldade de aceitar que as pessoas “humildes, pobres, moradoras da periferia” sejam capazes de produzir conhecimento e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, e desta forma, fazer opções que apontem para possíveis melhorias em suas vidas. É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida como também a ação política da população seja acompanhado por uma maior clareza de suas representações e visões de mundo.

Nos diferentes grupos trabalhados a crítica aos serviços de saúde apareceu de forma muito freqüente e com uma percepção de que muitas vezes o serviço não tinha resposta a diferentes questões trazidas.

Filho vivia no mundo desde dezesseis anos. Eu consegui tirar o filho da droga. Continuo enfrentando. Ninguém me ajudou. O que me ajuda? O amor pela família e a fé em Deus. (Paratecoma)

Vasconcelos (1998) aponta que grande parcela da população não mais se apresenta às unidades de saúde, além disso, nem todas as queixas apresentadas são solucionadas de forma satisfatória para os indivíduos.

Valla (2000) evidencia a crise do “acesso aos serviços” como apenas um dos problemas que a população brasileira, em especial os pobres, enfrenta com relação à saúde. Se a prevenção, o tratamento e a recuperação não são questões do corpo e sim, como propõe a teoria do apoio social, da relação corpo mente, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas signifique mais que refúgio da crise. Pode ser o resultado de procurar uma explicação, um sentido, algo que faz a vida mais coerente. Ou seja, deste modo, opera-se o apoio de uma rede social.

Mãe ficou três anos longe e a tia disse que ela ligava e avó não deixava falar. Nunca tive coragem de perguntar para pai. Até que encontrou a mãe e nós choramos. Com vinte e dois anos, nunca enfrentei. Não nos revoltamos, ela tem outra família, refêz sua vida. O que ajudou foi ir muito na igreja. No começo achei que a mãe não me procurava, depois vi que a culpada não era ela. Ajudou rezar bastante. (Talisia intermedia)

Machado (1996) citado por Valla (2000) observa que a falta de apoio institucional nesta época de mudanças sociais intensas faz com que as igrejas ofereçam um sentido para a vida. Se há ausência de políticas públicas para os pobres, as religiões oferecem “alguns tipos de suporte...criam motivações para resistir à pobreza”.

Quando a filha caçula perdeu a gravidez, aceitei o movimento da vida. Deus me deu compreensão. Às vezes a perda de um ente querido também é libertação. (Sapucaia)

O trabalho nos grupos, com relação à queixa aos serviços, foi sendo elaborado de forma a fortalecer nas pessoas a fala, a organização, buscando-se canais de comunicação entre a população e os profissionais do serviço municipal. Trazer esse tema, como um ponto possível de diálogo, era extremamente novo para a população. As dificuldades foram enormes para a ausculta em uma gestão que também não tinha a prática de uma relação dialógica com a população na discussão sobre os inúmeros problemas nos serviços e inclusive no encaminhamento de problemas de saúde para outros níveis de assistência, inoperante no município na visão dos usuários.

Assim, ao se solicitar à Secretaria Municipal de Saúde, uma discussão com a população, sobre a possibilidade de realização de serviços de saúde para a mulher, a gestão organizou uma reunião onde se apresentaram números de exames ginecológicos ou números de atendimentos realizados. Ou seja, trabalhar a crítica e a construção de atividades que levassem em conta as necessidades e demandas, trazidas nos grupos para melhoria do atendimento, na perspectiva do usuário, era sempre compreendido com uma crítica “mal vista” tanto por profissionais do serviço ou como gestão municipal.

Aqui foi encontrado um ponto extremamente crítico dos trabalhos dos grupos, ou seja, levantar problemas reais dos serviços e se perceber o grupo como algo perigoso ao serviço por estar denunciando o mesmo e também por possibilitar a fala dos usuários como um grupo com maior voz ativa.

Fui mal atendida pelo médico do ambulatório, na hora não falei nada para ele. Mas depois fui no consultório e falei tudo, e ele me pediu desculpas. Para mim ajudou falar no momento mais adequado. (Barriguda)

Para a gestão e profissionais de saúde o trabalho dos grupos ou dos profissionais do PSF deveria se focar nas questões relacionadas às doenças dos usuários e sendo assim muitas queixas trabalhadas nos grupos foram compreendidas como “sem sentido” ou mesmo como não sendo questões da saúde e muito menos para se levar adiante nos grupos. Como os grupos abriam questões diversas, muitas vezes havia uma repreensão da gestão com relação a atitudes mais inter-setoriais no encaminhamento de questões.

Embora, não seja impossível desenvolver atividades de apoio social numa unidade de saúde pública como grupos de discussão, relaxamento muscular ou meditação, profissionais de saúde mais críticos afirmam que esse tipo de atividade é vista por muitos colegas como formas de “fugir do trabalho” (Valla, 2000).

Ao enfrentar as dificuldades dos usuários e deixá-los exprimir seus sentimentos e ressentimentos em relação às dificuldades com os serviços, houve uma compreensão maior sobre o distanciamento entre os serviços e seus profissionais e a comunidade atendida.

Quero ajudar a resolver os problemas da nossa comunidade. Homem gosta de ficar fechado, a gente não se manifesta, em geral tem medo de falar, de colocar um problema que está surgindo no bairro. O importante é participar do grupo, achar sentido, fundamento. Um vem para pedir ajuda, e o outro para ajudar. (Tingui preto)

Uma questão não menos importante em relação ao serviço refere-se a como os profissionais da unidade enxergavam o trabalho, que muitas vezes era percebido como mais um trabalho a ser feito ou como crítica por se trazer a unidade pessoas mal vistas pela comunidade como no caso dos alcoolistas mas também havia a surpresa no bom sentido

Fiquei surpresa dos homens estarem se cuidando (relato de uma auxiliar de enfermagem).

O grupo como espaço de fortalecimento da rede de apoio

Barreto (2007) nos coloca que quando as instituições estão ausentes ou são inoperantes, os indivíduos criam suas próprias regras e leis e tende a imperar a autodefesa, portanto o autor defende a criação de instrumentos que estimulem uma “ação criativa” nos indivíduos, que apoiem valores individuais e culturais, como os concebidos num contexto grupal, participativo e comunitário, como a terapia comunitária. Assim, a partir das interações no coletivo, do compartilhar, das identificações e o respeito às diferenças, é que surgem as soluções. Deve o profissional fazer parte dessa transformação social, ao investir no capital sociocultural do indivíduo excluído, permitindo que ao invés de vítima, passe para sujeito de seu destino e co-responsável na construção de uma sociedade menos injusta, ao ser capaz de fazer suas escolhas críticas em busca da autonomia. Ao promover e investir em movimentos participativos, se restaura a “estima de si dos excluídos”, através da criação dos laços afetivos e sociais, e do despertar de um sentido de pertença cultural na comunidade (Barreto, 2007).

Espero contar com o amor de vocês. A palavra amiga ajuda. Não via a hora de estar aqui, agradeço a todas. (Tovomita)

De uma forma ou de outra, nos diferentes grupos, a resiliência foi sendo percebida na superação de grandes dificuldades vividas pelos participantes dos grupos. A resiliência é reconhecida em estudos de Yunes (2001) e de Pinheiro (2004) como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano, sendo referido por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações. É considerada como uma estratégia, habilidade e competência para se enfrentar as adversidades da vida e, assim, ser capaz de superá-las, adaptar-se, recuperar-se, inclusive sendo transformado por elas, participando de uma vida ativa e participativa. Inclui a possibilidade de lidar com as mudanças que acontecem na vida, a confiança na própria auto-eficácia, e as habilidades de que dispõe para enfrentar os problemas com os quais se depara (Noronha, 2009).

Aniversário do filho que morreu, não consegue ficar dentro de casa, mesmo com remédios. Um faz 6 anos e o outro 3 anos. Me acho culpada, se tivesse feito mais por eles, me acuso de tudo, revolta contra mim, se não tivesse casado pela 2ª vez. Sinto culpa, não sei bem como e porquê. (Cupania veludo)

Cecconello (2003) coloca que a resiliência pode ser observada quando há união familiar, qualidade no relacionamento de pais e filhos, em práticas educativas envolvendo afetos, reciprocidade e equilíbrio de poder. Diz a autora que exclusão social e pobreza destacam-se como adversidades crônicas que podem comprometer o potencial de desenvolvimento dos sujeitos.

Segundo Chiesa (2005) a resiliência conceituada como categoria prática, é patrimônio relacional e circunstancial. Propõe o agir profissional no sentido de

“instrumentalizar as famílias a se reconhecerem como importantes no cotidiano de seus integrantes, valorizar o patrimônio (conjunto de recursos materiais e relacionais potenciais disponíveis) de que dispõem, resgatar seus direitos sociais, compreender as diferentes fases do ciclo de vida e valorizar o diálogo como ferramenta para exercitar a tolerância e respeitar as diferenças existentes entre seus integrantes.” Chiesa (2005)

“As condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença crônica ou aguda do próprio indivíduo ou da família e outras perdas importantes” segundo Andrade (2001) são percebidas como fatores de risco que afetam a capacidade de resiliência de indivíduos e coletivos.

Já Merhy (1998) entende que a resiliência possa constituir-se numa possibilidade de intervenção na práxis cotidiana do agir da equipe multiprofissional de Saúde da Família. Alerta o autor para o viés negativo e reducionista da atenção a saúde, quando responsabiliza os indivíduos na superação das adversidades e na busca de sobrevivência numa sociedade desigual, na qual o Estado tem responsabilidade como poder público provedor.

Valla (2000) ao falar de “redes sociais” também observa a relação destas com as formas das classes populares se defenderem e buscarem sua sobrevivência diante de quem as domina, tratando mais de uma posição de defesa, no sentido da

justiça. Declara o autor que “as redes sociais das quais as classes populares participam já existem”, e o que buscam é a sobrevivência.

Fix endoscopia com medo de ter câncer porque pais morreram disso. Fumei por 30 anos, tinha dor e refluxo. Ajudou ter fé em Deus, não sofrer antes da hora, e conseguir consulta. O médico disse que tinha pequeno problema no esôfago, que podia continuar sem cirurgia, só com medicação. O que ajudou foi ter decidido a não sofrer antes da hora. Também as palavras das pessoas deste grupo. (Xixá)

Instituições e serviços voltados para a proteção social tem sido desmontados ou limitados, e para que contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisariam levar em conta, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções buscam. Reconhecida como legítima a reivindicação a respeito do emprego dado ao dinheiro público, na América Latina, poucos são os resultados observados e pequena atenção dispensada às reivindicações dos setores organizados da sociedade civil de caráter popular. (Valla, 2000)

Questiona-se assim, se o Estado brasileiro tem condições de atender aos anseios da população, ao manter o rumo neoliberal. Ou, se o atendimento em saúde, da maneira como está estruturado, pode lidar com o “sofrimento difuso” apresentado pelas classes populares. Estudos dizem que 60% das consultas tratam de problemas psicossomáticos, sendo que o tempo necessário para se lidar com esses pacientes difere da relação eficiência-eficácia (Valla e Siqueira, 1996).

Temos espaço aqui para desabafar a raiva, tristeza e angústia. Quando saio do posto, saio alegre. Todos aqui são bons, dou muito valor a isso que acontece neste grupo. (Virola sebifera)

Minckler, 1985, citado por Valla, 2000, define apoio social como sendo:

“qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos

positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras”.

Maturana (1995) citado por Acosta (2004) nos ensina que “todas as condutas humanas, já que somos seres na linguagem, surgem desde uma rede de conversações que é a cultura à qual pertencemos”. As redes podem ser formadas por pessoas ou organizações de pessoas, grupos e instituições, e até sistemas de narrativas, ou seja, as redes comunicacionais que produzem sentido e significado para a vivência humana.

Achei bom o grupo. A participação é boa. Importante cada vez ter mais gente.

Estou muito feliz por ter participado. (Sloanea)

Pesquisas apontam o papel do apoio social na manutenção da saúde, na prevenção de doenças e na facilitação da convalescença. Uma das premissas é que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade, aumentando a capacidade das pessoas lidarem com o estresse. Também contribui para a sensação de coerência e controle sobre a vida, o que repercute positivamente no estado de saúde. “Uma sensação de não poder controlar sua própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo de saúde/doença”. (Cassel, 1976, citado por Valla, 2000)

Convido a todas para a semana que vem. Bom ver a força dessas mulheres, não desanimar diante dos problemas. Força das que deram depoimento. Se vê o carinho e união. Meu problema não é tão grande. Estou contente por estar aqui. Vou levar a esperança. (Seguieria)

Nos trabalhos nos diferentes grupos, tendo como base a terapia comunitária, observou-se que os participantes tornaram suas vidas mais toleráveis e significativas, com atenuação de sofrimentos crônicos, por desenvolverem o sentimento de identidade cultural, estabelecimento de laços afetivos e sociais, de solidariedade e ajuda mútua, com reconhecimento de seus valores e potenciais.

Amor não é só em família, descobri aqui amor em todos os amigos e vizinhos, e juntos vamos vencer. (Marianeira)

A noção de pobreza política, sem desvalorizar a gravidade da pobreza material, aponta para o desafio de aprimorar a qualidade política da população, muito além das assistências (DEMO, 2000), o que exige fomentar a condição de sujeito capaz de história própria. Nesse espaço dos grupos esse foi, de diferentes formas e conteúdos, a todo momento, um enorme desafio.

O processo cotidiano de avaliação da participação grupal

De diferentes formas e com sentimentos extremamente diversos, ao final de cada grupo, a partir da proposta da Terapia Comunitária, se realizava uma avaliação da atividade diária com as perguntas:

Como foi estar aqui no grupo hoje?

O que vocês vão levar hoje do que conversamos?

O que querem falar para os outros participantes do grupo?

O que foi falado aqui que tocou de forma especial?

Esse era um espaço no qual, de pé, todos se expressavam com palavras e também com dinâmicas corporais como um abraço coletivo ou com as mãos dadas.

Havia também um espaço final de reflexão sobre algo que tivesse “tocado” de alguma forma os pacientes, em relação a fala dos outros participantes que de certa maneira os aproximava, trazia uma maior possibilidade de melhorar os vínculos e o sentimento de identidade do grupo, pois as vezes os pacientes reproduziam uma frase ou um sentimento que para o outro tinha um grande significado.

Nesse espaço de avaliação da atividade de grupo, pelos próprios participantes, se percebia a valorização do processo vivido na sua participação, na sua evolução e conquistas, bem como estar com outros “iguais”, dos laços afetivos construídos, do desejo despertado para a vida em comunidade.

Sou muito fechada, mas cada vez que venho, estou me soltando mais. (Mabea fistulífera)

Se a rede social pessoal inclui todas as relações do indivíduo percebidas como significativas, pode-se dizer que nela estão pessoas de convívio íntimo,

aquelas com contato de maior ou menor frequência e intensidade, e podem fazer parte de uma relação amorosa, familiar, de amizade, colega de escola ou trabalho, vizinhança e outras. Assim os grupos faziam sentido de diferentes formas para seus participantes, os quais partilhavam de uma identidade social ou de experiências de vida semelhantes como a violência, o alcoolismo, etc.

Quando o marido ficou doente, 41 dias após ter tido infarto, consegui me controlar, conversava com as pessoas, ia me distrair, passear, fazia o que dava na cabeça, comer, vestir, vivia o presente. (Euterpe edulis)

A atividade de grupo constitui-se como um espaço de inclusão dos sentimentos, da subjetividade e das relações, com convivência e reflexão, não sendo trabalho psicoterápico. As atitudes, comportamentos e falas atuaram como estímulos recíprocos entre os participantes. Até mesmo as narrativas e a linguagem não-verbal, como o gestual, choro, postura corporal, promoveram ressonâncias entre os sujeitos.

Gostei. Todo mundo viu meu sofrimento, não sou melhor, não estou enganando, estou dizendo a verdade. Gostei pois conheço muita gente que veio. Achei bom discutir temas sociais e saúde, conhecimento da vida. (Ormosia)

O que faltou ?

A avaliação do processo educativo problematizador é fundamental para seu desenvolvimento. O registro no diário de campo permitiu perceber e avaliar vários aspectos. Entre eles, o número de participantes, a qualidade da participação, contribuições, dispersões, surgimento de debates relevantes, possibilidade de capacidade reflexiva do grupo, erros de percepção do coordenador, sínteses orais adequadas para cada momento, análise da condução e dos possíveis caminhos tomados por cada grupo, oportunidades perdidas, “enfim diversos aspectos do fazer educativo no cotidiano do grupo” (Diercks, 2007). Assim, todo esse processo pode ser vivenciado, mas faltou a presença de um diálogo com outro profissional do serviço, ou mesmo de fora desse, que pudesse trazer uma observação ou avaliação participativa e processual do trabalho, contribuindo criticamente para o mesmo.

A utilização da terapia comunitária requer uma supervisão e isso só foi possível por algum período, que se referiu ao primeiro ano do trabalho dos grupos. Muitas vezes houve situações extremamente difíceis de trabalhar nos grupos e possivelmente a presença de supervisão poderia ter ampliado as possibilidades de compreensão e encaminhamentos.

Matumoto et al.(2005) apontam que a supervisão das equipes de saúde pode ser um rico dispositivo para que os integrantes da equipe possam entender e “analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar presentes no processo de trabalho” no campo da produção do cuidado. Colocam ainda que “a equipe em auto-análise produz conhecimento sobre si e pode encaminhar/construir processos cuidadores mais comprometidos com as necessidades dos usuários e suas famílias”.

Na avaliação poder-se-ia discutir o grau de aprofundamento dos temas por parte dos usuários, a necessidade do prosseguimento na reflexão de determinado problema, situações individuais agudas, a pertinência da realização de atendimentos individuais e/ou encaminhamentos para outros serviços, as relações e redes significativas dos participantes e mesmo um acolhimento para o coordenador das atividades.

A pesquisadora sentiu falta de maior parceria de profissionais da equipe local, em diferentes momentos, para dividir todo o processo. Houve a participação dos agentes comunitários de saúde, no acompanhamento de vários grupos. Também a enfermeira fez parte dos grupos e alguns auxiliares de enfermagem, nos dois primeiros anos, até o momento no qual ocorreu maior pressão da gestão em relação ao que considerava prioritário no atendimento em saúde, ou seja, a atenção curativa, na maioria das vezes, orientada para a modelagem de pronto-atendimento. O que não foi possível realizar refere-se portanto, a um maior envolvimento dos profissionais para discussão dos processos como parte do trabalho da equipe. De diversas formas e em diferentes momentos a pesquisadora buscou esse compartilhar do trabalho. Havia a percepção de alguns profissionais, de se tratar de

um trabalho a mais e não parte do trabalho regular do serviço. Este problema foi vivenciado tanto em relação à equipe local como em relação à gestão municipal.

De forma geral, percebeu-se que o trabalho de atendimento em saúde, ao incluir os aspectos de grande complexidade do cotidiano das famílias revelados nos grupos, torna-se um imenso desafio. Requer a sintonia com a gestão, o trabalho em equipe, e também, o envolvimento em rede, intersetorial e interdisciplinar.

G. Considerações finais

“A co-produção de projetos com coletivos no território pode tornar-se um movimento de reafirmação do projeto ético-político do SUS, constituindo-se em linha de ação importante na produção de práticas de saúde e cuidado participativas e promotoras de autonomia. Demanda das equipes de saúde uma abertura radical na produção de relações de parceria com usuários, comunidades, grupos na áreas adscritas do serviços”. (Oliveria e Furlan, 2008)

Vivemos esse trabalho em um território vivo. Um território com nome, com especificidades, com uma cara própria, com seu histórico e seu cotidiano, mas esse território se remodela “constantemente, sendo considerado como um conjunto indissociável de sistemas de objeto e de sistemas de ações, movidos por necessidades humanas” (Oliveira e Furlan, 2008). A maneira como esse território se organiza dará ao mesmo, sua especificidade e a especificidade dos sujeitos que lá vivem. “Desse modo a ordem global e a ordem local, as horizontalidades e as verticalidades, o espaço das redes e o espaço banal, convivem dialeticamente”, conformando tanto pressões para mudança como para resistência. (Oliveira e Furlan, 2008). Assim, ao mesmo tempo em que trazemos o lugar particular, nos debruçamos com questões trazidas de espaços amplos.

Reverendo todos os relatos dos diários de campo percebe-se a dimensão desse trabalho realizado que, em parte, está aqui relatado. Há um sentimento de ousadia, de rico processo construído como também de precária parceria, na sua realização.

As atividades de grupo constituíram-se como espaços para compartilhar dores, temores, e ainda romper com a solidão das amarguras vividas pelos

indivíduos desta comunidade assistida, e desenvolveu-se nelas, os sentimentos de confiança, fraternidade e solidariedade. Reafirmou-se a certeza que essas atividades são um recurso para se lidar com os sujeitos que vivem as variadas situações de vulnerabilidade à que estão expostos na sua vida privada e pública, já que permitem a construção de alternativas de enfrentamento individuais e coletivas. Permitem ainda a expressão e a continência dos seus problemas, promovendo diálogos, que além de despertar a solidariedade, geram afeto e prazer pela companhia.

Pesce et al. (2004) confirmam que benefícios físicos e psicológicos resultam do apoio social, com melhora da resposta dos sujeitos a acontecimentos estressantes, e ainda, capacidade de recuperação mais rápida de doenças recentemente diagnosticadas, reduzindo o risco de mortalidade a doenças específicas, permitindo qualidade de vida mais satisfatória.

Para Noronha (2009) a utilização da abordagem a partir da resiliência, no PSF, e a promoção de uma adequada rede de apoio, contribui para afastar e amenizar os efeitos da adversidade, com o potencial de desenvolver novos “mecanismos protetores” nas comunidades de sua abrangência, estimulando aspectos interacionais de vínculo e de confiança, e ainda, gerando “a singularidade e a delicadeza das relações ditas microssociais de promoção em saúde” (Célia, 1997, citada por Noronha, 2001).

Porém, a abordagem da resiliência não deve estar desvinculada da compreensão da desigualdade social, econômica e das relações macrossociais do sistema, na qual se evidenciam as circunstâncias de vida precárias dos indivíduos. (Noronha, 2009).

De acordo com Paiva (2007), quando se fala em comunidade, recomenda-se reinterpretar esse conceito, já que o mesmo possui intrínseca relação com o contexto histórico e com a sociedade onde foi gerado, no entanto, diversas experiências contemporâneas em regiões periféricas onde há maior pobreza, são denominadas de comunitárias. Assim, comunidade não é fazer parte de um mesmo território, mas quando há um compartilhar, relacionado a uma tarefa em comum. (Paiva, 2007)

Para o Ministério da Saúde, a estratégia empregada no Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente.

“Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios”. (Brasil, 1998, p.8)

Matumoto et al. (2005) trazem, a partir de concepções desenvolvidas por Merhy (2002), rica discussão sobre a necessidade de deslocar o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados. Apontam ser este “também o ponto central daquilo que o Ministério da Saúde denomina mudança do objeto de atenção”. No caso do Brasil, haveria a necessidade buscar meios competentes para “provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico, refletir sobre essas certezas perante a demanda atual e reconstruí-las, arriscando novas formas de fazer saúde”. Assim, para construir novas bases para a ampliação das práticas assistenciais em saúde, devemos desconstruir muito do que aprendemos e do modo em que fomos formados, nós trabalhadores de saúde, e nos propormos a avançar por outros caminhos para a “produção do cuidado pela potência de abrir-se para múltiplas possibilidades de ação e criação” (Matumoto et al, 2005).

Assim, compreendemos os espaços dos trabalhos em grupo como parte de desse processo que visa ampliar o conceito de acolhimento, que visa integralidade do cuidado e realização da prática da clínica ampliada no PSF, na concepção proposta por Campos (2000, 2003, 2008).

Percebe-se ainda no cotidiano do trabalho médico no PSF, que as práticas de saúde coletiva trabalham dentro de um espectro bastante limitado com relação às necessidades de saúde que compõem o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental de um determinado território. Pode-se observar que as unidades de saúde pouco incorporam do “contexto de produção do processo saúde-doença, e encontram dificuldades para organizar ações coletivas intersetoriais, estimular a participação comunitária, assim como aplicar as normas sanitárias em contextos singulares”. (Massuda, 2008)

E ainda, a atuação a partir da perspectiva da Educação Popular e Saúde, tendo os referenciais da autonomia, liberdade e criatividade, baseados em Freire (1983, 1993, 1996), pressupõem que os resultados do trabalho em saúde se dêem “a partir do conhecimento local e das potencialidades ali presentes, de maneira que, se articulem com base no que define e cria a comunidade, possibilidades de tessitura de projetos de vida autônomos” (Vasconcelos, 2001)

Há ainda que se refletir sobre a realização desse estudo, que se concretizou na sua intervenção, e a grande dificuldade de incorporação de todo o trabalho que foi desenvolvido, por parte da equipe local e por parte do gestor municipal. Pode se constatar a falta de apoio técnico, que poderia ser sido trabalhada com a presença de supervisão externa para “apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, no estabelecimento de vínculo e responsabilização” (Matumoto et al., 2005). Mas para isso ter ocorrido, haveria a necessidade de percepção, por parte da Gestão Municipal, do trabalho de grupo como parte do trabalho que busca a ampliação do cuidado no PSF e mesmo na ampliação do compromisso dos profissionais na produção de saúde com novos padrões de inter- relação entre serviço, equipe e usuários, conforme proposta de Campos (2008).

Oliveira (2005) aponta em seu estudo que os obstáculos de desenvolvimento e ampliação de práticas educativas nas equipes esbarram na pressão por assistência aliada à insuficiência de pessoal. Assim, os profissionais têm dificuldade de compatibilizar seu tempo diante das diferentes possibilidades de atenção, excluindo aquela que requeira maior preparo ou recursos, ou mesmo seja considerada como não prioritária, como no caso das práticas educativas. Daí a importância de ampliar a legitimidade dessas práticas, na perspectiva da institucionalização desse conhecimento nos serviços de saúde. Oliveira cita Vasconcelos (2001) ao dizer que as iniciativas de formação de pessoal quando orientadas pelos princípios de constituição dos sujeitos na produção de conhecimento, são fundamentais para a concretização deste objetivo. (Oliveira, 2005)

Percebe-se ainda que, apesar dos esforços presentes no momento atual em nosso país (Cyrino et al., 2009), na formação dos médicos persiste-se em não se valorizar a prática médica extra-hospitalar que necessita, obrigatoriamente, da interação entre o conhecimento “médico sobre os processos de adoecimento e o conhecimento do paciente sobre sua vida, sem os quais não há possibilidade de desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistentes” (Fernandes, 1993). Para atuar no PSF e realizar um atendimento médico de boa qualidade técnica, é necessário uma formação que amplie o campo de percepção clínica, “sob o risco de se desenvolver uma atuação profissional superficial, ineficiente e de baixa resolutividade, dominada pela monotonia e repetitividade oriundas da pobreza fisiopatológica dos casos e da estreiteza do olhar médico” (Fernandes, 1993). Para potencializar o trabalho em grupo há que se incorporar essa tecnologia na formação dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde, ainda que se constate uma tendência em considerar o trabalho na APS como algo de menor valor e prestígio no meio acadêmico quando comparado ao trabalho de outras especialidades.

A partir da constatação da complexidade da APS, percebe-se a importância da proposição de ações que incidam sobre a realidade social, principalmente no trabalho nas unidades periféricas dos municípios, para que complementem ou mesmo se oponham às ações medicalizadoras e freqüentemente paliativas das equipes, até mesmo que há boa intenção e envolvimento das mesmas.

E para expressar o que ficou deste trabalho, diríamos que trabalhar com grupos pode se constituir em uma das principais maneiras de se responder as necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade do cuidado, da promoção da autonomia e fortalecimento das redes sociais.

H. Bibliografia:

ACOSTA, F. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero: metodologia*. Rio de Janeiro: Instituto Noos (Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais), 2004.

AFONSO, M.L.M.(Org.) *Oficinas em dinâmica de grupo: Um método de intervenção psicossocial*. 2ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, 171p.

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, vol.27 no.1. São Paulo, 23-9, 1993.

ALMEIDA, M. *Programa Saúde da Família: significado e imagens*. 2001. 103 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal de Fortaleza. Ceará.

ALMEIDA, M.P. de, MISHIMA. S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 9, 150-153, 2001.

ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 28ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 1993, 168p. ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos Saúde Pública*, v.19, p.319-322, 2003.

ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):319-322, jan-fev, 2003.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

ALVIM, C.G.; RICAS, J. Asma na infância: Adesão ao tratamento e educação para a saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 12 (2): 91-98, 2002.

ANDALÓ, C.S.A. O papel do coordenador de grupos. *Psicologia USP*, v. 12, p. 135-152, 2001.

ANDRADE, A.M.B.A. *Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família – PSF*, 2001. Dissertação de Mestrado. Fortaleza (CE): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina Ambulatorial, 3a ed.* Porto alegre: Artemed, 2004, p. 88-100.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANZIEN, D. O imaginário nos grupos. In: ANZIEN, D. *O Grupo e o Inconsciente - o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

AYRES, J. R. C. M. , 2001, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

BARRETO, A.P. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005, 336p.

BARRETO, A.P. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária. In: *Terapia Comunitária, Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas*. Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. GRANDESSO, M.; BARRETO, M.R. (Orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.I.G. E LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. *Rev de Terapia Ocupacional da USP*, v.13, n.2, p. 95-103, 2002.

BARROS, R.B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BENEVIDES, I.A. Viagem pelos caminhos do coração, uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. *Política Nacional de Humanização - Humaniz@sus*. Políticas da transversalidade ou a transversalização como método clínico político. São Paulo: Instituto Therapon, 2003 (Separata).

BION, W.R. *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BLEGER, J. Grupos operativos no ensino. In: BLEGER, J. *Temas de Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

BORDENAVE, J.E.D. *O que é comunicação*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.

BOLOGNA, D. Fenômenos do campo grupal. *Separata* (sem data).

BOLTANSKY, L. *As classes sociais e o corpo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. (Biblioteca de saúde e sociedade, v. n.5).

BRANDÃO, C.R. A Educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E.M (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001, p.21-26.

BRANDÃO, E.R. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H.B. (Orgs.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: fundação Carlos Chagas, 1998, p.51-84.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de março de 2006. Cria a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL, Ministério da Saúde *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária nas secretarias estaduais de saúde: um diagnóstico preliminar*. Brasília, Conass Documenta, 2004, v.7.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 200, incisos III e IV.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BREILH, J. *Epidemiologia: Economia, Política e Saúde*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/ Editora Hucitec, 1991.

BRICEÑO-LÉON, 1996, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, Supl. 2. 177-185, 1999.

BUSS, P.M.. Promoção da Saúde da Família. *Revista Símula*, no.86, 2002.

CAMARGO, F.M. A atualidade de Freire nos cursos de Pedagogia. In: FREIRE, A.M.A. (Org.) *A pedagogia da libertação em Paulo Freire*. São Paulo: Editora UNESP, 1999. p.65-69

CAMARGO, A.C. *Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico*, 2005. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Marcos, São Paulo.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Rev. Psicol. Social*, v. 17, n. 2. Mai./ago. 2005.

CAMARGO JR, K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v.24, supl.1, p.58-68, 2008.

CAMPOS, C.H. *Justiça consensual e violência doméstica*. Textos bem ditos. Porto Alegre: Themis, 2002.

CAMPOS, C.M.S; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.4, p.1260-1268, 2005.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1379-87, 2004.

CAMPOS, E.A. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, suppl., p.267-278, 2005.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. A discussão está aberta! *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, n.9, p.157-158, 2001.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, n.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Apoio Paidéia. *Separata*, 2001.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. A construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000, 236p.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, jan. abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda, 2008.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.2, p.208-213, 1997.

CARDOSO, R.C.L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: _____ (Org.) *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988. p. 95-105.

CARRARA, S.; VIANNA, A.R.B.; ENNE, A.L. Crimes de bagatela: violência contra a mulher na justiça do Rio de Janeiro. In: CORRÊA, M. (Org.) *Gênero e cidadania*. Campinas: Pagu/Núcleo de Estudos de Gênero, Unicamp, 2002. p.71-106.

CARVALHO, A.I. Saúde e educação de base: algumas notas. *Proposta*, v.3, p.19-33, 1976.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, v.23, p.30-56, 2001.

CECCIM R.B, FEUERWERKER L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p. 1400-1410.

CECCIM R.B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM R.B.; CARVALHO, P.R.A. (Orgs.). *Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997. p.27-41.

CECCONELLO, A.M. *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de pobreza: fatores de risco e proteção*. 2003. Tese (Doutorado). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CECCONELLO, A.M.; KOLLER, S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estud. Psicol (Natal)* v.5, n.1, June 2000.

CESAR, C.F. Reflexões acerca da função do observador no grupo operativo. In: *Curso de noções básicas de Grupo Operativo do Instituto de Terapia de Família e Casal de Campinas*. Campinas, 1993.

CHIESA, A.M. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde*. Tese livre docência. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. A Educação em saúde na prática do PSF. In: *Manual de Enfermagem: temas de caráter introdutório*. 1996. Disponível em <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 23 abr. 2003.

CHOR, 1999, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

COHN, G. A teoria da ação em Habermas. In: CARVALHO, B. (Org.) *Teorias da ação em debate*. São Paulo: Ed. Cortez, 1993, p. 63-75.

COPQUE, H.L.F; TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.14, n.4, p.223-233, 2005.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cad. Saúde da Família*, v.1, n.1, p.10-5, 1996.

COSTA, 1987, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

COSTA e LÓPEZ, 1996, citados por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

COSTA, O.V. *Saúde e assistência médica no brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes*. 1999. Tese Doutorado. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COTTA, R.M.M; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M; FRANCESCHINI, S. do C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.51-66.

CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CYRINO, A. P.P. *As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde*. Tese (Doutorado) - Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CYRINO, E.G. *Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu*: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Pública como iniciativas de mudanças pedagógicas no terceiro ano médico. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

CYRINO, E.G.; TROLL, THAÍS; SOARES, R.A.; GONÇALVES, R.J. *Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano*. Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009. (artigo aprovado para publicação *Revista Brasileira de Educação Médica*, março de 2009).

DONANGELO, 1979 citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

DEMO, P. *Educação pelo avesso: assistência como direito e como problema*. São Paulo: Cortez, 2000.

DIERCKS, M.S; PEKELMAN, R. *Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Caderno de Educação Popular e Saúde)

DIAS, N.M.O. *Mulheres “Sanitaristas de Pés descalços”*. SP, Ed. Hucitec, 1991.

DIAS, R.B.; CASTRO, F.M. *Grupos operativos*. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte: 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>> [acesso em: 08 nov.2006]

D’OLIVEIRA, A.F.P.L. *Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem; 2002.

FAINZANG, S. *Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo*. Niterói: Intertexto, 2007.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. *Estudos feministas*, v.12, n.1, p.47-71, 2004.

FARIA, L., 2006. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. *Cadernos Pagu*, vol.27, p.173-212, 2006.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.11, n.2, 1998.

FERNANDES, J.C.L. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad. Saúde Pública*, vol. 9, no. 1 p. 21-27, 1993.

FERREIRA, J. R. El Liderazgo em Salud Publica em América. *Educ. Méd. Salud*, v.23, n.1, 1989.

FERREIRA, M. P.; LARANJEIRA, R. Dependência de substâncias psicoativas. In: ITO, L. et al. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998. (p. 105-121)

FIGUEIREDO e FURLAN. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de Práticas de Atenção Básica, Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda, 2008.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F., 1999, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

FRANCO, T., MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. *Tribuna Livre*. Belo Horizonte/Campinas, março de 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PSFTito.htm>> Acesso em: 27 out. 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FREUD, S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. *E.S.B.* Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII.

GADOTTI, M. *Pedagogia da práxis*. São Paulo: Cortez, 1998.

GARCIA, M. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 5(8): 89-100, 2001.

GARRIDO-MARTIN, E. Átomo social e grupo. In: GARRIDO-MARTIN, E.; MORENO, J.L. *Psicologia do Encontro*. São Paulo: Duas Cidades, 1984.

GENRO, T. O enigma do México. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 fev. Caderno I, p.3., 1996.

GOGNA, 1998, citado por ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, Sept./Feb., 2005.

GOMES R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GOSLING, R.; TURQUET, P. A formação dos médicos generalistas. In: MISSENARD, A. et al, *A experiência Balint*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GRANDESSO, M. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – Considerações teórico-epistemológicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, TERAPIA COMUNITÁRIA, TECENDO REDES PARA A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL, SAÚDE, EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., *Anais congresso brasileiro de terapia comunitária*, 2007.

GRANDESSO, M. Oi gente... eu não roubei galinhas: Contribuições do enfoque narrativo para a Terapia Comunitária. In: CAMAROTTI, H.; MARCHETTI, L.B.; FUKUI, L. (Orgs.). Brasília: ANAIS do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, 2005.

GRANDESSO, M. Terapia comunitária: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. *Família e comunidade*, v.1, n.2, p.103-113, 2005.

GRYNSZPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, supl.2, p.133-138, 1999.

HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

IRIART, J.A.B.; OLIVEIRA, R.P.; XAVIER, S.S.; COSTA, A.M.S.; ARAÚJO, G.R.; SANTANA, V.S. *Ciência Saúde Coletiva*, v.13, 2008.

L'ABBATE, S. Educação em saúde pública: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, p.481-490, 1994.

L'ABBATE, V.V. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, supl.2, p.15-27, 1999.

L'ABBATE, V.V. *Comunicação e educação: um desafio para o Público*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.267-292.

LACERDA, A. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 169-96.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. *O alcoolismo*. São Paulo: Contexto, 1997.

LEITE DA SILVA, A.R. *As Práticas Sociais e o "Fazer Estratégia", Um estudo dos comerciantes de hortifrutícolas no mercado da Vila Rubim*, 2007, 301p. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

LEME, M.I.S. Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. **Psicol. Reflex. Crit.** vol.17 no.3 Porto Alegre, 2004.

LÉVY, P. Árvores de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.3, n.4, p.143-156, 1999.

LIMA, M.E.C.; MARCHI, A.; BRAGA, L.; MIRA, R. Trajetória da Educação Popular na Saúde em Botucatu. SP. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2007, Águas de São Pedro. Anais do congresso paulista de saúde pública, Águas de São Pedro, 2007.

LEWIN, K. *Problemas de dinâmica de grupo*. São Paulo: Cultrix, 1973.

LOPEZ-ACUÑA,D.; PITTMAN, P; GOMEZ, P; MACHADO DE SOUZA, H.; LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A. Reorienting Health Systems and Services with Health Promotion Criteria: A Critical Componente of Health Sector Reforms. *Fifth Global Conference on Health Promotion*, Mexico, 2000.

LUZ, H.S. *Racionalidades médicas: a medicina homeopática*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 64).

Cultura contemporânea e medicinas alternativas; novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, v.7, n.1, p.13-45, 1997.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D´OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, p.485-501, 2007.

MAGNANI, J.G. Discurso e representação ou de como os baloma de Kiriwana podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R.C.L. (Org.) *A aventura antropológica - teoria e pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988, p. 127-140.

MAILHIOT, G.B. Autoridade e tarefas nos pequenos grupos. In: MAILHOT, G.B., *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Duas Cidades, 1973.

MAISONNEUSE, J. El problema de la cohesión. Conformismo y desviacionismo. In: MAISONNEUSE, J., *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1986.

MANFREDINI, M. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia do trabalho e práticas*. Ed. Santos, 2005.

MARTINS, C. M.; STAUFFE, A.B. (Org.) *Educação e Saúde*. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MARTINS, H.H.T.S. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa; v.30, p.289-300, 2004.

MARTINS, S.T.F. *Cotidiano, Sentido Pessoal e Emoções: análise psicossocial do processo saúde-doença*, 2000.

MASSÉ, R., 1995, citado por TRAD, L.A.B. & BASTOS, A.C.S. 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):429-435, 1998.

MASSUNO, E. "Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero". Em BLAY, Eva A. *Igualdade de oportunidades para as mulheres*. São Paulo, Humanitas, 2002.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.9-24, 2004/2005.

MATTOS R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

MEIRA, A.R. *Sociedade e saúde*. Campo Grande: UFMS; 1997.

MELLO-FILHO, J. *Grupo e corpo*. Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

MELLO-FILHO, J. Grupoterapia com pacientes somáticos. In: OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986. p. 259-269.

MELO, J.A. *Educação: Razão e Paixão*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 1994.

MERHY, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, p.147-153, 2001.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.; REIS, A. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998, p.103-120.

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

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Caderno Saúde Pública*, v.10, supl.1, p.07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v.4, p.363-381, 1988.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONTEIRO DE ANDRADE, L.O. Construindo uma sociedade mais justa: políticas públicas para a família brasileira: saúde da família na organização dos serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, TERAPIA COMUNITÁRIA, TECENDO REDES PARA A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL, SAÚDE, EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2007. Anais III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, 2007.

MORENO, J.L. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo: Psy, 1993.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C.M.; STAUFFER, A.B. (Orgs.) *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

- MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, p.109-18, 2003.
- NASCIMENTO, M.; BRANT, F. Notícias do Brasil (Os pássaros trazem). In: NASCIMENTO, M. *Caçador de Mim*. Ariola, 1981.
- NEMES FILHO, A. Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família... *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, p.154-156, 2001.
- NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 6, p.445-450, 2001.
- NORONHA, M.G.R.C.S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, p.497-506, 2009.
- NOVELLI, P. O conceito de Educação em Hegel. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, p.65-88, 2001.
- OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 2001.
- OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Co-Produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o Território. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda, 2008.
- OLIVEIRA, M. DA S.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R. B.; CAMILO, R. L.; SCHNEIDER, D. DI G. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.16, 2003.
- OLIVEIRA, N.L.S. *Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e de educação permanente*. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Carta de Bangkok*. Washington: OPS, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Biblioteca da OMS, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda, 2008.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, p.143-146, 2001.

PAIM, J.S., 1999, citado por COPQUE, H.L.F; TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.14, n.4, p.223-233, 2005.

PAIVA, R. (Org.) *O retorno da comunidade, os novos caminhos do social*. Rio de Janeiro: Mauad Editora Ltda, 2007.

PEREIRA, G.S. O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP FIOCRUZ MS, 1993.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VALLA, V.V. (Org.). *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

PESCE, R.; ASSIS, S.G.; SANTOS N., OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.20, p.135-143, 2004.

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

PINHEIRO R; MATTOS, R.A. (Orgs.) 2. ed. IMS-UERJ-ABRASCO. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, 2003.

PINTO, M.D.G. *Cidadania e direitos reprodutivos*. Advocacy em direitos reprodutivos e sexuais: workshops nacionais – além do Cairo de Beijing: fortalecendo as organizações de mulheres no Brasil. Brasília: Agende Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento, 1999.

QUINTANA, M. *Antologia Poética*. Editora LPM, 1999.

REGO, R.A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Revista Saúde Pública*, v.24, 1990.

REIS, C.B.; ANDRADE, S. M. O. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, p.61-70, 2008.

RIBEIRO E.M.; PIRES D.; BLANK V.L.G. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v.2, p.438-446, 2004.

ROSENFELD, D. Introducción a las teorías de Sartre sobre grupos. In: ROSENFELD, D. *Sartre y la psicoterapia de los grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1971.

ROSSINI, R.R. et al. 24 de maio – Jardim Aeroporto. In: CYRINO, E.G. et al. (Org.) *A Universidade na Comunidade, Educação Médica em Transformação*. Botucatu, UNESP, Eliana Goldfarb Cyrino, Editor, 2005.

ROSSO, C.F.W.; COLLET, N. - Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> acesso em 16 fev. 2009.

RUBIA, K. *Abordagem em grupo na atenção primária: o caso do “Grupo do colesterol” do Centro de Saúde Escola de Botucatu*. Dissertação (Mestrado), Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

SANTANA, J.P. (org.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000.

SANTANA, V.S. et al. Prevalência de alcoolismo em uma área urbana de Salvador-Bahia II-variáveis sócioeconômicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.38, p.75-81, 1989.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E. A.; JUNGES, J.R. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, p.233-46, 2008.

SANTOS, M.S.D.; VELOSO, T.M.G. Alcoolismo: Representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, p.619-634, 2008.

SANTOS, L.M.; DA ROS, M.A.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):346-52

SCHALL, V. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, supl.2, p.149-159, 1999.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, supl.2, p.4-5, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência contra a mulher: interface com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.3, p.11-28, 1999.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, p.75-83, 2002.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, v.10, p.73-88, 2002.

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

SMAIRA, A. C. P. O processo de discriminação eu/outro, no grupo operativo de aprendizagem. In: *Grupo do Instituto de Terapia de Família e Casal de Campinas*, ano 2, n.2, ago., 1995.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 115-134.

SMEKE, E.L.M. Descobrindo Percursos para a Pesquisa em Saúde no Trato com o Movimento Social. *Caderno Saúde Pública*, v.9, n.1, p.39-47, 1993.

SMEKE, E.L.M. *Saúde e Democracia - Experiência de Gestão Popular: um estudo de Caso*. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

SOUZA, H. A alma da fome é política. *Jornal do Brasil*, set.1993.

STARFIELD, D. B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p.13-21.

STOTZ, E.N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, n.8, 2001, p.132-134.

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.; BORNSTEIN, V.J. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, C.M.; STAUFFER, A.B. (Orgs.) *Educação e Saúde*. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. *Revista de Administração Pública*, v.32, n. 2, 1998.

TATAGIBA, M.C.; FILÁRTIGA, V. A dinâmica na dinâmica dos grupos. In: TATAGIBA, M.C.; FILÁRTIGA, V., *Vivendo e Aprendendo com grupos*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

TESTA M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995.

THIOLLENT, M.J.M. *Crítica, metodológica, investigação social e enquete operária*, 6. São Paulo: Editora Polis, 1987. (Coleção Teoria e História).

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TOBAR, F.; YALORU, M.R. *Como fazer teses em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

VALLA, V.V. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v.21, p.177-190, 1996.

VALLA, V.V. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: VALLA, V.V. (Org.). *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VALLA, V.V.; SIQUEIRA, S.A.V. *O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população trabalhadora: educação, saúde e cidadania*. Petrópolis, 2. ed., 1996.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, supl.2, p.39-58, 1998.

VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Editora Hucitec e Ministério da Saúde, 1999.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa em saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.67-84, 2004.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VASCONCELOS, E. M. *Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde*. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.

VECCHIA, M.D. *A saúde mental no programa saúde da família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. 2006. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista.

VITTI, H.M.F.; PARENTE, M.A.; COSTA, S.M.F. *O sentido da Educação em Saúde no Programa Saúde da Família*. 2003. Trabalho de conclusão do Curso (Especialização em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista.

World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978. Implementation of the global strategy for Health for all by the Year 2000. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1994.

ZIMMERMAN, D. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMMERMAN, M.A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, v.8, n.4, 1994.

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Análise das atividades de grupo na Unidade de Saúde da Família do Jardim Aeroporto sob a percepção dos pacientes participantes

Este é um estudo acadêmico, parte dos requisitos para aquisição do título de mestre em “Saúde Pública”, havendo o compromisso da pesquisadora de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que visa descrever e analisar as atividades de grupo realizadas no trabalho de Educação em Saúde numa equipe de PSF. Os resultados não fornecerão nenhum benefício direto aos participantes, visto que o foco do estudo é a análise da influência das atividades na saúde e qualidade de vida dos pacientes. Serão feitas perguntas abertas e anotadas/ gravadas as respostas para estudo e análise posterior, não proporcionando qualquer desconforto ao participante. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição. O direito de confiabilidade – as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros depoentes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante da pesquisa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data: ___/___/_____

Local: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ___/___/_____

Local: _____

Pesquisadora: Scheilla Maria Franco Costa, rua Azalea 270.
e-mail: smariafc@terra.com.br

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino, Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695, Tel. 3882-3864, e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

ANEXO II

Músicas de uma participante do Grupo das Mulheres Vitoriosas.

A ÁGUIA BATEU ASAS

A Águia bateu asas
Preparou para voar
As Mulheres
Vitoriosas
Não tem o que
reclamar

Voa águia, deixa ela
voar
A águia tá voando
sem achar onde
pousar

Eu já levantei o vôo
Sem achar onde
pousar
Aqui em Botucatu
Achei abrigo para
ficar.

Balança meu amor
Nós queremos
balançar
O galho está
preparado
Onde a águia vai
pousar

É NO BALANÇO

Vem pra cá
mulherada, vem pra
cá
Aqui no posto de
saúde
Nós vamos nos
encontrar se você
está muito triste,
Vamos te alegrar

É no balanço pra lá
É no balanço pra cá
É no balanço pra lá
Nós vamos se
balançar

Se você está com
problema
Vamos te ajudar
Quando for no fim
do ano
Temos história pra
contar

Isso é uma terapia
Nós devemos
acompanhar
Isso faz bem pra
saúde
Mandando a tristeza
andar.

NÓS SOMOS AMIGOS

Quando eu fiz esse
repente
Foi com admiração,
Na terra que estou
pisando,
Não deixo rastro no
chão.

Nós todos somos
amigos
Nós não entra em

depressão
Conversamos todos
juntos
Alegramos o
coração.

Tudo que estava
guardado
Agora botei para
fora
Nessas palavras

cruzadas
Mandei a tristeza
embora.

Isso é uma terapia
Nós devemos
agradecer
Nós sentimos uma
criança
Faz nossa vida
crescer

Mas a ciência da
vida só Deus pode
resolver
Devemos ter alegria
de viver em união
Pedimos para Deus
do céu
Que segure em
nossas mãos.

O MOSQUITO

Deixa chover
Deixa molhar
Vira os pneus
Pra água não acumular

Olá Raimunda, pode falar
Não deixa o lixo se acumular
Que o mosquito da dengue
Nós queremos acabar

TRISTEZA NÃO VAI CHEGAR

Vou ao Fórum das
Mulheres
Tem muitas
companhias
Não quero levar
tristeza
Quero levar alegria

Vem chegando o
fim do ano
Muitas festas vão
rolar
As mulheres
vitoriosas

Todas vão se alegrar
Nesta alegria
Vamos ver o que
vai dar
As Mulheres
Vitoriosas

Juntas podemos
cantar
É alegria, é alegria
Batemos palmas
E não temos
fantasia

UM PASSO ALI

Jovem e adolescentes
Não estamos nem aí
É só ir na caminhada
Para nós poder sorrir

Um passo ali
Um passo lá
É ir na caminhada
Para nós poder sarar

Nós caminhamos na segunda
Na semana são três dias
Reúne todo mundo
Para passar as energias

Anexo III

A abertura e o fechamento das reuniões

Grupo Renascer

Abertura da reunião:

Boa Noite!

Esta é mais uma reunião do Grupo “Renascer é Vida” que teve seu primeiro encontro no dia 14 de fevereiro de 2004, na Unidade Saúde da Família do Jardim Aeroporto, com a presença de funcionários, colaboradores, pacientes e familiares.

Nós estamos aqui porque acreditamos que através de reuniões freqüentes, possamos encontrar caminhos para solucionar nossos problemas comuns advindos do alcoolismo.

O objetivo é a nossa recuperação e a de nossa família.

Temos o acordo de que:

- 1) O início e o término da reunião pode ser feito cada vez, por um companheiro que já tenha participado de reuniões anteriores.
- 2) A palavra será aberta à todos, mas cuidaremos de que um não ocupe muito tempo em detrimento dos outros. Portanto, não é nosso objetivo ouvir palestrantes.
- 3) Tudo que aqui se conversa, pede-se que não seja repetido em outro ambiente, pois é importante que tenhamos um vínculo de confiança.
- 4) Solicita-se que não se comente aqui no grupo, sobre pessoas ausentes, sobre religião, partido político ou outro assunto que não esteja dentro do objetivo do grupo.
- 5) Pede-se não contar aqui no grupo, os comportamentos negativos ou de recaída de nossos companheiros, mesmo que sejam da nossa família.
- 6) Solicita-se não cobrar atitudes do companheiro diante do grupo, mesmo que sejamos marido-mulher ou pai-filho.
- 7) Propomo-nos ser compreensivos, solidários e amigos uns com os outros.
- 8) Não será cobrado taxa ou tarefa do companheiro.

Desejamos que todos se sintam bem-recebidos no grupo.

Fechamento da reunião:

(Em roda, nos damos as mãos)

Encerramos esta reunião agradecendo a participação de todos. Lembramos o compromisso de sigilo a respeito de tudo o que foi conversado hoje.

O objetivo desta reunião é a nossa recuperação e da nossa família. Que nos sintamos fortalecidos nos nossos propósitos, que possamos apoiar nossos companheiros, que possamos ser compreensivos com nossos familiares.

Desejamos ao grupo uma boa semana, lembrando de todos que não puderam vir neste dia. Ao colega da nossa direita, fazemos nossos votos pessoais.

Até a próxima semana!

ANEXO IV

Diário de Campo

Encontro de 17 maio 2005

13 pessoas da comunidade e 5 profissionais da equipe

O que te traz mais alegria?

Festa, amizades novas, família reunida, conhecer pessoas novas, passear, sair com os amigos, viajar com a família, receber visita de amigos, encontrar pessoas, dormir muito, ir para casa no final de semana (estudante de medicina, pais moram em outra cidade), filhas não ficarem doentes, 3ª feira vir aqui, ver minha família com saúde e alegria.

O que fazemos aqui?

Temos espaço para desabafar a raiva, tristeza e angústia. Quando saio do posto, saio alegre, todos são bons, dou muito valor a isso que acontece aqui.

- 1) O meu genro está internado, ele tem 71 anos, a PA subiu, senti aperto e tristeza porque eu queria vê-lo com saúde. Há 2 dias que ele não conhece a gente, está num balão de oxigênio. Estou preocupada porque a filha está sozinha. Ela é doente, sofre da cabeça. (2 votos)
- 2) Estou “carregada” de tristeza, angústia, ódio por um problema familiar, acho que quero curtir...sou reservada, gostaria de mudar, não consigo andar. (2 votos)
- 3) Estou preocupada e triste porque tenho audiência com o juiz por causa da aposentadoria, com a expectativa do resultado. (1voto)
- 4) Meu filho de 8 anos está péssimo de comportamento na escola, ele está fazendo chantagem pois o marido mima muito porque é caçula. Não deixo ele brincar de manhã, coloco-o para ler pois ele está ruim na leitura. Quando ele faz uma barganha, me sinto sem autoridade. Marido dá comida na boca...fomos comprar pipoca à noite. É de novo que se desentorta o pepino. Marido quer deixar \$ prá ele. Outros tiveram que trabalhar cedo. Incomoda a educação que estamos dando para o filho, tenho dificuldade de combinar com marido sobre a educação e então brigamos. (7 votos)
- 5) A sogra está brigando com irmão, e meu filho de 5 anos no meio, fica elétrico. Ela quase bateu no menino, eu fiquei chateada. Mas ela ajuda financeiramente a gente. Estou triste e nervosa por causa desse conflito familiar. (6 votos)

Tema: dificuldade de combinar com marido a respeito da educação dos filhos

O pior é a quebra da autoridade, não sou mãe porque marido libera. Acontece com frequência e agora pior porque tem alterado na escola.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

- 1) O filho de 10 anos quando ajuda em casa quer dinheiro. Dou material escolar, mas ele pegou o caderno mais caro no mercado. Discuto com marido, não concordo, e na frente, ele fica bravo. Falo para ele falar com o pai quando é para homem responder. Quando conversou com marido separado do menino, então marido pediu desculpas. Quando não sabe a opinião do marido, diz que vai dar a resposta depois.
- 2) O neto de 10 anos quer tudo caro, e a filha só dá quando faz serviço, ele ajuda a levar a mercadoria e receber. Ajuda dar limites, para eles darem mais valor às coisas.
- 3) Filho de 8 anos gosta de futebol, então digo se não estiver bem na escola, não vai no SESI no final de semana. Não dou na hora, digo para esperar porque senão fica fácil, e então ele cumpre.

O que cada uma vai levar hoje?

Sou muito fechada, cada vez que venho, estou me soltando mais.

Agradeço, é a 1ª vez que venho, gostei muito.

.....
Encontro de 24 maio 2005

6 pessoas da comunidade e 2 da equipe

Flores: rosa; orquídea; qualquer cor; rosa; todas as folhagens; rosa e violeta, estou sempre ganhando; rosa branca; faz tempo que ganho.

O que fazemos aqui?

Desabafar o que se sente, quando a boca fala o corpo sara.

Quem quer se colocar hoje?

- 1) Ontem passei muita raiva porque o marido é diabético e muito estúpido. Tenho filho de 16 anos.

Ele é muito estúpido, quebrou a torneira da pia e banheiro, eu não tenho paciência. Ele gritou no telefone. Eu faço tudo limpo, comida. Ele não prestou a vida inteira. Me sinto muito magoada. Ele se aproveita, me sinto muito desvalorizada. Tenho raiva e revolta. Além dele não dar carinho ainda é estúpido. A minha dificuldade é lidar com ele assim estúpido. (1 voto)

- 2) Fico nervosa com marido porque quando eu levo ele na UNESP, ele não quer esperar. Ele fecha a porta e janelas e fuma 4 maços de cigarro. Ele fecha o portão quando venho aqui no posto, tenho que chamar 10 xs, não deixo ele me bater. A filha fala pra ele me respeitar. Falei que se ele me bater, eu vou embora com a filha. Não sei como fazer, eu tenho ódio dele. Há 15 dias dormindo separado, aí ele me agride. Tenho dificuldade de lidar com a agressão do marido. Após ter decidido não ter vida de esposa, ele piorou. Decidi não sair da casa para não perder a casa. (2 votos)
- 3) Não sei se estou sendo ignorante. Antes do marido se casar comigo, ele namorou uma moça, e ela entrou na minha cozinha e eu fiquei muito nervosa. Achei muito desaforo, não engoli, saí da cozinha e ela foi atrás, me senti invadida, muito magoada, foi muita ousadia. Ele deve ter agradado a ela, acho que eles estão saindo. Ele fala que é só amizade, mas ela chama ele para resolver problemas no carro. Eu passei pela mesma situação com o 1º marido. Sinto-me magoada, desconfiada, insegura e desrespeitada. (6 votos)

Tema: insegurança a respeito da relação conjugal

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

- 1) Dar liberdade e não dar mais carinho. Acho que prender não garante nada. Entendi quando acabou. Comecei a sair e conversar com os amigos.
- 2) Procuo ver se é aquilo mesmo que desconfiei, pergunto e ele sempre conta. Sonhava que ele estava me traindo. Depois via que não tinha nada a ver. Me sentia segura porque ele me chamava e ia no lugar que dizia, conhecia as amigas. Por um tempo me sentia segura.
- 3) Ter paciência.
- 4) Procuo ser bem carinhosa, não dou moleza, de vez em quando pego, não solto.
- 5) Ele me largou com filha de 5 meses, depois voltou, e aí depois de 3 meses, teve derrame e não fala mais. Fiquei chorando, quem me deu força foi filho de 12 anos.

.....
Encontro de 31 maio 2005

13 pessoas adultas da comunidade e 1 criança de 10 anos

Quem quer se colocar hoje?

- 1) O que me incomoda é barulho de criança e a sujeirada no quintal, tem que limpar cedo, fico com raiva e já estouro.
- 2) Sou nervoso com música, me dói a cabeça, não consigo ver jornal, e a família fica me desfazendo, dizem que já estou velho. Vou dormir mas dá vontade de sair correndo, que nem meu pai saiu no mundo e eu não conheci. O pior é falar e ninguém atender, não ser considerado, receber o desprezo.
- 3) O filho está desempregado e foi lá para casa, com os 2 netos. São mais 4 bocas. Não tinha PA alta, só tinha diabetes. Se eu trabalhar, recupero mais fácil, mas não consigo. Quando estou no sítio, melhor. Eu sou exigente com as coisas no lugar. Filhos não tem vício. Mas o filhos se acomodaram. É pior ficar afastado do serviço, sei que estou empregado mas não posso exercer minha profissão, fico deprimido. Dá tristeza e ansiedade.
- 4) Em 1974 eu casei, tinha 28 anos, trabalhava na Hidroplás, parecia que não tinha nenhum problema, as crianças andavam bem arrumadas. Os filhos foram bem criados. Não existe cobrança verbal para eu levar dinheiro para casa agora. Filho não consegue emprego, vagabundo mesmo, vai prá cozinha...filha quer ter dominância, a própria mãe acha que ela é mais responsável que todos nós. E aí dizem que ele é assim porque o pai acoberta. Magoa muito, quero ser útil. Até esposa fez empréstimo para eu bancar conta. Me sinto inútil, minha palavra não tem peso. O pior é não ser respeitado, sente-se magoado.
- 5) Filho pediu cheque para comprar aliança de 700 reais, estou deprimido, pagando coisa que não é minha. Ele pediu emprestado um violão e vendeu. Estou tirando de casa para cobrir o cheque dele. Estou desempregado com 48 anos. Dá tristeza porque o filho está andando fora da linha. (10 votos)

Tema escolhido: dificuldade de dar limite para o filho

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

- 1) Meu filho trabalhava no posto de gasolina e ficou desempregado. Comprou um carro financiado de 300 reais por mês, emprestou, bateu e pegou fogo, deu perda total, ele não pegou opinião do pai. Outro filho deu cheque para ele. Falei que ele deve sair da minha casa.
- 2) O filho do meu ex-cunhado era cobra criada, sem limites, o pai dava tudo, até que quis uma moto, raspou a numeração, depois carro, até que a polícia pegou, foi preso e cumpriu a pena. Hoje casou e leva uma vida decente. Precisa impor regras, quem manda na casa é o pai. Este recebeu o limite da prisão.
- 3) Eu esbanjava, ganhava fácil, fazia contas, tinha que assumir. Hoje, filhos que pagam. Dei péssimo exemplo, agora dou colaborada com filhos. Recebi o PIS, paga telefone. Não deve fazer exagerado senão aparecem as dívidas.

BEM COM A VIDA

01 dez 05

10 pessoas – 6 mulheres e 4 homens doença?

alimento gorduroso e sal; comer mal; stress e desemprego; carne animal e doce, fumo, álcool, café, sal; gordura entope veia; falta de amor; cigarro, stress, medo, preconceito, insônia, tristeza, muito nervo; guerra, gordura, fome, falta de confiança em si mesmo; preocupação com filho; tristeza; solidão, abandono, saudades; falta de trabalho.

saúde?

estar bem com a vida, tomar os remédios certo, estar em paz; trabalhar, comer e dormir bem; ser mais nova tem mais saúde; procurar sorrir e conversar, procurar resolver os problemas; festa, estar com quem a gente ama, ler um bom livro, trabalhar, não consumir drogas, procurar fazer tudo que nos faz bem exercícios, passear, trabalhar, brincar, ter amigos, sorrir, estar feliz; dinheiro no bolso sem precisar de arranjo com os outros, e quem tem dinheiro resolve os remédios, estar com filhos, netos, rezar para Deus dar bons tempos.

BEM COM A VIDA

15 dez 05

11 pessoas

alimentação não exagerar na gordura; não sabia que tinha pressão alta; tenho pavor de andar porque andei muito quando criança.

saúde?

reunião da comunidade, não ficar isolado, viver em comunidade, participar dos grupos, caminhada, bordado, AA; descansar porque estou trabalhando demais, faz bico para fora; alegria e amizade; sentar e ficar sossegadinha; natureza, amo as plantas, flores, bordado; não gosto de muita gente, barulho, conversa só um pouco com poucas pessoas; cantar, tocar violão traz alegria; não gosto muito de ficar sozinha em casa; paz e amor, brincar com criança, sem briga em casa; não durmo com barulho, luz acesa; ter alegria é um grande prazer na vida, a vida é repleta; estar de bem com a vida, diversão causa saúde, forró; trabalhando.

Encontro de 14 agosto 2006

12 pessoas da comunidade

8 mulheres foram no Fórum das Mulheres no Jardim Peabiru

Combinamos sobre a confecção da camiseta, lugar onde será feita, as responsáveis, e o que vai ser escrito: Mulheres Vitoriosas, Botucatu.

Apresentação pelo nome e alguma coisa boa que aconteceu ultimamente:

1) fiz aniversário, ganhei presente, fui bem aplaudida, uma surpresa (homenageada, abraçada, e colocaram meu nome...); 2) vi o céu cheio de estrelas; 3) filho conseguiu trabalho; 4) mudei de cidade há 2 meses (veio de Promissão) 1ª vez no grupo; 5) estar com saúde; 6) viajei e vi avós; 7) visitei a mãe e o filho (antes me sentia impedida de ir na casa dos parentes por causa do marido); 8) no mês passado fiquei com a neta (ela estava de férias); 9) fazer o estágio em Saúde Pública; 10) consegui pagar as contas; 11) vou pescar novamente; 12) estar com saúde; 13) o meu exame deu negativo (neurológico) 1ª vez no grupo; 14) vi o céu cheio de estrelas; 15) há uma semana que faz sol e calor, e eu gosto.

Música Bem-vinda para as participantes que estão vindo pela 1ª vez.

Aniversariantes do mês: ...

O que fazemos aqui?

Espaço para desabafar, contar angústias, raivas...

1) trabalhei num emprego por 19 anos, dediquei minha vida, e a nova chefe me chamou de incompetente, e eu estava somente seguindo o estatuto. Minha PA subiu, tirei licença e não voltei.

Quero me liberar da perícia, não quero conviver com a chefe. O sentimento é de mágoa, injustiça...dei a minha vida. Me sinto injustiçada, não sei como lidar se for trabalhar lá de novo. Tenho raiva, ela pisou...

2) acho que estou com problema sentimental, perdi o apetite e estou com muito sono, melancólica, choro sem parar. Houve falta de correspondência. Tenho dores nas costas. Foi uma paixão há 1 mês, fiz planos. Há 2 dias ele não quer me encontrar. Sinto uma tristeza por decepção amorosa.

3) meu filho foi morar há 6 anos com o pai, no norte, e há 3 meses voltou doente de câncer no estômago. A angústia e tristeza maior, o pior é que o marido é alcoolista, vive violência em casa, isso é pior que doença.

4) o segurança do serviço começou a se intrometer na minha vida, e fiquei mal. A diretora da escola quer me transferir para César Neto, eu não quero ir para lá. A chefe parou de conversar comigo. Eu fazia tudo, agora só faço o mínimo. Chego e cumprimento. Dificuldade de relacionamento. Sentimento de ser desvalorizada.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Injustiça no trabalho (ESCOLHIDO); 2) Tristeza por decepção amorosa; 3) Violência doméstica; 4) Desvalorização no trabalho.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1) fui por 3 anos auxiliar de sala de aula em escola particular, o chefe era insuportável, tudo o que eu fazia, ele punha defeito. Falava que eu era incompetente, quase entrei em depressão. Saí de lá e arrumei outro emprego.

2) doméstica, a patroa queria que tudo ficasse pronto até as 9 horas. Larguei emprego, achei humilhação.

3) me sinto desvalorizada em casa, pelo marido e filhos. Eu aguento, faço que não ouço, vou aguentando até explodir. Depois ele vêm me agradando. O que me ajudou foi participar deste grupo.

4) a chefe humilha a todos, fico estressada lá e descontro em casa.

5) se acontece isso, eu peço a conta e vou procurar um serviço no mesmo ramo.

O que cada uma vai levar hoje? (não anotei)

.....
Encontro 4 setembro 2006

14 participantes da comunidade

Apresentação com o nome e o que fez de bom no final de semana:

1) fui para o rancho; 2) viajei; 3) fiz almoço para a sogra; 4) fui num aniversário na Chácara em Rubião;

5) (1a) passei em casa com a família; 6) rezei terço na Casa dos Meninos; 7) passei com a família, conversei com uma irmã amiga que considero mãe; 8) fui pescar (casei há 7 meses); 9) fiquei em casa e o marido ficou bonzinho; 10) (1a) passei com a família; 11) fui visitar irmã em Bauru; 12) (1a) fui visitar a filha doente, foi bom estar com ela; 13) (1a) pode contar com a ajuda da mãe; 14) cuidei de mim; 15) depressão, com vontade de matar, mas fui no culto; 16) cozinhei para os políticos como voluntária, conheci bastante gente, prefeito, governador.

Aniversariantes: ...

1) estou com problema de saúde que está interferindo no trabalho, depressão. Perdi a mãe há pouco tempo, o pai é morto há tempos. Mãe aposentada, vivia doente sem apoio da família, foi uma perda grande.

2) neto não quer ir para a escola, com 7 anos, o genro faleceu há 1 ano por acidente. Tenho dó e preocupação.

3) perdi filho de 29 anos. Todo domingo vou ao cemitério, há 11 anos. Bandido o matou. Fiquei 2 meses bem mal. Não é revolta, eu sempre cuidei bem, eu falei para ele não ir no bar jogar sinuca, ele brigava com colegas. Saudade.

4) houve mudança na minha vida, era estabelecida...há 15 dias houve tentativa de assalto em casa. A perda maior foi a morte do pai há 1 ano, ele tinha diabetes, hipertensão e câncer de próstata. Eu tenho medo de câncer.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Perda/morte familiar; 2) Preocupação com familiar (ESCOLHIDO); 3) Medo de doença (câncer)

Esclarecimento sobre a preocupação familiar da Josefa: O neto não tem entendimento, é difícil de conversar. Falo que a vida continua, que ele tem que crescer, cuidar da mãe. Não sei o que fazer para ajudar.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1) - quando o marido estava paralizado por problema de bebida, eu ficava sentada perto dele. tinha muita força de vontade, coragem, sentia Deus ao meu lado. Tinha persistência no desejo dele ficar bom. Fazia tudo certo para não ter remorso. Sempre estava "correndo atrás" para as coisas darem certo.

2) - quando o marido ficou doente, 41 dias após ter tido infarto, consegui me controlar, conversava com as pessoas, ia me distrair, passear, fazia o que dava na cabeça, comer, vestir, vivia o presente.

3 - quando a filha caçula perdeu a gravidez, aceitei o movimento da vida. Deus me deu compreensão. Às vezes a perda de um ente querido também é libertação.

4) - adotei criança com Síndrome de Down. Conheci o pai da criança. Nem os tios queriam. Hoje ela tem 19 anos. Mas os primeiros 3 anos foram no Hospital, pesava 2 kilos, foi para o INCOR, não tinha como passar por cirurgia, teve 50 pneumonias. "Hoje não consigo pensar em ficar sem a Raquel". O que me ajudou foi que os médicos me deram muita força, até que ela foi engordando. Lutei, não desanimei. Cuido muito bem dela.

O que vai levar de bom hoje? O que aprendeu?

- vir aqui foi bom, com colegas;

- amor não é só em família, descobri amor em todos os amigos, vizinhos, juntos vamos vencer;

- essa mãe é muito corajosa;

- amor de todos;

- amor vence montanhas;

- espero contar com o amor de vocês;

- essa mulher é valente, tem amor grande, é super vitoriosa;

- aprendi a não desistir nunca;

- aprendi a não desistir do que se quer;

- palavra amiga ajuda;

- fé;

- não via a hora de estar aqui;

- agradeço a todas.

Proposta da AAA: Visita às colegas do grupo.

Gostariam de receber em casa as colegas: 7. Gostariam de ir na casa das outras: 5.

.....
Encontro 11 setembro 2006

12 participantes da comunidade

Aniversariantes do mês: 7

1)mora 8 pessoas lá em casa, 3 adolescentes, o pior é uma que tem problema de PA. Hoje já fui ao PS. Se ela vai para escola, fico preocupada, desde os 12 anos. Está com 18 anos. O moço que ela namora tem moto. Tenho medo de acontecer um acidente com a filha na rua.

2)filha está obesa, ficou magoada com médica homeopata que disse que a menina não tinha problema nenhum. Sentiu-se ofendida, mal tratada, desrespeitada. Tem raiva por ser mal atendida no Posto de Saúde.

3)filha mora nos fundos da casa, e o genro sai para trabalhar às 5 da manhã de bicicleta, e à tarde, ele vem de ônibus, e é a filha que vai buscar a bicicleta. Não posso falar nada. Ela deixa as 2 meninas em casa. Penso que pode acontecer algo ruim, como agressão ou roubo, sequestro. O genro fala que não enxerga à noite. Tenho preocupação e medo de acontecer alguma coisa com filha na rua, quando ela está de bicicleta.

4)tenho neto de 7 anos, mesmo que o DNA diga que o meu filho não é o pai, foi ele que deu o nome. Filho foi no advogado para saber o que faz. A mãe da criança diz que é meu neto. O meu filho é casado, e a nora acha que estamos incentivando essa história, eu não ia contar. Ela ainda não sabe de tudo. Estou preocupada disso abalar o casamento deles. A mãe do menino está o tempo todo lá em casa. A nora pode achar que é provocação. Sinto preocupação à respeito do casamento do filho, medo de perder o neto.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Medo de acontecer acidente com a filha; 2) Raiva por ser mal atendida no Posto (ESCOLHIDO); 3)

Medo de acontecer alguma coisa ruim com a filha; 4) Medo de perder o neto, por situação jurídica.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)no banco quando pedi cartão e demorou 6 meses, falei que ia denunciar. O problema é que as pessoas passam por problemas e ficam caladas. Me ajudou falar que iria atrás dos meus direitos, se o meu pedido não fosse atendido.

2)fui mal atendida pelo médico no INSS, na hora não falei nada para ele. Mas depois fui no consultório e falei tudo, e ele me pediu desculpas. Para mim ajudou falar no momento mais adequado.

3) aqui na recepção me atenderam muito mal quando estava grávida, me falaram que não tinha mais vaga com a enfermeira. O atendente disse que não sabia quem ia me atender. Eu não fiz nada porque se fosse desabafar ia passar mais mal ainda. Falei só com o marido. Fiquei internada por uma semana, o filho nasceu de 7 meses.

4)há 12 anos compro numa loja, nunca atrasei as prestações, e sempre tinha que renovar o cadastro. Falei que isso não era possível, quebrei o cartão. Por erro do caixa, mandaram meu nome para o SPC. Me ajudou reclamar, mandaram um cartão novo para mim.

5) o médico do ARE grita com as pessoas, fez cirurgia do ouvido da minha filha e não valeu. Eu saí quieta, fui para a UNESP.

O que cada uma vai levar hoje? (não anotei)

.....
Encontro 18 setembro 2006

16 participantes da comunidade

6 participantes de 1ª vez:

1)era casada com outro, ele não bebia mas batia muito em mim. Deixava o filho bebê com a filha de 4 anos para trabalhar. Fiquei casada 26 anos, depois larguei. Tinha medo de arrumar outro marido. Esse agora é maravilhoso, não me deixa nervosa, coloca o pagamento na minha mão, sustenta a casa. A filha está casada com um maconheiro e caiu na droga. Tenho neta de 4 anos. Eles moram em Americana. Tenho medo deles deixarem a menina e acontecer algo com ela.

2)há 1 mês parei de fumar, fiz o tratamento por 1 ano, minha vida mudou, ganhei 6 quilos. Melhorou o nervoso e a tosse. Não briga mais com o marido. Fumou por 33 anos. Estava participando aqui do grupo e já queria parar de fumar quando vi um cartaz na faculdade e fui atrás do tratamento.

3)os filhos brigam, se estapeam. Fiquei até doente, preocupada, sem coragem de nada. Medo de um matar o outro. Tem 2 netas pequenas, de 3 e 1 ano.

4)filho de 12 anos vai na psicóloga, não consigo me entender com ele, é desobediente, não adianta castigo. A filha de 7 anos é certinha. Ele não lição da escola. Piorou há um ano. Tenho tristeza porque queria que ele fosse diferente, e tomo atitude que não quero...

5)há 2 anos com anti-depressivo, tenho medo de ficar dependente de fluoxetina. Tenho filho de 10 e 13 anos. Comei a lidar com meus problemas sozinha, separada. Queria dar conta. Com problemas no trabalho e as contas apertadas, deu crise. Sou cozinheira. Crise de "nervos". Não estava dando conta. Não conseguia dar conta da minha vida, começou a atacar meu organismo, não era de faltar no trabalho, tive que ser afastada, com nervosismo, falo sem controle com o patrão, não esconde mágoas para chefe. Com dor na coluna e preocupação de perder o trabalho. Medo do futuro porque tem 2 filhos.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Dificuldade de cuidar da criança quando tem situação de dependência de álcool ou droga e violência na família (ESCOLHIDO); 2) Medo dos filhos se agredirem; 3) Medo de agredir o filho.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)sou baiana, vim para Santo André há 38 anos, e em Botucatu há 13 anos. Não me acostumei, sempre querendo ir embora. Vim com 3 filhos de 6, 8 e mais a Mônica. O marido sumia atrás do gado, gostava de rodeio, saía de casa e não falava aonde ia. Isso me acabava. Ficava acordada de madrugada. Passei no médico da CECAP, (ginecologia), tinha medo dele fazer errada, não sabia onde andava.

Os filhos não me obedeciam, levei no Postão, na psicóloga com 14 anos. Eu acalmei, mas estava sempre aconselhando. Até hoje falo, não xingo. Eles nunca ganharam puxão de orelha.

O marido faleceu e fiquei com 4 filhos. O que me ajudou a criar os filhos, foi sempre estar próxima,

2) o irmão foi para as drogas, convencido pelo tráfico, sempre rondando polícia perto dele. Ficou preso por 4 anos. A esposa dele com 3 filhos, uma de meses. Mãe socorreu a família. Hoje ele trabalha e faz tratamento. Ele procurou ajuda e a família também ajuda. O que acho que ajudou foi o amor, carinho, atenção e união da família.

3)tive 7 filhos, só 1 me deu preocupação. Tenho 1 filha solteira com 6 cursos, 2 filhos casados. A 1a filha morreu de leucemia. Tenho um neto de 21 anos e não tenho preocupação com ele. Tem um filho pastor. O que me ajuda é ver os filhos trabalhando, com alegria, deles terem juízo. Sempre dei atenção e carinho.

O que cada uma vai levar hoje? (não anotei)

OBS.: As camisetas foram distribuídas para 16 participantes.

.....

Encontro 21 setembro 2006 * Grupo de Homens: 1a vez

10 participantes da comunidade

Apresentação com nome e o que espera deste grupo:

1)parei com a bebida, colesterol está bom, sou cantor, gosto de música; 2) eu tive uma vitória grande (depressão) por isto estou aqui; quero oferecer aula de violão para qualquer idade por R\$ 10,00 por mês, às 11:30 h de domingo, na capela, rua 4; 3) amizade; 4) amizade; 5)costuma se trancar em si mesmo, aqui pode conversar, se conhecer melhor; 6)também é de se trancar. Na amizade a gente recebe e dá; 7)já participou de grupo em Bauru, com 180 pessoas, com problemas diferentes; 8)amizade; 9)quer descobrir o fundo do universo dos homens; 10)receber as experiência e oferecer acolhimento; 12)espero ver a capacidade de continuidade de ficar no grupo e oferecer meu conhecimento; 13)quero ajudar a resolver os problemas da nossa comunidade. Homem gosta de ficar fechado, a gente não se manifesta, tem medo de falar, de colocar um problema que está surgindo no bairro; 14) - meio esquecido.

1)triste pela nota baixa do filho, chamei a atenção, não tenho coragem de bater. Ele vai para o Projeto Tiro de Guerra. Lá as crianças são desobedientes. Tem professor de educação física, aula de disciplina. É uma gritaria na sala de aula. Fez a inscrição há 1 ano, e a matrícula é hoje. Ele acha que estou castigando colocando no projeto. Também vou sentir falta dele, estou acostumado com ele em casa. Fica vazio. Me dá preocupação. Tenho dúvida se fiz certo.

2)tenho um sonho que é sair o processo da aposentadoria, entrei em 2001 com o pedido. Telefonei para a advogada, corro atrás. Vai fazer avaliação da operação na UNESP. É capaz de não morrer se pular do alto e morrer do coração. Era mais apreensivo quando a mulher estava viva. Estou ansioso pela aposentadoria.

3)faz tratamento para depressão há mais de 2 anos, tive crises de internar. Aborreço não poder ajudar a esposa em casa. O homem é que tem que manter a casa. Ganhei muito peso neste tempo. Quero cumprir as obrigações de homem. Sinto indignação por não poder ajudar à esposa.

4)tenho uma doença que causou discriminação, muito problema. trabalhava na pizzaria, e a cliente pediu para eu tirar a mão para não pegar doença. Isso me dá depressão, pior no começo há 2 anos, não é vitiligo. Sinto-me rejeitado, triste. Procurei advogado e me afastei do trabalho. Não podia falar nada. O pior é o preconceito.

5)tenho 2 meninos que se afastaram da escola, eles resolveram sair de casa, fui atrás do mais velho com 17 anos e trouxe de volta para casa. Ele não gosta de fazer nada, eu obrigava a arrumar a cama. Estava usando droga, ficou 3 dias em casa. Faço o possível para fazer o serviço de casa, não gosto de ver coisa suja, mandei o filho passar pano no quarto dele, ele começou a discutir, falei que ia dar um tapa, ele me enfrentou, eu segurei, ele saiu de casa de novo. Não sei se sou exigente demais.

Sinto indignação com a sociedade, porque a gente procura apoio e não tem. Até mesmo nos parentes, nos serviços, sem achar solução, sentindo-me sozinho. Não consigo apoio de nenhum lado.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Dificuldade de educar o filho; 2) Dificuldade com o sistema previdenciário; 3) Indignação por não poder manter a casa, por estar doente; 4) Dificuldade de lidar com o preconceito social e discriminação em relação à doença; 5) Dificuldade de apoio em relação à dificuldades apresentadas pelos filhos (ESCOLHIDA).

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)hoje dependo dos filhos. Quando a esposa morreu, pensei que o barco tinha afundado, vi que os filhos estão comigo. Ganhou respeito quando fez o tratamento para alcoolismo. Isso ajudou.

2)tenho filho de 18 anos que não quer estudar nem trabalhar, só passear. Falo para ele estudar e trabalhar. Há 3 anos sem estudar, levei para o SESI. Agora não quer nem futebol e exercício. Meus irmãos e irmãs tem dado apoio aconselhando ele. Sou Testemunha de Jeová, estou aprendendo a ter paciência, conversando mais com ele para ver se toca no coração. A avó ajuda pagando para ele fazer

algumas coisas. Ele acha que não tem que ajudar na limpeza da casa.

3)Tenho 4 meninas, e a esposa tem problema de saúde. Elas não querem ajudar, ficam vendo TV no quarto, não dormem na hora certa, estão sem limites. A mais velha entrou na computação, e ganhou R\$ 30,00 por mês. Tenho pulso firme, se quiser ir, tem que desligar a TV. A partir desse dia, ela mudou.

4)o que acho que ajuda é criar uma relação ao "pé de ouvido". Conversar, brincar, ficar próximo da filha.

5)bebi entre os 23 e 30 anos, então chegava bêbado, mas nunca fui agressivo com os filhos. Com esse agora, quero colocar num projeto para ocupá-lo, não sou agressivo com ele.

6)fiz muitas tentativas de me aproximar do filho. Tem muito amor. Aconteceu que ele arrancou uma plantinha que era remédio e eu dei um tapa. fiquei chateado porque dei um tapa.

O que cada um vai levar hoje?

.....
Encontro de 25 setembro de 2006

21 participantes da comunidade

1)angústia, o médico quer me dá afastamento, e eu não quero parar de trabalhar.

2)dificuldade de me adaptar à mudança de residência, me sinto sobrecarregada com os afazeres da casa.

3)há 8 meses longe dos parentes. Sinto vazio, tristeza, saudade da mãe e avó.

4)estou há 1 ano e 7 meses afastada do trabalho, sou dama de companhia há 4 anos. Tenho dor de cabeça e dor de estômago. Não aguento ficar parada, tenho dor na coluna. Não consigo me movimentar. Há 2 anos com companheiro, antes sozinha. Não entendo porque na hora que pode ser feliz, fico doente. O que está me travando?

5)neta ficou grávida e a filha a colocou para fora de casa. Há 10 meses que não a vejo, ela perdeu a criança com 4 meses, tenho preocupação e angústia.

6)neta de 21 anos, mãe fez fofoca, eu sempre apoiei, registrei no nosso nome. Magoada porque ela não entendeu que eu quero bem. Ela não fala comigo.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1) Angústia por achar que não devia parar de trabalhar; 2) Tristeza e solidão por mudança de residência e sobrecarregada pelos afazeres da casa (ESCOLHIDO) ; 3) Saudades dos parentes; 4) Dificuldade de perceber o que está deixando-a doente; 5) Preocupação com parente.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)quando fui morar fora do Brasil, coloquei marido e filhos para me ajudarem na cozinha, assim não me sentia sozinha.

2)filha não me obedece, tem muita briga. Choro sozinha. Ajuda quando desabafo.

3)conversei em casa, pelo menos a pia está limpa. Me ajuda ficar calada na hora. Vou dar volta na praça, sair sozinha, vou na biblioteca ler, vou no cinema, tomar sorvete. Fazia hidroginástica. Fui muito cobrada.

4)fazia tudo em casa, quando os pais foram para o Japão, dividi as tarefas com os irmãos, comecei a dar chique.

5)tenho 4 meninos, deixava tudo para fazer à noite, e isto foi me estressando. Agora quem quiser comida tem que fazer. Não lavava as roupas. O marido foi fazer janta. Então as dores foram desaparecendo.

6)irmã não limpa o quarto. eu ensinei aos filhos a se virarem. Não bato, mas deixo a bagunça no quarto deles. Dou limites. Fico mais tensa quando não brigo, dá depressão. Ajuda ficar com namorado, passear, ter o apoio das pessoas, assistir TV e conversar.

7)me ajuda cantar.

O que cada uma vai levar hoje?

.....
Encontro 2 outubro 2006

4 participantes de 1a vez

1)dificuldade relacionamento com filhos.

2)sinto-me desconsiderada pelos familiares.

3)quero fazer serviço e não posso. Casada há 18 anos. Marido não entende que estou doente por depressão há 4 meses, está magoada, angustiada. Ele diz que vai me internar.

4)estou me tratando há 2 anos, tive perda da consciência, problema neurológico, e não fiquei boa, não

consigo cuidar dos filhos. Sofro também porque mãe é alcoólatra e não consigo ajudá-la.

5)estou sem casa para morar. Nunca ficou pela rua, é a irmã mais velha. Perdi filho acidentado, deram terreno para mim. Passei finados longe e invadiram a casa. Há 1 ano está na casa dos filhos. Acha que foi injustiça ter perdido a casa.

Qual o tema que tem mais a ver com vocês?

1)Dificuldade relacionamento com filhos; 2) Sentir-se desconsiderada pelos familiares; 3) Falta de compreensão pelo marido do seu problema de saúde; 3) Não conseguir ajudar à parente alcoolista (ESCOLHIDO); 4) Problema de moradia, sente-s injustiçada por ter perdido a casa.

A participante que colocou o tema escolhido quer completar: tenho sensação de tristeza, estou doente, e também minha mãe é alcoólatra. Ela mora em Sorocaba, cresci com avó, fui conhecê-la há 6 anos, ela veio me conhecer. Ela tem 41 anos. Tenho muita mágoa do meu pai que não deixou eu vê-la. Não sei como ajudá-la. O pai não tinha condições de cuidar de mim, fui morar com avó com 9 meses.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)fui criada como homem bêbado, casei com 19 anos, separei, e agora outra vez... O que me ajuda é sentir que Deus está comigo; ter coragem; me cuidar: tomar os remédios, cuidar dos negócios, cuidar da casa: não deixar a tristeza tomar conta; rir com os amigos; caminhar; estudar; fazer as compras; passear na casa dos filhos.

2)filho de 35 anos bebe ; há 8 meses que trabalha e bebe mais, ele não quer tratamento. Entreguei na mão de Deus; fiz tratamento para parar de fumar; melhorou relacionamento com marido; participo deste grupo; vou passear com irmã na cidade.

3)pai bebia demais, mãe tratou dele até morrer, eu também cuidei dele até morrer. Irmão também bebia, até que morreu 2 meses após ter largado a bebida. Deus me ajudou, eu rezava, internava quando o pai ou irmão ficava violento. Eu também bebia em nova, ganhei uma criança e depois do batizado, ela morreu. Parei de beber com uma receita de uma amiga, há 21 anos.

4)eu bebia quando tinha filhos pequenos, até que conheci o marido atual. Eu parei depois, e ele continuou. Ele chegava fora de hora, quebrava tudo, eu me protegia. Na 4a vez, eu bati nele, então ele nunca mais agrediu. Eu parei de avisar onde ia.

5)quando o marido vinha me agredir, eu corria para fora de casa. Tinha fé em Deus, não xingava ele senão piorava mais. Há 3 anos que ele não bebe mais.

.....
TC 9 out 06

1) o filho está morando longe há 2 anos, em Campo Grande, por emprego, cobrador de ônibus. Mandei carta há 8 dias. Estou sem notícias há 6 meses, quero notícias dos netos gêmeos de 13 anos, um deles vai ser operado do ouvido, perdeu 75% da audição. Tenho preocupação porque estou sem notícias dos familiares distantes. (0)

2)tem problema de saúde há 2 anos, atinge o corpo todo, está muito nervosa, tem dias que fica parálitica. Está com medo de ficar enferma na cama, de ficar dependente. Preciso de meu salário para viver. Médico do INSS recomendou um serviço leve. Não consigo nem limpar a casa. Sinto-me desprezada pelo médico, muito rebaixada, humilhada, sai chorando. Tenho mágoa, como não tivesse nada de doença. (7)

3)há 6 meses atrás perdi uma irmã. No sábado agora perdi um irmão de IAM com 64 anos, não sabia se ele tinha pressão alta. Estou triste, com coração doendo. Irmã chamava por mim, mas não pude ficar com ela porque eu já tomava conta do marido. Sente mágoa porque gostava dela...Tristeza. Ela foi descuidada, eles arrancavam-na da cadeira, ela não tinha forças. Tenho revolta porque estava sendo pago clínica particular. Comentou-se que batiam nela. Revolta porque familiares trabalhavam fora. Processamos a clínica porque não cuidaram dela direito. (4)

4)cunhado abriu prestação no meu nome e não está pagando há 3 meses, e eu também não posso pagar. Tenho medo de perder a minha casa. Ele sempre pagou direitinho, o problema é na firma dele. Eu não sabia, estou aborrecida, aflita. Assumi a dívida do cunha do e não sabia que ele não poderia pagar, estou aflita, com medo de perder a minha casa. (1)

A participante que colocou o tema escolhido quer completar:

Não falei o que queria, na hora chorei, eu engoli. Há 2 anos, eles só me dão alta, até que voltei a trabalhar. Quando reabro o processo, fico sem receber, com contas atrasadas. Outras pessoas de fora, me magoam. Não queria estar aqui, doente. Sempre fui trabalhadeira, até trabalhei na roça. Importante a

consideração. Se um serviço não era bom, se era humilhada, eu saía. Sinto-me humilhada, com raiva. Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

1)estou lutando na mesma situação. O que me ajuda é fazer a caminhada, ir no grupo de artesanato, conversar com os velhinhos, aí vou me sentindo útil, também fiz amizade com a professora, ajudo os velhinhos, aí vejo que a gente tem valor, e recebe o amor deles. O INSS humilha a gente para voltar a trabalhar.

2)marido fala e me deixa no tapete, eu também falei até ele pediu perdão, eu não merecia. Me apeguei num assunto íntimo, comecei a ler assuntos bons, procuro ajudar aos vizinhos, leio a Bíblia. Comecei a sentir meu valor, Deus me ama. Eu me achava que não servia para nada, que sou feia mesmo, hoje estou bem.

3)com marido no INSS fiquei 5 meses sem receber. Faço minhas vendas, de roupas e outras coisas, não passo aperto.

4)dentro de minha casa eu tinha medo. Agora eu estou gostando mais de mim. Agora não dou bola para o que o marido fala, vou visitar parentes. Agora estou com mais força. Agradeço ao grupo aqui, a caminhada. Converso. Agora é a minha casa, não peço ordem.

.....
TC 16 out 06

o que gosta de fazer: passear com a família; ir para São Paulo ver a família; comer, cantar; cozinhar; artesanato; pescar; comer, beber, dormir; atividade para fazer alguma coisa e assistir novela; mexer flores e verdura.

1)filho de 24 anos saiu de casa, estava noivo e não deu certo, e apareceu 4 AM com nosso carro batido. Ele mente, não pergunto onde estava, ele vai pagar o conserto, não usa bebida, tem más companhias. Estou desanimada, me preocupo com ele, penso coisa ruim, e já aconteceu várias vezes, uma vez um acidente grave de moto. Tenho raiva do filho porque demora em dar notícias e do marido porque não me deixa dormir. (2)

2)sou muito família, genro gritando com neto de 9 anos, ele não é o pai, tentei ficar calada. Vontade de ir pegá-lo pela garganta. Me fez mal, amorteceu minha boca. Não sei o que fazer, se brigo, se falo, se ligo para o Conselho Tutelar. Sinto raiva e tristeza. Da outra vez, saí sem falar, e eles se sentiram ofendidos. Tenho raiva porque não é justo. Raiva do genro. Dificuldade de lidar com a raiva do genro. (2)

3)genro que estava preso há 1 ano e 4 meses, conseguiu sair no dia das crianças, e não quer voltar, e teria a liberdade no fim do ano. tudo que filha fez por ele. Ele liga às 4 am. Tenho preocupação com filha, pois essa é a 4ª vez que separam, o genro é pilantra. Apesar de tudo que aconteceu, a filha acaba voltando, cedendo. Ele é irresponsável. Preocupação com filha que cede ao marido pilantra. (2)

4)nervosa porque meus são separados, a mãe está longe, em Paranapanema e o pai em Maganguá. Ele, pai, não dá notícias há 8 meses. A sensação é de abandono desde a separação, eu tinha 13 anos (agora 26). Quero falar com ele. Quando vejo, agrado ele. Agora só penso em comer, comer, comer. Tenho saudade, angústia, mágoa e raiva. Casei aos 16 anos.

- Perguntou para mãe pq separação? (grupo)

Ele saía com mulheres, ele batia nela. Falava para ela largar, via o sofrimento dela. Tem 4 irmãos.

- Tem raiva de xingar o pai? (grupos)

Pq poderia ter mais, sente o abandono ainda, são 5 filhos apegados, eu aceitei que ele tivesse outra mulher.

Tenho 2 filhos, aceitei problemas com a separação.

Não aceito a ausência do pai, tenho mágoa e raiva. (4)

Pai era carinhoso, uma época ia pescar, fazia piquenique, depois foi mudando. Bravo, ruim dentro de casa. Arrumou a outra e foi embora.

Não entendo a ausência dele, fiz tudo para se aproximar.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

- 1) mãe ficou 3 anos longe – tia disse que ela ligava e avó não deixava falar. Nunca tive coragem de perguntar para pai. Até que encontrou a mãe e nós choramos. Com 22 anos, nunca enfrentei. Não nos revoltamos, tem outra família, mãe refez sua vida. O que ajudou: foi muito na igreja, no começo achei que a mãe não procurava, depois vi que a culpada não era ela. Ajudou rezar bastante.

- 2) meus pais brigavam, fazia mãe lavar camisa para ele sair com amante. Via a cara feia da mãe, ela contou depois que casei. Ela corria dele, ele queria bater nela, com revolver. Ele dizia que já tinha filhas que cuidavam dele...Para mim ele era um pai excelente, não tinha coragem de perguntar porque ele batia na mãe. Eu não esquentava a cabeça. Ele bebia, nunca vi ele caído. Ele não me batia, mas eu tinha respeito. Chorava quando ele repreendia. Até quando ele ficava doente, ele brigava. Não ficava sofrendo, achava que não podia fazer nada.
- 3) sempre fui muito tímida, pai alcoolista, ele fazia muita coisa que eu não concordava, faltava coisas em casa, maltratava mãe. Nunca tive coragem de falar irmã falava e apanhava. Depois de 20 anos, fui falar. Ele quer moral, 1ª vez tremia, engasgava, tinha ódio, ele mora junto, só conversa o necessário. Pai se mete na minha vida, ele nunca foi homem de dar moral, gastou \$ em pinga e eu cobri as contas, ele é irresponsável. Sofria antes, ficava quieta, por mais que magoe, agora acho melhor falar.

TC dia 23 outubro 06

19 pessoas; 4 novas

Vem para desabafar, distrair, ser mais solidária, e tem afinidade com as pessoas.

- 1) fase de mudança, não está se adaptando. Me sinto cansada, com dor, sogra doente. Quiz quarto para fazer cozinha para sogra. Tem trabalhado, com problemas de saúde, voltaram. PA alta. Sente angústia, tristeza, esgotada, no fundo do poço. Cedi, em relação à mudar da minha casa e sair deste bairro, e não estou dando conta. (14)
- 2) preocupação e conflito. Estudei até 5ª série, mtos problemas e fui trabalhar. Tentei voltar a estudar e não consegui, tenho frustração. Quero bom emprego, uma situação melhor para os filhos. Angustia, não terminou o curso de enfermagem, estou querendo voltar a estudar. Medo de não ter capacidade. Quero provar que sou capaz, concluir 2º grau e enfermagem. Quero não só diploma, mas aprender, passar em concurso. Estou com 33 anos, tenho medo do futuro. Trabalho como auxiliar de cozinha, não tem valor, tenho problema cervical. Estou cheia de vontade de lutar. (2)
- 3) não me deixo levar, 55 anos, mamografia, não fazia. 2 nódulos mama esquerda, foi pedido US, quero saber a verdade, não vou entrar em depressão, vou fazer tudo que não fazia. Foi uma surpresa e estou na expectativa. (0)
- 4) filho tto deu certo, colega faleceu, fez biópsia estômago, 5 pedaços, pensou no filho não entrar em depressão. Preocupada do filho ficar abatido por causa da doença. Tb ele arrumou emprego. (1)
- 5) depressão – pedi acordo no serviço, 4 filhas. Pai bebe muito, não tem ng por ele, tenho 2 irmãos presos e 1 irmã sumida que apareceu há 20 dias trazendo problemas para casa, ela quis bater no pai, ela me xingou, brigamos de rolar. Estou muito triste, tudo muito difícil, não estou conseguindo dormir, não como. Sobrecarregada, sem ajuda, não sei como conseguir escapar. Esposo da irmã foragido, denunciou para polícia, ele falou que estava ameaçada de morte. NG me dá valor, nem pai nem irmã. Tenho casa alugada. Estou sem coragem para viver. Sinto-me injustiçada, sem ajuda.

Experiências positivas sobre o tema, o que fiz que deu certo, o que ajudou:

- 1) filho trouxe menina, sofri ameaça, palavrão. A irmã ajudou, conversou, porque antes não dormia, não comia, PA alta, se machucava. Larguei de pegar os problemas dos outros. Fui passear, viajar bastante. Conversar, sair, disciplina, impulso dos outros, assumi que eu venci.
- 2) filho de 12 anos paralisado, pagava aluguel, faltava serviço, ajudou proteção de Deus, não recebeu pagamento, ganhou...
- 3) irmã morou 2 a comigo, começou a estudar, trabalhar, ela implicava em casa, mas ajudava com \$. Ela que mandava na casa, eu com 20 anos, ela com 26 anos, dominava, brigava comigo, às vezes ficava quieta, queria sair da situação, não podia reclamar para família. Marido quis se livrar de todos, não queria magoá-la, humilha-la, mandar embora de casa. Freqüentava Igreja, fui morar com marido em Osasco, arrumei casa para ela baratinha, dei metade das panelas, no início ela ficou magoada porque não queria cortar o cordão. Depois de 4 meses, voltei, aluguei casa para mim, ajudou muito conversar.

TC Homens 26 outubro 2006

16 participantes, 4 aniversariantes do mês

O que gostam de fazer no tempo livre?

1- atividade física, nadar; 2- ginástica; 3- nadar; 4- caminhada bem acompanhado; 5- filme; 6- artesanato; 7- amor à humanidade; 8- andar à cavalo; 9- vôlei; 10- bicicleta, passear; 11- futebol, é técnico, assistir; 12- pescaria; 13- futebol (goleiro); 14- ouvir música; 15- trabalhar/pescar; 16- futebol.

- 1) mora em botucatu há 3 anos, tem preocupação no campo profissional, pela idade, não sei por quanto tempo vou agüentar, está desempregado há poucos dias, daqui há 6 meses...Não tem formação de cursos. O problema é o DESEMPREGO. Pensa na sobrevivência pelo futuro, tem insônia. Já tive chances e perdi. Tenho arrependimento por ter perdido as oportunidades de trabalho.
- 2) não tive chance, não estudei os últimos 2 anos, podia ser bancário. Não aceito a atitude que tive quando novo. Não tive juízo, não tive “cabeça”.
- 3) quando paro e fico pensando...ia trabalhar e tinha alguém para cuidar em casa. Não confio em ninguém, se tem luz acesa, se tem torneira aberta... Muito preocupado com a casa, aí não saio de casa. Temor. Não tenho condições de pagar agora...porque salário diminuiu, está preocupado com as contas de água e luz.
- 4) bebia muito até os 55 anos. Hoje está melhor. Incomoda com as coisas erradas. O genro trabalha há 17 anos na padaria sem registro. Tenho preocupação financeira com a família da filha.
- 5) culpa – fui operário de serra, pedreiro, vigilante, eu não aproveitei. Agora salário ruim, lutando para aposentar. Queria ajudar os filhos, sei fazer tudo, cortar cana. Não ouvi conselho do chefe na Duratex. Resolvi não trabalhar mais. Hoje faço bico, mas fui cansando. Tenho arrependimento e tristeza.
- 6) medo de me arrepender de não fazer o quero. De ficar pensando demais e não agir. Os pensamentos ficam circulando na cabeça.

Dificuldade de trabalho:

1 –eu fiz a mudança, antes trabalhava no mercado financeiro, e agora em açougue. É preciso jogo de cintura, fazer outra coisa. Ajudou apoio da família e de amigos, ter me apegado em Deus, ter ambição e acordar cedo, ter muita vontade de fazer as coisas, não seguir caminho torto, ter sangue bom perto de mim.

2 –todo lugar que ia, conseguia emprego bom, tive sorte. Saía para não pegar inimidade. Fui fazendo empreita, tocava obra, mudava fácil de trabalho.

3 –trabalhava em transportadora e SESI, ganhava bem. Depois passei a receber benefício social, o salário é pequeno, então comecei o artesanato.

4 –mudou de São Manoel, diferente...Corretador, não queria ter saído há 2 anos. Continua a trabalhar, não pode parar. Participa da 3ª idade do SESI.

5 –tinha salário bom, em Bauru, linha bronze, até 91. Profissão não tinha valor. De 92 a 95 diminuiu muito o salário, para 1/3. Tenho que “pular”, entrei como pedreiro há 4 anos. Tive o apoio dos filhos e da esposa. Ajudou a minha própria força.

6 –trabalho como cozinheiro há 6 anos, e houve concurso mas não tinha estudo. Fiquei mais 4 anos na firma, hoje me arrependo. Vivo agora de bico. Ajudou a coragem, pensando no filho.

7 –até 32 anos trabalhei por conta própria, depois em 3 firmas. Ajudou ter persistência.

AVALIAÇÃO:

- O importante é participar do grupo, achar sentido, fundamento. Um vem para pedir ajuda, e o outro para ajudar; Achei bom o grupo. A participação é boa. Importante cada vez ter mais gente. Estou muito feliz por ter participado; Gostei, tinha curiosidade para ver como funciona. Tem que soltar os fantasmas, fazer novos amigos. Gostei; Fiquei surpresa dos homens estarem se cuidado (auxiliar de enfermagem); Gostei. Todo mundo viu meu sofrimento, não sou melhor, não estou enganando, estou dizendo a verdade; Escuta quem já passou; Todos tem problemas, serve para ter jogo de cintura, pensar o que se pode fazer; Gostei pois conheço muita gente que veio; Achei bom, discutir temas sociais e saúde, conhecimento da vida; Bom, serviu para conhecer o pessoal; Gostei. Diante de novas pessoas, fico nervoso; Aprendi coisas novas, mais experiência; Bom; Bom, não sei por dentro...

TC 30 outubro 2006

O que lembra de bom do tempo da infância?

podia fazer tudo; tudo que é brincadeira; do Estado da Bahia; do meu pai; filhos, bebê; comidinha da avó; dancei, pulsei carnaval, queria voltar atrás; filho; “sítio”; mãe; dos 20 anos; morava nas fazendas; filho pequeno; todo mundo pequeno; tempo de criança.

- 1- apreensão e chateação. Filho doou sangue e não deu para aproveitar. Medo de uma doença. Ele operou o estômago, medo de HIV, ele vive nas bagunças. Medo do filho ter uma doença incurável. (10 votos)
- 2- agoniada por voltar a trabalhar em 19 dezembro. Penso de não conseguir, de bater de frente com o segurança. Sentimento de ódio dele. Não sei como vou lidar com isso. Não quero enfrentar. Medo de brigar com colega no trabalho. (2)
- 3- negócio na garganta, coisa que vai ter que cortar fora, decepar...parece que tem comprimido entalado. Na gestação tinha sumido e agora voltou. Muitas vezes não disse o que sentia, engoli sapo. Trabalha fora como auxiliar de limpeza há quase 10 anos. Tem muita mulher trabalhando no mesmo lugar, quis sair. No outro trabalho, era sozinha. (1)
- 4- coisa na garganta há 7 anos quando marido da irmã morreu, tinha conversado com ele antes. Sensação que tem um cabelo, fez vários exames. Fui no otorrino várias vezes. Gostava dele como pai. Tinha perdido uma cunhada há 8 meses. Nem quando mãe morreu, senti tanto. Saudades. Fui morar com ele, pai morreu eu tinha 15 anos, passava Natal com eles. Para mim, acabou. Tenho dificuldade de lidar com perdas. (3)
- 5- preocupada porque tem problema no seio, vai ter resposta em dezembro. Medo de enfrentar mais um problema porque a carga está muito pesada. (10)

Experiências:

1 – Passei 3 anos atrás com ferida no exame do Papanicolau com HPV, já estava no caminho da “doença”. Chorei na cama. Até pensei que tinha que enfrentar. Fiz cirurgia, tive alergia ao iodo. NIC III. Fui de cabeça erguida, o medo maior foi quando ficaram me enrolando. Fiz histerectomia e o problema não voltou. Meu filho, um que está sempre comigo, ele pesquisava na internet, ele me enchia de beijos e abraços. Ajudou ter tomado a decisão de enfrentar, a coragem.

2 – Passei pelo exame de mamografia, com 2 nódulos, fez US e deu nódulo gorduroso. Queria saber para enfrentar. Ajuda a coragem.

3 – Fiz endoscopia com medo de ter câncer porque pais morreram disso. Fumei por 30 anos, tinha dor e refluxo. Ajudou ter fé em Deus, não sofrer antes da hora, conseguir consulta. O médico disse que tinha pequeno problema no esôfago, que podia continuar sem cirurgia, só com medicação. O que ajudou foi ter decidido a não sofrer antes da hora. Também as palavras das pessoas do grupo de terapia.

4 – Tive problema na vesícula por 6 anos, sofri muito. Depois de uma consulta na Cohab com Dr. Eraldo, fui gastro e fiz endoscopia, estava com 2 úlceras no estômago e muitas pedras na vesícula. Só comia gelatina. Fui muito bem cuidada, há 16 anos. Depois fui fazer operação, com bastante medo.

Tudo é o medo. Ajuda encarar a realidade. Achava que era doença ruim. Ajuda ter coragem.

5 – Filho com 11 anos, ficou um mês paralizado, e depois sarou. Curou na UNESP. Enfrentei e venci, ajudou a coragem. Também a filha tirou o útero, está curada.

TC 13 novembro 2006

1 – Dor quadril à direita, mexeu com lugar enferrujado. Dançou e se divertiu bastante.

2 – Aniversário do filho que morreu, não consegue ficar dentro de casa, mesmo com remédios. Um faz 6 anos e o outro 3 anos. Me acho culpada, se tivesse feito mais por eles, me acuso de tudo, revolta contra mim, se não tivesse casado pela 2ª vez. CULPA, não sei bem como e porquê. (5)

3 – Tristeza dentro de mim, filho que faria 34 anos, foi fazer um bico em Avaré e faleceu, há 4 meses. Deixou filha de 7 anos. Passei maus momentos. Tive momentos felizes com esse filho, ele estudou, não usou droga (os outros sim). Filha Isala disse para eu não chorar. Lá na terapia da UNESP, pude chorar, pude erguer minha cabeça, consegui aceitar. Finados passei mal, filho e marido. Fazia bolo de aniversário. Assim estou conseguindo sobreviver. Com remédio natural me

animei, cozinhei para 60 pessoas. TRISTEZA pela perda. (3)

4 –porque perdi filha. Tristeza. Perdi filho há 3 anos e irmã há 6 meses. (3)

5 –dor na coluna e desânimo grande. Sem ânimo para sair e conversar. Mesmo em casa, fico esperando chegar à noite para dormir, para ver se o dia seguinte vai ser melhor. Angústia e tristeza.

Tomei injeção para dor na coluna. Não tenho ânimo para discutir, retrucar, sei que tem coisas erradas. Me sinto impotente em relação ao problema de saúde. DIFICULDADE DE VER O LADO BOM DA VIDA. Tristeza, fechamento. Gosto de preencher as palavras. As pessoas me procuram para falar. Tristeza por não estar recebendo apoio das pessoas...já dei anteriormente. (4)

6 –não tenho com quem falar, marido liga o som, andei me descontrolando, estou mal em qualquer lugar, uma reação esquisita. Tenho vontade de sair de casa. Tristeza e mágoa. Sensação que sou errada, muita revolta. Por não ser compreendida, começo a xingar e saio. Queria eu mesma fazer justiça, mas não tenho coragem. Indignação. Revolta por ver coisas erradas que não consegue mudar. Não quero ficar misturada com as coisas erradas e não estou vendo um caminho. Quando estava trabalhando, eu tinha muitas amigas, agora que preciso, não tenho ninguém por mim. (7)

Experiências:

1 –já tive muitas coisas erradas em casa, drogas, prostituição, filho, marido. Cansei daquele tipo de vida, marido faleceu. Filho está brigado com esposa. A casa é minha (eu pagava o aluguel), dei um basta e tudo melhorou. Um casou, o outro perdía casa, moto...a mulher dele me xingava, me acusava, mandei ele para Curitiba. Ajuda não ficar segurando dentro do peito, dar limites, tomar decisão na vida, resolver cuidar de mim mesma, não carregar ninguém nas costas, ter alguém para conversar, brincar, praticar ginástica, fazer coisas boas.

2 –ajudou a considerar a família, marido e filhos menores (ninho).

3 –dentro de casa ele era o certo, errada era eu. Eu resolvi que se ele não estiver satisfeito, ele vai para casa dos parentes. Trabalho, sustento os dois. Ele acha que os parentes estão certos. Tenho vontade de separar, mas me arrependi. Tenho que querer bem à filha e ao marido. Não consigo convencer o marido de um ciúme. Estou há 14 anos com ele. Não abandono por nada. Tenho fé em Deus e não vou ouvir o que falam os parentes do marido. Ajuda gostar da gente e não ouvir os parentes.

4 –filho vivia no mundo desde 16 anos. Tenho fé em Deus. Ninguém me ajudou. Tirou o filho da droga. Continuo enfrentando. Ajuda o amor pela família.

Avaliação:

Esperança, fé (agrada a Deus), paciência para esperar.

Convido a todas para a semana que vem.

Bom ver a força dessas mulheres, não desanimar diante dos problemas.

Força das que deram depoimento. Se vê o carinho e união.

Não esquecer de colocar Deus, que ele está olhando por nós. União faz a força, Deus na frente, Muita força.

Deus é muito importante, deixo a paz para todas. Não há luta sem vitória, e não vitória sem luta. Vencedor.

Meu problema não é tão grande.

Pai Nosso, intercede por nós todos.

Estou contente por estar aqui. Esperança.

Fé não vou perder a próxima reunião.

Agradecer.

Confiança em Deus.

TC Homens 16 novembro 2006

8 participantes, sendo que 4 pela 1ª vez

O que mais gosta de fazer?

Comer arroz e carne; caminhada, horta, ver filme, cozinhar, jogar malha; ouvir rádio, música, caminhar; nadar, pescar; futebol; passear com filhos, rio, cachoeira, passear na cidade.

1 – Estou pedindo auxílio doença, preciso de carta. Dependendo disso, esposa faleceu. A pessoa deixou de colaborar. Faço bico de segurança, trabalha dois dias, mas não pagaram. Tenho 59 anos, há mais de 3 anos sem emprego fixo. Não pode subir em altura, para portaria não me chamam. Perito é

difícil. A filha é cabeleireira, ela ajuda. Filho tem recebimento. Fiz empréstimo. Tenho 22 anos de serviço. Tenho preocupação e indignação porque não posso fazer nada para ajudar a família financeiramente. (2)

2 – Problema financeiro. Com 35 anos. Sinto indignação, não estou encostado por esporte. Fui maltratado. Não consigo dormir, almoçar. Tenho muitas contas para pagar. Estou há 3 meses sem receber, pedi 20 reais para sogra. Devo 586 reais, 400 do carro e mais os juros. Tenho consciência limpa, na 2ª feira terei o laudo médico na UNESP. Sinto indignação pela injustiça da previdência. A minha função é de polidor de granito, estou afastado desde 2004. Não posso honrar minhas contas. Fico irritado com esposa. (2)

3 - Fui na UNESP pegar carta para perícia amanhã. Estou morando com irmã, dependo dos outros, quero receber. Tenho raiva e tristeza. Problema com família desde pai e mãe. Também com ex-mulher. Tenho saudade da filha de 3 anos, não a vejo há 3 semanas. (1)

4 – Tenho preocupação de ficar travado numa cama. Irmã teve problema de coluna, o meu é pior. Tenho 2 hérnias de disco e problema no osso do pescoço. Fico travado nas pernas/ braços. O problema de coluna vem desde 2002, estou afastado há 8 meses. Fui operador de lixadeira, calibração, operador de máquina. Pegava peso, sem chefia. Fui mandado embora. Abri processo contra a fábrica. Tenho medo de não sarar.

Experiências:

1 – Venho lutando pela doença. Angústia, nervoso. Mulher pergunta o que tenho. Tomo remédios, estou há 3 anos afastado da esposa, não tem mais forças. Durmo sozinho, isso incomoda muito. Vou vivendo sem ter recursos, tenho auxílio doença, mas sem recursos de melhorar. Ajuda ter pensamento positivo e fé em Deus. Meu pessoal mora em Formoso, sinto-me sozinho, desamparado. Cuido de mim mesmo, não posso desanimar.

2 – Eu bebi muito, alcoolismo. Quando trabalhava, filhos achavam bom. Quando esposa faleceu, pensava que ia ficar sem os filhos. 32 anos de casamento, e agora os filhos que estão me amparando. Vi amigos morrendo, fiquei com medo de virar andante. Era mais vaidoso, pensava mais em mim do que nos filhos. Ajudou ter força de vontade e determinação. Não tive ajuda de ninguém. Tenho medo de aposentar e morrer.

3 – Fiz operação e tenho seqüelas, hidrocele, tenho muita dor. Tenho raiva por causa da dor. Evito fazer força, tomo os remédios e me cuido. A música me ajuda, também cozinhar em fogão de lenha eu gosto. Tenho 40 anos de serviço.

4 – Pensei que ia morrer, tentei me enforçar. Com mulher grávida, tenho que pensar no filho.

5 – Mãe morreu há uma semana, e perdi o pai há 2 anos de aneurisma com 74 anos. Tristeza (chora). Ajuda ter apoio dos irmãos.

TC 20 novembro 2006

16 participantes, uma de 1ª vez.

1 – Pior é não poder trabalhar. Há 10 anos, com ansiedade e tristeza, não tem se divertido. (3)

2 – Há 15 dias que não estou agüentando limpar a casa. Tristeza, empelotando os nervos da perna e pescoço. Marido inchado, angústia. Desespero porque marido continua bebendo, há 15 anos ele não se ajuda. Não estou agüentando mais, excesso de nervos. Não estou vendo saída. (3)

3 – Preocupação do filho se perder em São Paulo, medo do que pode acontecer. Medo dele aprontar. (2)

4 – Separei há um ano por alcoolismo.- ele quer que eu volte. Eu não confio ele ter parado de beber, não confio, tenho mágoa e dó porque ele emagreceu. Estou sem paciência para cuidar do filho. Serviço no sábado... Medo de acontecer de novo. Tenho menino na escola aqui, lá perto da Demétria, numa chácara. A filha de 17 anos quer que eu volte com o pai. Não quero voltar definitivamente. Tenho medo de deixar de trabalhar porque as amigas conversam e dão risada. Ficaria do jeito que estou. Largo tudo para viver bem. Não gosto dele, só tenho dó. Sinto falta quando estou longe, mas tenho ódio, raiva, pavor dele estar por perto. Ele quer que eu fique só com ele, não posso sair sem ele. Prazer pela liberdade. Ele implicava com tudo, água, telefone, até com filha. A dúvida é pelo menino que gosta do pai. Tenho medo de sofrer um pouco, tenho muita dó. (4)

Experiências:

1 – Separei de verdade, com 19 anos de casamento. Não podia vê-lo na frente, queria ficar com filhos, fiquei 10 anos sozinha. O amor do filhos me ajudou. Eu não queria apanhar, ele achava que tudo era traição, sair, trabalhar... quando trabalhei em fábrica, ele não me ajudou.

2 – Seis anos casada com alcoólatra, não tem retorno, não mudou nada, ele virou mendigo. Estou há 20 anos com outro. Me ajudou tomar decisão, ser independente financeiramente. Ele tinha mais defeitos que qualidade.

3 – Marido alcoólatra. Dei várias oportunidades porque eu gostava dele até que ele fez tto para parar de beber. Achava que filhos tinham que ter pai porque eu não tive. Lutei para ele ser um bom pai. Me ajudou pensar nos filhos.

4 – Casei há 21 anos, marido não bebia. Eu que tomava goró, ele aprendeu a beber comigo. Minha mãe morreu, aí tinha que cuidar dos filhos, larguei de beber e o marido continuou. Ele quebrava as coisas, 4 vezes amarrei ele, até que não agüentei mais, tirei borracha, bati falando que ia matar. Nunca mais. Ele deitava longe da cama. Antes eu vivia atrás dele, com medo, saía para procurar. Até que larguei disso, não sabia quanto ele ganhava. Hoje sou tratada como mulher, eu trabalho para não depender dele, tenho maior valor. Só dou atenção à filha de 10 anos. O que me ajudou foi largar mão de ficar atrás dele, e também me cuidar.

Encontro de casais – 21 novembro 2006

4 casais

O que é o casamento? Com recortes

S: Igreja, ter uma casa, batalha da vida, alegria da família.

MH: uma casa na praia, passear de barco, lua de mel, Jesus proteção, família, cama, música.

J: festa; família; natureza; alcoolismo=destruição, bebida prisão, rebelião, desgraça; harmonia e música; cuidado com a esposa e o filho como objeto precioso.

A: igreja, ouvir a palavra de Deus, casal unido; compartilhar da vida do outro; companheiro na hora boa e hora ruim, união; direito de expressão, liberdade para falar o que sente, ter opinião. Beleza igual a uma onça, um entendendo o outro, procurando resolver no diálogo, um api e marido amoroso, se dedica à mulher, não ser egoísta, ouvir a mulher.

AO: proposta de união, parceria, os filhos unidos, lua de mel, passeando na praia, lazer para o casal, fazendo o que gostem juntos, caminhada, sexualidade.

SA: união entre pais e filhos, educação para os filhos, união, diálogo, acordos, apoio, um dar força para o outro. Investir no casamento, fazer esforço para momentos bons.

JE: família unida e filhos, união com os parentes.

I: festa, as famílias unidas. O filho e o pai, uma oração para a família, alegria, felicidade.

O que ajuda nos momentos difíceis?

SA: compreensão, diálogo, ter amor e companheirismo, carinho. Dizer o que gosta e o que não gosta.

J: companheirismo, diálogo, buscar ajuda espiritual.

MH: conversar, dedicação, momento de reflexão para o casal, cuidar para não ser agressivo, cuidar para não magoar com palavras.

R: trabalhar.

A: diálogo. A mulher dar mais carinho ao companheiro. O homem dar um presente.

O que os participantes vão levar do grupo?

Amor, esperança de um casamento feliz, massagem, calma, união, lembrança do casamento, ter sido convidado, felicidade.

FORUM DAS MULHERES

Reivindicações:

- ✓ acesso ao serviço primário de saúde para a mulher em qualquer fase da vida, não só durante a gravidez;
- ✓ lei que proteja contra a violência doméstica;
- ✓ abrigo para a mulher que sofre violência aqui no município;

- ✓ acesso à creche;
 - ✓ acesso ao projeto para crianças e adolescentes em horário complementar à escola;
 - ✓ tratamento para alcoolismo em todas as unidades;
 - ✓ tratamento para drogadição nas unidades;
 - ✓ fortalecimento das políticas públicas
 - ✓ projeto geração de renda
-

Bem com a Vida - 7 dezembro 2006

Fica inconformada em mexer com dieta. Quando era criança, não tinha o que comer, agora tem e não pode comer.

Se passa da hora de comer, passa mal.

Esquenta a cabeça...

TC – Mulheres Vitoriosas e Caminhada - 11 dezembro 2006

Desejo de criança e de adulto: bicicleta; amiga melhorar de vida, ganhar material para construção da casa; boneca do Papai-Noel; que irmão aparecesse, há 7 anos que não o vê. Já ganhou um presente que foi parar de fumar; boneca pequena; paz e saúde; comida gostosa; viajar na semana santa para cascavel; boneca; alegria, paz, alegria, família unida; presente bonito da madrinha, roupa e boneca; ser feliz, encontrar uma pessoa, casar, filhos; sapato em criança, irmã que não vejo há muitos anos; não pensava em ter, a boneca de plástico papai queimou; ensinar os filhos, ter paz e saúde; ler e escrever; ir para terra onde nasci (Sergipe); carrinho; viajar para Bahia; brincar de roda, bala, pirulito; ver futuro da filha, ter vida para decidir a vida dela, depois vou cuidar de mim; boneca de papelão (pai alcoolista); felicidade para os filhos, construir casa melhor; conhecer meu pai, achava que Papai Noel não gostava de criança que não tinha pai; saúde dos filhos e retornar ao grupo; não tinha presente; saúde e união; chinelo com estrelinhas, peço para Deus ajudar aos filhos; boneca; paz e saúde; bicicleta; filho arrumar emprego; conhecer o Papai Noel; saúde; boneca, fazia de barro; ajudar a mãe, estabelecimento salão de beleza; Alagoas trabalhava com irmã mais velha, tinha 22 irmãos. Nunca teve infância de brincar. É mãe de 12 filhos, ficou com mais 7 filhos. Quero saúde de uma filha, paz e felicidade; não teve gosto de brincar e estudar; meu desejo é ajudar aqueles que precisam; ter uma mãe, ela morreu quando eu tinha 6 meses, fui para orfanato que o pai arrumou; não tinha nada na infância, brincava de boneca com sabugo de milho; visitar filha que não vê há 8 anos; queria muito boneca; aposentadoria logo, casamento feliz para os filhos; boneca; celular; bicicleta.

Grupo dos Homens – 21 dez 2006

Como está sendo o grupo para cada um?

E: 2ª vez, bom para aliviar o cérebro, ajuda no pensar, no viver.

A: 3ª vez, aprendi a conviver mais com o pessoal, aprendi sobre a vida.

AA auxiliar – da equipe – sempre alguém aproveita alguma coisa.

P: sou do conselho da unidade, faço caminhada. Acho que é importante participar, ser solidário com os outros.

D: tive acidente de trabalho, estou livre das muletas, a cirurgia está indo bem. Já participou do grupo de alcoolismo, muito bom, parou remédio para AA por causa do antibiótico, mas está sem vontade de beber.

O que fazemos aqui no grupo?

Conversa sobre tudo, uma palavra amiga fortalece.

Antes estava na bebida, agora sou outra pessoa.

Traz felicidade para todos, um dá força ao outro, é uma corrente.

- 1- Sem minha velhinha, estou com asa quebrada, sem meu alicerce. Preciso ter estrutura forte, mas dá vontade de desabar, aconteceu a fatalidade. Tenho saudade.
- 2- Mãe sofreu; sogra faleceu. Eu não sinto, ela era dura. As conversas fortalecem o grupo, há 2 anos, me sinto mais forte. Dei duro, fiz as coisas certas, me sinto realizado. Falo na bucha.
- 3- Há 2 anos perdi pai. Até hoje me lembro dele, não vou esquecer.

4- Nunca esqueci meu pai, morreu em 66. Converso para distrair, quando sozinho, um dia, eu o vi. Desejo de Natal e Ano Novo:

- Muita saúde para mim e para os amigos, que o ano que vem melhore a grana e o governo pense mais na gente.

- Felicidade para todos e amando todos, com democracia, ter paz e alegria.

- Importante a união, não sabia que a família é importante, é a número 1. Filha trabalhando, não perdi a alegria da família unida. Fiz a casa, dei estrutura. Alegria para o Ano Novo. Ano que vem me aposento, Natal muito feliz tendo arroz, feijão, frango caipira. Sempre amigo.

- Desejo que fossem iluminadas as cabeças dos corruptos, não houvesse crimes bárbaros. Leio a bíblia de Jeová. Sem uma família, sem um amigo. Quero esperança para o coração, para todos nós.

.....
12/03/2007

Mulheres

Qualidade: gosto de conversar; gosto das coisas certas, sinceras; honestidade; paciência, carinho; ajudar as pessoas; gosto de conversar, ajudar; ajudar o próximo; ser positiva; sincera c/ amizade; não sei falar não; paciência

- 1) nora separada há 2 meses, ela arrumou namorado. Sinto-me desrespeitada pela nora, pela idade, por estar na minha casa e pela atitude dela. (6 votos)
- 2) não durmo a noite, sinto-me magoada, tudo o que eu faço é porque gosto, não é para me exibir. Falaram que eu sou exibida, que estava me mostrando. (4 votos)
- 3) filha grávida c/ problemas, amel há 15 dias. Chá de bebe ontem. Ela posou lá em casa, fomos para Barra bonita, passeio c/ família, há quase 8 meses que não a via. Preocupação com nenem prematuro. (2 votos)
- 4) gostou da viagem, não pode ir à Recife. Simpatizou c/ a turma, amor a 1ª vista.

Tema: desrespeito

Ajuda a experiência, ter calma na hora p/ ajudar o filho, educação, ter esperança

.....
19/03/2007

- 1) vai p/ Bofete no final de semana, filho que fica aqui, e ele saiu de casa, quase arrombaram a porta dele, e podia ter levado as coisas dele. Ele não se preocupa. Eu estou preocupada de sair de casa. Medo de ser amarrada. Medo da violência.
- 2) casa caindo, chove dentro, e querem dinheiro. Faz mais de um ano. Eu que pus água e luz, pia Tb. Pegando nojo da casa. Tem que cozinhar fora da casa. Sinto raiva e tristeza (pela precariedade da moradia) (3)
- 3) novo relacionamento desde o carnaval, ele fica 1 semana s/ aparecer, e depois volta, diz que gosta de mim. Ele sai c/ os amigos. Me diz onde vai. Sensação de dúvida, não sei o que fazer, se caio fora. Medo de decepção.
- 4) mãe doente – ela caiu ontem no banheiro, c/ 90 anos, mora em SP, telefonou. Triste, não a vê há 5 meses. Vai no mês que vem. Tristeza e preocupação.
- 5) incomoda o jeito do marido, ele não me escuta. Fui falar do meu aniversário, ele nem deu bola. Ele vira e dorme. Dá tristeza e mágoa. Mãe, irmãs, pai não dão notícias, nem querem saber. Minha irmã escreveu há 2 meses. Marido falou que meu parentes não ligam p/ mim, não vem visitar. Fica magoada. Ele é meio nervoso. (1)

Dificuldade de moradia.

Morava c/ irmã há 6 anos no J. Brasil, ela brigava c/ meu marido, aí saiu da casa dela há 6 meses. Antes morava no Marajoara. Eu trabalhava na Horta e quando cheguei em casa, ele estava internado.

Os dois são ruins, eles não combinam. Ela mexe c/ as coisas dele, panela...Se eu fosse buscar as minhas coisas...Ele fica falando na minha cara. Vou p/ casa de minhas amigas. Parou de trabalhar na laranja há 1 mês. Conheceu marido há 9 anos. Bebo cerveja. Antes morou em sítio por 4 anos, era bom. Morava numa casa do J. Brasil. Zé brigou c/ vizinho e o dono da casa mandou o Zé embora.

Estratégias de lidar com a dificuldade de relacionamento com parentes, vizinhos...

- 1) não me entendo c/ atitudes dos pais, quanto à limpeza da casa, como se relacionar com os vizinhos por causa do som, pai fofoqueiro, eles não aceitam sexo antes do casamento.

Ajuda eu falar o que eu penso, coloco minha opinião e não cedo, mas os respeito, procuro falar s/ me exaltar.

- 2) Ser paciente, saber que discussão piora;
- 3) Só Deus p/ dar paciência;
- 4) Só saio p/ Igreja e p/ Posto, não fico na porta;
- 5) Cuidar da gente e não se envolver c/ os assuntos dos outros;
- 6) Ficar quieta dentro de casa;
- 7) Conversar, cumprimentar;
- 8) Ser amigável;
- 9) Conversar com colega.

.....
26/03/2007

12 mulheres, uma de 1a vez

- 1) amanheci triste não gostando de mim, egoísmo, um pouco triste comigo, não sei porque. Olhei p/ unha não posso passar tinta, cabelo branco, não posso pintar, médico...não estou aceitando envelhecer. Não posso colocar sapato fechado. Triste porque não está aceitando as mudanças no corpo pela idade. (2 votos)
- 2) triste por causa da dor, não consegue virar, já tomei 8 injeções, está fazendo serviço na marra há 4 meses. Tenho dor no pescoço e no meio das cadeiras. Acho que fico nervosa pelo problema dele (marido). Ele ficou 3 semanas s/ andar. Só o remédio da PA que continua. Quero me curar, não achei um remédio p/ me curar. O problema em casa nem quero pensar. Quero que Deus tire a doença de mim.
- 3) a neta me tirou fora do serio. Ela me xinga, que sou fedida, nojenta. Ela tem 12 anos. Tenho vontade de macetar, raiva, vontade de bater, me sinto desrespeitada. (1 voto)
- 4) bem alegre, religiosa. Triste porque o filho há um ano que está fora de casa. Ele está preso. Ele é trabalhador, muito honesto, foi acompanhar um amigo. Tem hora que não entende, espero que ele saia de lá bem, peço por ele. Medo dele sair de lá pior, fumar droga. Ele é ótima pessoa, trabalhou 5 anos no supermercado, se dava super bem com pai, é companheiro, nunca brigou nem c/ os irmãos, ele levou amigo na moto, é muito querido dos amigos, socorria os amigos, pneu do carro...o amigo foi preso há 2 meses, ele foi buscar, e a bolsa estava c/ droga. Se amigo estivesse preso, não tinha acontecido. Uma pessoa da família, querida, numa situação difícil. (6 votos)

O que fez que ajudou?

- 1) trabalhei 2,5 anos p/ pagar advogada. Uma hora pedi a ajuda, outra queria me matar. Ajudou continuar a trabalhar, comecei a me apegar a Deus, pedia p/ ele não fazer besteira. Marido pressionando, eu tinha esperança. Consegui porque tive muita fé em Deus, meu amor muito grande por ele, se juntava em harmonia em oração, eu era muito egoísta, isso me fez enxergar que o outro tem problema pior. Ofereci meu trabalho, e fiquei esperançosa dele estar livre. Família dele mudou Tb, agora Tb acredita que vai resolver, ser amorosa.
- 2) cunhado foi preso, entregava nas mãos de Deus p/ abrir todos os portões, quebrava as lanças, ele ficou só 1 ano. Fé em Deus e união da família.
- 3) filho c/ 12 anos, ficou paralizado por 25 dias. Não tinha \$ p/ viagem. Falei p/ Deus e NSAparecida, no outro dia, filho melhorou. Chorava dia e noite. Ajudou ter fé, amor, empenho em cuidar. O pai dele disse que eu ia morrer no ônibus. Filho morreu c/ 22 anos, à pedrada, por bandidos. Foi há 12 anos. Me ajudou a psicologia, Deus, todo domingo vou no cemitério. Soube pela rádio. Tenho persistência.

.....
02/04/2007

Desejos: Deus traga paz na minha casa e saúde; preciso me libertar do vício do cigarro e do calmante p/ dormir. Muita saúde e paz p/ família, tranqüilidade. /Muita paz e dependo de médicos. Um menino de 5 anos pediu faca e gilete p/ se matar, pq pais se separaram. Ele bate nos outros da sala. Bater não adianta. Quero saber o que fazer./Paz e tranqüilidade, saúde. / Paz. / Um pouquinho de amor, perto das pessoas que a gente gosta. / Saúde p/ todo mundo. / Paz e saúde.

- 1) carregava culpa de ter batido numa mulher pq ela bateu na minha filha, na 6ª feira santa. Tinha que pedir perdão. Tenho problema de veia entupida.

- 2) perdida pq neto de 5 anos... isso machuca a gente, pais separados há 3 meses, assistente social disse que nós estávamos judiando das crianças. Sinto revolta pq nunca um filho meu falou o que um neto fala e não posso ajudar. Um querendo matar o outro, e aos pais. Sensação de impotência. (2 votos)
- 3) pensamento em SP, Celina internada, não tem mais recursos, há 1 semana operou o pé, insuf. Cardíaca e diabética, o pior é não ter mais recursos. Sentimento de tristeza de não poder acompanhá-la, de estar ao lado.
- 4) crises nervosas, qq coisa eu desmaio, preciso procurar um terapeuta. Me alimento direito. Não estou sabendo lidar c/ esposo que há 8 meses passou por cirurgia, não posso errar, apoiando o tempo todo. Sobrecarregada, tb financeiramente. (4 votos)

CONTEXTUALIZAÇÃO: não me abro p/ ng, nem pai nem mãe. Pai alcoólatra. Não tem animo p/ visitar ng. Só vontade de ficar trancada. Vive disfarçando. Sou muito querida.

Porque tenho que disfarçar? Porque tenho que agüentar tudo?

Atendo ao publico, não posso passar p/ eles o que estou vivendo. Distribuidora de papelaria. Tenho que ficar lá. Não tem ng p/ perguntar como foi o meu dia. Acordo muito irritada. Angústia, coração apertado. Pai alcoólatra, vive na UNESP, dá muito trabalho pp/mente p/ mim q sou a mais velha.

Com empresa há 1 ano, não vejo retorno breve. Quero que a empresa cresça, preciso conquistar clientes. Não pode desabafar. Passo muito tempo sozinha, não tem c/ quem conversar. Me cobram, me jogam na cara. Sozinha não vou me libertar do cigarro. Meu refúgio é o cigarro e o calmante. Já me encontraram desmaiada em casa.

O que fez que ajudou nesta situação?

1) Lucia – marido não conseguia trabalho aqui, eu c/ 3 filhas, fugi de problema de família de SP, não sou a mais velha. O marido vinha a cada 20 dias, não tinha amigos.

O que ajudou: as pessoas, a patroa foi uma mãe. Quando pais se separaram ficou irmão de 10 anos. As irmãs não falavam c/ o pai, ele adoeceu, ficou internado. Eu tinha salão, bar...e tinha que fazer comida para o pai. Trabalhei muito.

Fiquei c/ dó de deixar pai doente, era budista. Pai tb bebe, amigados há 18 anos. Tinha fé.

Chorava dia e noite. A 1ª irmã ficou 5 anos, eu ajudando, até que dei limite.

Mãe Tb bebia um pouco, cuidei do irmão até 35 anos, ele morreu de bebida, era epilético.

Eu não conseguia dormir, internei-o num hospital de louco. Aprendi a dividir os problemas.

Marido montando outra família e cunhada que arrumou. Ele não mandava dinheiro. Importante cuidar do casamento.

Tinha ódio de mim, pagava tudo. Filha engravidou c/ 14 anos. Marido falou que não era filha dele.

Fiquei 15 dias na UNESP, não comia, só fumava, me trancava, não cuidava de nada.

Teve dias que não tinha o que comer. Tentei 3 xs me matar, me levaram p/ Igreja. Chorava e rezava.

Importante não guardar p/ si, dar limites às pessoas, gostar de si, cuidar de si mesma.

.....
16/04/2007

- 1) me cobro ser melhor do que sou, penso o que poderia ter evitado, uma auto-exigência grande, e carência de mãe. Quero manter as características da família. Sinto-me culpada, poderia ter feito mais. Faço muitas coisas e ainda me sinto culpada.
- 2) tristeza...pai veio se tratar aqui, perdeu dedão do pé. Ele mora em Indaiatuba. Difícil ficar lá cuidando dele. No Natal ele fez tto aqui por 3 meses, quase sarou, foi embora contente. Ficou triste pelo limite do tto na Unidade. Ele não quer ficar aqui o tempo todo. Mãe não tem mão boa p/ curativo. Ele judiou dela, ele bebia, ela não perdoa. Triste e ansiosa pela saúde do pai. (1 voto)
- 3) filho mais velho, nós brigamos, ele briga c/ irmão menor, quer agredir, eu não vou permitir, acabo ofendendo. Me pergunto se fiz algo errado. Ele c/ 25 anos, ignorante, grosso. Acho que ele devia ter mais paciência, tem ciúmes ppmente do pai. Eles (filhos) sofreram muito quando o pai bebia, e agora, o menor tem tudo que eles não tiveram. Ele não consegue manter namorada e amigos. Ele parou de ir à igreja. Me levanto mal, triste, com remorsos. Ele não bebe, não fuma, é trabalhador. Não me conformo do marido não tomar atitude. Acho que se marido fosse mais firme...tenho medo de acontecer uma tragédia. Falo, ofendo, não consigo... sinto frustração, culpa, raiva/ódio pq ofende o pequeno. Ele fala o que não quer, tem uma atitude impulsiva, acho que

- não ajuda, sei que não dá certo, mas não consigo fazer diferente. (2 votos)
- 4) 2 filhos, 3 netos, 2 bisnetos. Sou muito feliz, mas sou sofrida. Tenho mais de 80 anos. Problema de bebida de família. Bebe social, Pedro (filho de 52 anos) nunca casou. Estou viva p/ cuidar dele. Ele é bom, se bebe, vira, fica xingando. Claro que dá tristeza, não tem filha. O outro filho é comerciante, mas tb bebe um pouquinho. (1 voto)
 - 5) tormento em casa, filha de 12 anos briga c/ colega por causa do namorado, ela sai e demora, marido fica atormentado, que ela vai ficar perdida. Filho de 18 anos Tb fala que vai bater nela. Bati nela, machuquei. Não sabia o que fazer com a falação do marido. Tenho raiva do marido, medo de acontecer algo c/ a menina, não sabendo o que fazer p/ evitar uma bobagem. A irmã teve filha c/ 21 anos. Preocupação com filhos, não consegue dormir. É igual as histórias das irmãs que tem os maridos moles. (2 votos)

CONTEXTUALIZAÇÃO: sinto-me sobrecarregada, exigindo muito de si mesma. Comecei a trabalhar na colheita de café desde bebê, não teve infância, pai bravo, batia na mãe e filhos. Namorei 5 anos, casei, deixei de viver. Responsabilidade demais, de fazer o melhor, o mais certo. Passa medo, angústia, chorona. Me acho infantil, confusão de sentimentos. Até bicicleta eu não podia andar, não podia brincar c/ irmãos, frustração, só o dever/ certo. Muita dureza, nunca fui num baile. Sente muita falta da mãe, ela teve 10 filhos. Só aprendeu a dureza.

O que fez que ajudou?

1) mãe trabalhava, pais rígidos, trabalhava na agricultura, pés descalços. 14 irmãos. Mãe fazia chinelo de bucha. Filhos em volta da mãe. Pratania p/ Botucatu 40 anos quando pai morreu, agente não era estudada. 12 anos fui 1º ano até 3º. Pai morreu, fui trabalhar c/ 16 anos. Se a gente perguntasse alguma coisa p/ mãe, ela deixava de castigo. Fui registrada c/ 12 anos. Não tinha orientação, tenho marca. Se perguntava, ela já batia. Ajudou conviver c/ as pessoas, as patroas instruíam a gente, vi o lado alegre da vida após 30 anos.

2) trabalhando c/ as pessoas eu aprendi a vida, pais não falavam. Irmão de 18 anos não deixava sair. Pai xingava mãe pq ela deixava a gente sair. Trabalhei na roça, fui estudar c/ 11 anos, patroa dava aula. Eu dormia no emprego. Mãe começou a sair em excursão após pai morrer.

O que achou do grupo? Daquele dia p/ cá não chorei mais, foi uma beleza esse grupo, desde o dia que estive aqui pela 1ª vez.

.....
Homens

19/04/2007

O que gosta de comer: churrasco; pudim; churrasco; macarronada; frango; feijoada; rodízio.

1. preciso de \$ p/ subir o degrau da vida, quero construir p/ deixar bens p/ família. A vida já está controlada. Preocupado mas não demonstro. (1 voto)
2. insônia há 4 anos, ansiedade, há 5 anos casado. Hábito de dormir tarde, trabalha como cabelereiro, não fico cansado, dorme 3 horas por noite. Teve um susto dirigindo quase acidente. Está nervoso, stressado, ajuda ler.
3. há 6 meses que passo mal quando chego no serviço, tontura, penso coisa ruim, de discutir com alguém e fazer coisa errada. Seu que o problema é meu, é muita cobrança. Staroup, lavanderia, lava, passa. Há 12 anos que trabalha 10 horas/dia, ambiente carregado, preciso controlar porque sou explosivo. Tenho insônia, se acordo com barulho, não durmo mais. Nervoso, pernas bambeam, PA 110x80. Quando há cobrança, fico encanado, penso que estão falando de mim, tenho medo de perder o controle, medo de surtar, medo de apanhar e querer me vingar. A minha tolerância está zero com filho de 18 anos. Demonstro opinião, mas em geral sou mais quieto. (4 votos)
4. filho de 19 anos, quis emprego e abandonou após 2 meses. Eu não sabia, só a irmã. Ele ficou com a tarefa de pagar a luz e não pagou até agora. Não veio em casa. Estou me sentindo culpado. Pensei em bater, ele tem 20 anos. Fui falar com ele, compromisso desde que a mãe morreu. Estou perdendo a estribeira. Esse ano sai a aposentadoria. Nunca dependi de ng, agora que preciso que ele colabore comigo...ingratidão e raiva, chateado, quero ficar sossegado, decepcionado.
5. deprimido. 2 filhos, não dão um tostão em casa. Eles ficam dormindo e querem comer

do bom e do melhor, já conversou e não adianta. O mais velho casou, fiz a casa e separou, e não sai de casa, perdendo aluguel. O menor só foi um dia de serviço. Sinto angústia, tristeza. Ele ainda pega \$ emprestado. Um de 28 e outro de 22 anos.

6. tem problema há + de 20 anos. Dor de ouvido. Saiu do serviço às 17 horas e começou. Não dormi à noite, e amel de manhã. Quero descobrir o que é. Cefaléia com ânsia. Tenho medo de perder o controle, uma canseira mental. Sou opinioso. Tenho 42 anos e desde os 8 anos ajudo pai, sou dos + velhos. Assumi responsabilidade de família desde 17 anos. Trabalho na produção, é uma corrente. Todo mundo no mesmo barco. Às vezes sou chamado de puxa-saco, mas eu nunca dedurei ng. Não tenho 2º grau completo. Gosto de futebol 1 a 2 x semana, assisti futebol na TV, ir na igreja e música-samba.

O que fez que ajudou?

- 1) filme, futebol, gandaia, cantar, amigos
- 2) futebol, dominó, truço
- 3) pescar, bicicleta, bola
- 4) conversar com amigos, baralho, bilhar
- 5) skate, bicicleta, música, bola
- 6) dormir e ter humor. “As contas velhas não paga e as novas deixa ficar velhas”.
- 7) limpar quintal, assistir TV

.....
14/05/2007

Mulheres

Qualidades: força, energia, garra; conselho de pai e mãe, nunca abaixa a cabeça; gerar um filho; ser vitoriosa em todas as partes, com os filhos; triste, sofrida, complicada; vitoriosa; não gosto de ser mulher (TPM, menopausa), mas tenho coragem; força, liberdade, paciência, vencer todas as etapas; gratidão, gostar de si mesma; dar a vida; vitoriosa, lutadora, ser mãe; padecer no paraíso.

- 1) há 18 anos que mora aqui e agora perdeu sossego porque abriu bar perto de casa. 2 rapazes apanhando, filho separou, foi ameaçado, as mulheres saíram. Indignada, falta de segurança pública, tristeza, eles não tem nada a perder, mas eu tenho uma família. Perdeu a paz, sente revolta. Não chamou a polícia porque são conhecidos e tenho medo que mexam com minha família. (9 votos)
- 2) neto não amel, professora reclamou + uma vez, ele bateu num menino e 2 bateram nele. Não tenho + cara de ir na escola. As irmãs batem nele. Sinto raiva, tristeza, angústia, sensação de não saber o que fazer com neto com este problema, ele tem 6 anos. Foi após separação dos pais. A menina está morando com o pai. (1 voto)
- 3) tristeza pelo casamento da filha não estar dando certo, ele toma \$ dela, ele não aceita ela em casa sem trabalhar, ela está sendo escrava. Tenho raiva, ódio. Namorou 7 anos, se diz honesto, evangélico. Raiva mesmo. (2 votos)
- 4) saudade do avô que morreu há 5 meses quando sobrinho nasceu. Tristeza porque pai está jogado, não tenho como cuidar, ele foi embora há 2 meses. Marido voltou com pânico quando separou, por causa do pai. Angústia pelo relacionamento.

O que acha que ajuda nesta questão de segurança pública?

1. Não podemos deixar as pessoas invadirem nossa área.
2. Posto policial na área porque quando se chama eles não vem.
3. Guarda municipal para cuidar das coisas mais leves, andar mais nos bairros, em determinados horários. O problema é ligar para um, depois eles passam para outro.
4. A população não pode demonstrar medo.