

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -  
RENASF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Janine Azevedo do Nascimento**

**A EQUIPE DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA  
CONQUISTA - UMA ABORDAGEM SOCIONÔMICA**

**João Pessoa  
2016**

Janine Azevedo do Nascimento

A EQUIPE DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NOVA CONQUISTA - UMA ABORDAGEM  
SOCIONÔMICA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Suely Queiroz Silva  
Ribeiro

João Pessoa

2016

N244e Nascimento, Janine Azevedo do.

A equipe de trabalho na Unidade Saúde da Família Nova Conquista: uma abordagem socionômica / Janine Azevedo do Nascimento.- João Pessoa, 2016.

118f.

Orientadora: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Trabalho de Conclusão (Mestrado) - UFPB/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

1. Saúde pública. 2. Saúde da família. 3. Equipe de trabalho. 4. Educação popular. 5. Sociodrama.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

Janine Azevedo do Nascimento

**A Equipe de Trabalho na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista -  
uma abordagem socionômica**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção de título de Mestre.

Banca Examinadora:

*Katia Ribeiro*

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Universidade Federal da Paraíba

*Marília Oliveira da Silva*

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Oliveira da Silva

Universidade Federal da Paraíba

*Paulo Sérgio de Andrade Bareicha*

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Paulo Sérgio de Andrade Bareicha

Universidade de Brasília

Aprovado em: 14 de outubro de 2016

João Pessoa-PB

Dedico este trabalho especialmente a Alcebíades e Aurita, meus queridos avós, que sempre foram fonte de força e inspiração para mim. Como incansáveis educadores, me ensinaram a viver com fé, ternura e alegria.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A Deus, força criadora do tempo e do mundo, que me faz seguir em frente com alegria.

A meus pais, Elimar e Fátima, pelo amor que sempre dedicaram a mim e a toda família, pelos sacrifícios, dedicação e incentivo.

A meus avós, Aurita e Alcebíades, por terem alimentado minha imaginação com suas histórias dramáticas e divertidas.

A Aldenildo, pela parceria, paciência e carinho, sobretudo nos momentos mais desafiadores.

A minhas filhas Jessica e Jade, pelas transformações que provocam em mim no treinamento da minha espontaneidade.

A minhas irmãs, tias, tios, primos, primas, cunhados, cunhadas e toda a grande família, mesmo os mais distantes, que continuam sendo referência de aconchego para mim.

A Rafaela, Lucas, Vanessa, Ângela e Jade, que generosamente me ajudaram com as transcrições.

À equipe da USF Nova Conquista, pela abertura e disponibilidade para o trabalho árduo de se refletir.

Às amigas e amigo da turma do mestrado que, com suas singularidades, me proporcionaram tantos momentos inspiradores.

Às professoras e professores deste mestrado, por se dedicarem a ser criativos, acolhendo nossos questionamentos, dificuldades e diferenças.

À professora Kátia Suely, minha orientadora, que dedicou confiança e empenho na construção deste trabalho, sempre acreditando e favorecendo seu êxito.

## Resumo

O trabalho em equipe é um atributo fundamental da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que a complexidade dos problemas enfrentados neste âmbito exige uma multiplicidade de saberes e ações, sendo essencial a construção de uma prática pautada na interação de diferentes agentes e múltiplas intervenções técnicas. O presente trabalho buscou o olhar da Educação Popular, referenciado em Paulo Freire, no compromisso com o fortalecimento das pessoas como seres dotados de autonomia, e da socionomia, “a ciência das leis sociais”, sistema desenvolvido por J. L. Moreno, que aborda o contexto dos pequenos grupos sociais na perspectiva da realização do potencial criativo e espontâneo, individual e grupal, na construção do mundo. Optou-se por uma abordagem qualitativa, adotando a perspectiva de uma pesquisa-ação existencial, que se caracteriza por assumir a implicação do pesquisador com o contexto da pesquisa, associada a uma ação, visando provocar mudança, ao abordar um problema coletivo. Os atores envolvidos passam a constituir o “pesquisador coletivo” participando ativamente da pesquisa. Os instrumentos utilizados foram o sociodrama, as rodas de conversa, a Tenda do Conto, a terapia comunitária e a observação participante existencial, com registro em diário de campo. A intervenção no contexto grupal favoreceu a emergência de conteúdos subjetivos e aspectos da constituição desta equipe de trabalho, que, paulatinamente, foram-se revelando aos participantes e ao “pesquisador coletivo” através de um clima afetivo acolhedor e facilitador, propiciado pelos recursos metodológicos, onde sentimentos e ideias foram compartilhados. Considerou-se a evolução grupal da equipe de saúde como elemento fundamental na identificação e compreensão de seus desafios e possibilidades, bem como na construção de um enfrentamento efetivo, que permita não apenas o desempenho adequado do serviço, mas também o bem-estar de seus membros e a expressão de sua singularidade. Observou-se a necessidade de um espaço contínuo de compartilhamento e diálogo, onde o processo de mudança cultural favoreça a emergência de novos valores e atitudes individuais e coletivos, necessários à transformação das práticas e do contexto. Assim, é essencial ampliar a compreensão e a abordagem da equipe de trabalho, enquanto espaço de relação intersubjetiva, tendo a abordagem teórico-metodológica da pesquisa-ação, da socionomia e da educação popular se mostrado potente e adequada, sobretudo, por

integrar teoria e prática com conceitos, métodos e ferramentas que favorecem esse espaço de encontro dialógico.

**PALAVRAS-CHAVES:** Equipe de trabalho, Saúde da Família, Educação Popular, Sociodrama.

## ABSTRACT

Teamwork is a fundamental attribute of the Family Health Strategy (ESF), since the complexity of the problems faced in this scope requires a multiplicity of knowledge and actions. Therefore, the construction of a practice based on the interaction of different agents and multiple technical interventions is noteworthy.

This piece of research focused on the Popular Education outlook, founded on Paulo Freire, is committed to the strengthening of people as human beings endowed with autonomy and socionomy, "the science of social laws". This is a system developed by J.L. Moreno, which addresses the context of small social groups in the perspective of the creative and spontaneous potential accomplishment, individually and in group, for the construction of the world. A qualitative approach was used by adopting the perspective of an existential research-action, characterized by assuming the researcher's involvement with the research context, associated with an action. It aims to boost change by dealing with a collective problem. The involved actors become the "collective researcher" actively participating in the research. The used instruments were the sociodrama, round-table discussions, the tale tent, the community therapy and the existential participant observation, with register in a field journal. The intervention in the group context favored the emergence of subjective contents and aspects of this work team, which, gradually, were revealed to the participants and the "collective researcher" through a warm, affective and facilitating atmosphere, provided by methodological resources, by means of which feelings and ideas were shared. The group evolution of the health team was considered an essential element for identifying and understanding its challenges and possibilities, as well as establishing an effective confrontation, that allows not only the adequate performance of the service, but also the well-being of its members and the expression of their uniqueness. It was observed the need for a continuous environment of sharing and dialogue, where the process of cultural change favors the emergence of new values and attitudes, individual and collective ones, necessary for the transformation of practices and the context. Thus, it is imperative to broaden the understanding and approach of the work team, as an environment of intersubjective relation, having the theoretical-methodological approach of action research, socionomy and popular education being proved potent and adequate, above all, by integrating theory and practice with concepts, methods and tools that favor this environment of dialogical encounter.

**KEYWORDS:** Work Team, Family Health, Popular Education, Sociodrama.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
DPS – Departamento de Promoção da Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FEBRAP – Federação Brasileira de Psicodrama  
MEC – Ministério da Educação  
MOPS – Movimento Popular de Saúde  
MS – Ministério Saúde  
NAC – Núcleo de Atuação Comunitária  
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família  
PET – Programa de Educação para o Trabalho em Saúde  
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família  
RMFC – Residência de Medicina de Família e Comunidade  
RMSF- Residência Multiprofissional em Saúde da Família  
RMSM – Residência Multiprofissional em Saúde Mental  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Terapia Comunitária  
TCM – Trabalho de Conclusão de Mestrado  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
USF- Unidade de Saúde da Família

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Objetivos .....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	20
2.1 Conceito e tipologia do trabalho em equipe .....	22
2.2 O olhar da socionomia .....	27
2.2.1 A equipe de trabalho como um grupo social .....	28
2.2.2 O fator tele .....	30
2.2.3 Encontro e transformação social .....	32
2.2.4 Espontaneidade .....	33
2.2.5 Teoria dos papéis .....	34
2.2.6 Desenvolvimento dos grupos.....	36
2.3 O olhar da educação popular .....	38
2.3.1 Humanização e transformação social .....	39
2.3.2 Conscientização.....	40
2.3.3 Diálogo.....	41
3 METODOLOGIA.....	44
3.1 Caracterização da pesquisa.....	44
3.2 Instrumentos utilizados .....	45
3.3 Contextualização do campo da pesquisa.....	49
3.4 Fases da Pesquisa.....	53
3.5 Análise dos dados.....	54
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROCESSO VIVIDO .....	55
4.1 O ciclo da pesquisa-ação no contexto da ESF.....	56
4.1.1 A oportunidade encontrada para uma proposta de pesquisa-ação ..	57
4.1.2 O seminário de acolhimento .....	62
4.1.3 Convivendo nos momentos de desordem.....	66

4.1.4 Sociodrama das esculturas.....	71
4.2 Potencialidades e Limites da equipe de trabalho na ESF .....	74
4.2.1 Organização do trabalho.....	75
4.2.2 Afetividade e desenvolvimento do trabalhador .....	87
4.2.3 A experiência da participação .....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	104
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES.....	115

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe é reconhecido como uma característica fundamental do modelo de atenção à saúde fundado na abordagem à família e comunidade, que se coloca hoje como a Estratégia Saúde da Família. Por esta razão este tema tem sido cada vez mais desenvolvido em estudos e proposições no campo da saúde coletiva e da educação profissional.

Como médica, há mais de vinte anos atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF), tive a oportunidade de compor várias equipes de trabalho. Em todas elas, umas mais outras menos, encontrei dificuldades na construção de um processo de trabalho articulado e integrado. Problemas de comunicação, falta de clareza na distribuição de funções e tarefas, boicotes (conscientes ou inconscientes), fuga de responsabilidades e atribuições, conflitos de poder, foram questões observadas com grande carga de sofrimento e frustração, à medida que dificultavam a realização de um trabalho frutífero e satisfatório.

O tempo, a paciência e o diálogo foram nossos aliados no início da década de 1990, quando compus a minha primeira equipe de saúde da família, na zona rural de Quixadá-CE, em parceria e identificação profissional com a enfermeira Maria de Lourdes Farias Bento.

Em 1994, quando surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), havia ainda a categoria de atendente de enfermagem. Médicos de Família, Enfermeiros de Família e até Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram novos atores no cenário da Saúde Pública e dos serviços de saúde, principalmente longe de grandes centros urbanos, na zona rural. Porém, as atendentes e as auxiliares de enfermagem já tinham uma maneira de trabalhar, que haveria de sofrer algumas mudanças, diante da nova realidade, e não sem conflitos e dificuldades.

Neste período, o choque cultural entre profissionais oriundos de uma cidade grande, de outro estado, e aqueles que pertenciam à comunidade, além da quebra nas relações de poder, já estabelecidas com a população, e a proposta de mudanças de práticas e concepções de saúde, foram elementos desafiadores no processo de construção da equipe. Porém, à medida que a nova proposta se tornava mais clara na prática, e conseguíamos estabelecer uma aproximação através da participação e do diálogo, observávamos a crescente abertura e disponibilidade para a construção de um trabalho em equipe.

É importante reconhecer que a possibilidade de compartilhar, com absoluta confiança, as dificuldades deste período com a “minha” enfermeira (é assim que nos tratamos carinhosamente, até hoje, pois fomos capazes de nos doar mutuamente), foi um dos fatores essenciais para que eu pudesse contribuir nesse processo. Outro fator fundamental foi a realização de reuniões semanais de toda a equipe de médicos (as) e enfermeiros (as) do PSF, com o secretário municipal de saúde Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Neste espaço discutíamos, refletíamos, deliberávamos, criávamos e aprendíamos sobre um novo modelo de atenção à saúde que estava sendo desenvolvido.

Muitos dos nossos colegas que compunham tais equipes do PSF daquele município eram oriundos de movimentos sociais engajados na saúde pública (movimento estudantil, popular e sindical). Havia, no âmbito deste grupo, uma cultura de discussões acirradas acerca do que estava em construção.

Na minha trajetória de estudante e profissional tive muitos momentos de encontro e participação nestes movimentos sociais, o que me proporcionou, talvez, o aprendizado mais significativo na constituição de minha identidade profissional. Tudo começou quando ingressei no curso de medicina, em 1987, e tomei contato com duas realidades paralelas e contraditórias. De um lado, o peso da estrutura tradicional e elitista do curso, fundada na impessoalidade e no paradigma Flexneriano, que valorizava grandes conteúdos teóricos e técnicos, desconsiderando a formação profissional no aspecto mais amplo de sua atuação na vida e na sociedade. Isto me causava sentimentos contraditórios em relação à profissão médica. Por outro lado, começava a me inteirar da discussão sobre a reforma sanitária, ampliar a consciência sobre as injustiças sociais e o capitalismo, discutir o currículo médico e a necessidade de transformações, através do movimento estudantil no curso de medicina. Era um alento encontrar e poder compartilhar, com outras pessoas, as insatisfações com o curso médico, e refletir crítica e coletivamente as questões pertinentes à saúde, educação, justiça e sociedade, podendo atuar no campo político enquanto estudante.

Neste período comecei a participar do Núcleo de Atuação Comunitária (NAC), um trabalho de extensão universitária criado e desenvolvido por estudantes de diversas áreas e com apoio de professores, que atuava em uma comunidade periférica do município de João Pessoa conhecida como a “Favela dos Ipês”.

Este trabalho de extensão não tinha reconhecimento oficial pela universidade, e foi pensado inicialmente para suprir uma necessidade, por parte dos

próprios estudantes, de aproximar a formação universitária de uma prática na comunidade, uma vez que esta formação, sobretudo na área de saúde, se restringia ao ambiente universitário e hospitalar, completamente distante da realidade de vida das pessoas.

Os estudantes mais adiantados no curso desenvolviam atendimento clínico, respaldado por um profissional recém-formado e oriundo deste movimento. Eu, como iniciante, me vinculei às atividades de educação em saúde, que eram realizadas e refletidas sob a perspectiva de uma proposta libertadora. Aliás, esta era a vertente que mais me interessava.

Pretendíamos superar o modelo de palestras educativas no qual aquele que detém o conhecimento, o transmite para os que não sabem, mas isso não era tão simples para nós, já que tínhamos a formação neste modelo. Então passamos a experimentar reuniões, atividades lúdicas, visitas. etc.

Aos poucos, nos envolvemos com a vida das pessoas desta comunidade, com suas lutas, e também com outros atores que apoiavam estas lutas, como é o caso dos seminaristas jesuítas e pessoas do Movimento Popular de Saúde (MOPS).

Entre concepções mais organizativas e outras mais reflexivas discutíamos, entre nós, qual seria o nosso papel na comunidade. Estávamos dispostos a experimentar e refletir a nossa prática, então percebemos a necessidade de buscar alguma fundamentação teórica e metodológica para isso.

Neste sentido foram levantados alguns temas para serem refletidos em grupos de estudo: pedagogia freireana, teatro do oprimido, marxismo, práticas “alternativas” de saúde etc., que nos fizeram questionar nossa atuação.

Esta vivência no NAC foi primordial para o meu encontro significativo com a Educação Popular e com o Teatro do Oprimido. Me levou a buscar a concretude das ideias semeadas neste momento na experiência profissional de médica de família em Quixadá-CE, no início do PSF, quando pude experimentar, com alguns companheiros, o potencial transformador destas práticas.

Neste período utilizava o Teatro Fórum para discutir problemas de saúde na comunidade, provocando muitas vezes, mudanças de conceitos e atitudes das pessoas envolvidas. Me encantava cada vez mais pelo valor educativo e estético do teatro, participando de um grande espetáculo de teatro de rua que contava a história da cidade, na abertura da primeira Conferência Municipal de Saúde daquele município, em 1995.

Outras experiências vieram, em que se articulavam o teatro, a saúde e a educação popular, ao longo dos anos em que trabalhei em Sobral-CE e depois em Curaçá-BA. Em 2006, voltando a morar em João Pessoa, ingressei no curso de especialização em Psicodrama, pelo Instituto Cosmos de Recife-PE, que veio a ser extinto em 2008, depois do XVI Congresso Brasileiro de Psicodrama nesta cidade, instituição que era filiada à Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP) naquela época.

Concluído o curso de especialização, com reconhecimento do MEC, em 2008, só pude obter o título do nível I pela FEBRAP posteriormente, através do Instituto Cosmos de Brasília, devido à falência e desfiliação do Cosmos de Recife-PE.

Atualmente, encontro-me em fase final da Formação para Didata e Supervisora de Psicodrama (níveis II e III), ajudando a compor um núcleo de psicodrama em João Pessoa, que, em parceria com a professora Cida Padovan, de Brasília, e algumas psicodramatistas de Recife, empreendemos criar, aqui nesta cidade, uma turma de Formação em Psicodrama (nível I) que iniciou em março de 2015. No momento estamos vinculadas (os) ao Instituto de Psicodrama e Máscaras e à Faculdade Sete de Setembro, de Fortaleza-CE.

O Psicodrama, grosso modo, é uma forma de intervenção terapêutica baseada na ação dramática. É com este termo que se faz mais conhecido o legado de Jacob Levi Moreno, um médico romeno, que, segundo Marineu (1992), almejava ser médico de família, e que criou, na verdade, um amplo sistema teórico e metodológico com o objetivo de tratar, não só as pessoas, mas também os grupos e a sociedade.

Lembremos de que, em 1931, Moreno não tinha a menor ideia de que um dia ele próprio haveria de trabalhar no campo da saúde mental. Fundamentalmente, estava trabalhando para vir a ser médico de família. (MARINEAU,1992 p.43)

Identifico uma aproximação entre o sistema moreniano, que será melhor explicado mais adiante, e as diretrizes e princípios da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que esta propõe uma abordagem integral à saúde e, tendo a família e a comunidade como seus focos de atuação, não deixa de contemplar o indivíduo na sua singularidade e no seu contexto. Percebo que este sistema teórico-metodológico traz

uma perspectiva de valorizar e aproveitar todos estes elementos, no trabalho com a saúde.

Reconhecidamente importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje a ESF apresenta um acúmulo importante de produções teóricas e de experiências exitosas. Atualmente encontra-se presente em quase a totalidade dos municípios brasileiros, embora ainda não tenha chegado para muitas famílias, principalmente na zona rural das regiões norte e nordeste (SOUZA, FRANCO e MENDONÇA, 2014), situação que tem sido enfrentada, nos últimos anos, com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos do Brasil.

Observa-se que entre regiões e municípios diferentes, a ESF se estrutura de maneiras bem diversas, de acordo com o contexto local, sob influência dos aspectos econômico, político, cultural, técnico e de intencionalidades.

Apesar do discurso institucional de priorização da atenção básica, vemos que na realidade este discurso nem sempre se traduz em medidas e padrões de atitudes concretos de apoio, valorização e reconhecimento, por parte das gestões públicas. A ESF ainda é vista com certo preconceito por muitos dos que fazem os outros níveis de atenção à saúde, por usuários e até mesmo por muitos gestores.

No município de João Pessoa-PB, as unidades de saúde da família, algumas construídas há pouco tempo, para abrigar até quatro equipes, trazem a marca do descaso com a proposta em questão, bem como com a população e os trabalhadores que ali atuam. Faltam manutenção, medicamentos, equipamentos básicos, estrutura e ambiência adequadas, entre outros.

A presença de quatro equipes de saúde da família compartilhando a mesma estrutura física ao mesmo tempo, cria uma situação em que, em cada uma destas unidades, o grupo de trabalho passa a ser constituído por um número em torno de 70 pessoas.

Para a Estratégia Saúde da Família, centrada no trabalho de uma equipe junto a uma comunidade, um grupo tão numeroso de profissionais já representa um desafio à construção de uma coerência interna no funcionamento da unidade. Porém, a situação é agravada pela forma como se dá o gerenciamento desta. As decisões relevantes são trazidas da gestão central para as reuniões, sem que haja muito espaço para se discutir o que já está decidido. As queixas e insatisfações não

encontram espaço de expressão e resolução, permanecendo veladas e gerando condutas não compreendidas.

Observam-se boicote a certas iniciativas de colegas, clima de disputa entre as equipes, desinteresse ou falta de motivação para o desempenho das atribuições por parte de alguns trabalhadores, estresse e insatisfação, gerando até o adoecimento frequente destes profissionais.

Este é o contexto em que se encontra a Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Conquista, no bairro Alto do Mateus, onde se realizou este trabalho, e onde atuo desde 2014 como médica e preceptora da RMFC.

Várias questões têm sido apontadas como entraves ao desenvolvimento do trabalho em equipe na saúde, desde as inerentes aos atributos pessoais, à composição da equipe e ao sistema de ensino, que privilegia a formação de maneira isolada, até as questões de organização do processo de produção em saúde (PINHO, 2006).

No entanto, são atitudes cotidianas, influenciadas por múltiplos fatores, que determinam em última instância o potencial da equipe de trabalho na Estratégia Saúde da Família em promover a saúde.

O processo de trabalho na saúde envolve um cruzamento de subjetividades entre os profissionais, e destes com a pessoa a quem é dirigida sua ação de cuidado, como já tem sido apontado por vários autores, a exemplo de Campos (1997) e Vasconcelos (2006). Na atenção básica observo a acentuação deste aspecto, em função da convivência longitudinal e da proximidade com a realidade do lugar, da dinâmica da vida e da cultura das pessoas e da comunidade.

Esta proximidade geográfica e temporal, que pode representar elemento de potencialização na produção do cuidado, pode também ser fonte de dificuldades, conflitos e estranhamentos diante das diferenças de valores, conhecimentos, oportunidades e atitudes.

Este cruzamento de subjetividades gera e alimenta emoções vividas de forma inconsciente, e que determinam as escolhas e atitudes dos profissionais e usuários nessa relação intersubjetiva.

Vasconcelos afirma:

O profissional de saúde, uma vez que trabalha com os momentos de crise mais intensa das pessoas, tem acesso e é envolvido num turbilhão nebuloso

de sentimentos e pensamentos, em que elementos inconscientes da subjetividade se tornam poderosos. (VASCONCELOS, 2006, p. 62)

Neste contexto, a importância da emoção deve ser considerada, bem como deve ser reconhecida a lacuna existente no sistema educativo e na formação profissional que desprivilegia este aspecto tão importante da vida humana, e que tem papel fundamental na convivência grupal e no desenvolvimento do trabalho em saúde.

Segundo Maturana,

...é a emoção que define a ação. É a emoção a partir da qual se faz ou se recebe um certo fazer que o transforma numa ou noutra ação, o que o qualifica como um comportamento dessa ou daquela classe. (MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004, p. 10)

Em que pese os múltiplos aspectos envolvidos no processo de trabalho das equipes de saúde da família, busca-se, aqui, o foco sobre a dinâmica relacional e interação grupal, partindo do seguinte questionamento: diante das constantes tensões e desafios, considerando a amplitude de atribuições assumidas e as limitações contextuais, de recursos materiais, humanos, estruturais etc., quais são as potencialidades e os limites de uma equipe de trabalho na Estratégia saúde da Família, mediante uma abordagem socionômica?

Nesta busca, a opção teórico-metodológica apresentada encontra-se no sistema filosófico-conceitual de J. L. Moreno, a que chamamos de socionomia, e no referencial da Educação Popular calcada na influência de Paulo Freire.

Espera-se com esta pesquisa promover reflexões e mudanças no processo em questão, através de abordagem participativa, educativa e terapêutica na superação das dificuldades encontradas pelas pessoas envolvidas. Busca-se contribuir com o desenvolvimento de novas abordagens do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, no sentido de subsidiar decisões de gestão do trabalho e da educação permanente, assim como influenciar elementos curriculares dos cursos da área de saúde.

## 1.1 Objetivos

O objetivo deste trabalho foi analisar as potencialidades do grupo (convivência grupal), enquanto equipe de trabalho, para o enfrentamento das dificuldades inerentes ao contexto da Estratégia Saúde da Família.

Comtemplando a construção do conhecimento e o processo de intervenção na realidade, que caracteriza a pesquisa-ação como escolha metodológica, buscamos alcançar os seguintes objetivos específicos: envolver a participação de profissionais que atuam na USF Nova Conquista na realização de pesquisa ação; discutir, com o grupo de pesquisadores, a questão do trabalho em equipe na saúde, do ponto de vista dos aspectos práticos, como também dos conceitos e reflexões teóricas atuais; caracterizar o contexto do trabalho em equipe na USF Nova conquista, com suas dificuldades e limitações, observando a implicação da intersubjetividade; planejar e implementar, em conjunto com as pessoas envolvidas, uma proposta de ação educativa/transformadora da prática do trabalho em equipe, com base no sociodrama; e avaliar, em conjunto com as pessoas envolvidas, as repercussões das ações desenvolvidas junto aos trabalhadores daquela unidade de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho em equipe é um problema que repercute no processo de organização e nos resultados dos serviços de saúde, interferindo na qualidade de vida e satisfação de todos os envolvidos nesta prática social, incluindo usuários e trabalhadores da saúde. Para o trabalhador representa um desafio a mais na sua atuação profissional, uma vez que a convivência entre diversos saberes, experiências e valores, nem sempre é harmoniosa ou livre de conflitos.

Muitas vezes a falta de recursos individuais e institucionais para enfrentar esses desafios implica em sofrimento e adoecimento para boa parte daqueles que deveriam estar promovendo saúde na sociedade. Muitos estudos têm destacado a precariedade na saúde dos trabalhadores da saúde e um dos fatores relacionados à vulnerabilidade e ao sofrimento no trabalho tem sido as relações inadequadas e relacionamento interpessoal conflitivo na equipe de trabalho, como mostra o estudo de Martines e Chaves (2007).

Vários fatores interferem no desenvolvimento do trabalho em equipe. Entre os aspectos que dificultam este dispositivo, encontra-se a questão da formação acadêmica dos profissionais, que tradicionalmente privilegia o conhecimento e a técnica, deixando de lado os aspectos da ética e desenvolvimento pessoal de atitudes e habilidades ligadas ao relacionamento e construção de vínculos. O problema da formação profissional tem sido colocado pelo Ministério da Saúde.

A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação (BRASIL, 2007).

Martines e Chaves (2007), entre outros autores, nos alertam para a influência do modelo taylorista sobre a organização do trabalho e gestão em saúde, interferindo no trabalho em equipe e fazendo prevalecer traços característicos deste modelo, como a fragmentação do trabalho, burocratização, normatizações técnicas, sistemas de controle de produção de serviços e procedimentos, mecanismos de alienação e imobilidade.

Com o fenômeno da reestruturação produtiva, e a busca da qualidade como fator diferencial para garantir a sobrevivência em um mercado cada vez mais

concorrido e instável, observamos transformações nos processos de trabalho, que chegam a atingir o setor público da saúde, impondo novos desafios (MARTINS e MOLINARO, 2013). Vários estudiosos admitem, entre eles Pires (2000, p. 251), que o setor de serviços, onde se encaixa o trabalho em saúde, “foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva”.

Estas transformações do modelo de produção e organização do trabalho, que alcançam os serviços públicos de saúde, encontram aí a contradição entre os comportamentos e normas tradicionalmente estabelecidos, tendendo a se perpetuar pela força das acomodações, e as novas tendências e exigências colocadas para o momento.

De acordo com Pinho (2006), no campo da saúde a introdução do conceito de qualidade está diretamente relacionada à questão da integralidade da assistência “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Neste sentido, atribui-se grande importância à formação de equipes multidisciplinares, entendendo a necessidade de se alcançar eficiência nas ações.

Na Estratégia Saúde da Família a complexidade dos problemas abordados no âmbito da saúde comunitária exige a integração entre conhecimentos oriundos de várias disciplinas, como também a integração entre os fazeres de diversas categorias profissionais. Torna-se evidente que a eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde são resultantes de um processo de produção coletiva.

Entretanto, a interação entre esses diversos saberes e os vários atores não se faz instantaneamente, apenas por colocarmos um conjunto de profissionais de diferentes categorias trabalhando em um mesmo serviço. Vários aspectos estão implicados no processo de formação de uma equipe de trabalho.

Os estudos sobre equipes e seus processos de formação tiveram início já há algumas décadas, porém são relativamente escassas as suas definições. Uma delas, trazida por Pinho (2006, p.70), considera que equipe é “um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos. ”

Robbins (apud PINHO, 2006) faz uma distinção entre grupo de trabalho e equipe de trabalho:

Grupo é aquele cujo processo de interação é usado para compartilhar informações e para tomada de decisões com objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como a reunião das contribuições individuais de seus membros. A equipe, por sua vez, orienta-se pelos esforços individuais que resultam em um nível de desempenho maior que a soma das entradas. (PINHO, 2006, p.70)

Observe-se que neste conceito de grupo de trabalho, a interação não ocorre na operação em si, mas limita-se ao compartilhar de informações e tomada de decisões. Neste caso o trabalho desempenhado por cada um dos membros do grupo não depende do desempenho do trabalho dos outros. Numa equipe de trabalho, contudo, existem ações desempenhadas conjuntamente, onde o resultado depende do desempenho combinado de todos os membros. Neste contexto, as diversas atuações não apenas se somam, mas se recriam, fazendo emergir novas contribuições coletivas.

## **2.1 Conceito e tipologia do trabalho em equipe**

Peduzzi observa, em muitos estudos sobre equipes de saúde, uma abordagem predominantemente técnica, “em que o trabalho de cada área profissional, é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades” (PEDUZZI, 2001, p.104). Este enfoque não problematiza a articulação entre os trabalhos especializados.

Há estudos que enfatizam o ponto de vista dos resultados, estabelecendo uma concepção de equipe de trabalho como um recurso para aumento da produtividade e racionalização dos custos.

Reconhecendo o potencial do trabalho em equipe na racionalização dos serviços e no incremento de seus resultados, deve-se considerar que o desenvolvimento deste potencial dependerá basicamente de dois aspectos: o desenvolvimento da interdisciplinaridade e o aprimoramento das relações interpessoais.

De acordo com Peduzzi (2001), várias são as conformações possíveis de equipes de saúde, que redundam em dois tipos, com base na articulação entre uma

concepção marxista do trabalho em saúde e a teoria da ação comunicativa de Habermas.

Na concepção marxista, o trabalhador é concebido como elemento do processo de trabalho, inserido na relação entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades. Está inserido também no processo de divisão do trabalho, onde se assinalam o fracionamento e ao mesmo tempo a complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados. Considera que o processo de divisão do trabalho inclui as dimensões técnica e social, uma vez que a divisão técnica está imbuída das relações políticas e ideológicas.

Habermas (apud PEDUZZI, 2001) considera a relação recíproca entre trabalho e interação. Trabalho como ação racional visando determinado resultado, abarcando ação instrumental e ação estratégica; e interação como ação comunicativa, simbolicamente mediada, regida por normas consensuais e fundada na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo.

No agir comunicativo a fala é orientada para o entendimento mútuo, pressupondo a sinceridade ou autenticidade do interlocutor; a verdade das afirmativas ou enunciados proferidos; e a correção das normas que subjazem aos enunciados.

Partindo destas concepções teóricas, a autora nos coloca a distinção entre a equipe agrupamento, caracterizada pela justaposição de ações e agrupamento de profissionais, e a equipe integração, que apresenta uma articulação de ações e interação de agentes. Esta última consoante com a proposta de integralidade das ações de saúde e a necessidade de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

De acordo com esta tipologia, identificam-se cada uma delas a partir dos seguintes critérios: tipo de comunicação entre os agentes do trabalho; existência ou não de um projeto assistencial comum; maior ou menor desigualdade dos trabalhos, bem como sua arguição; existência ou não de flexibilidade na divisão do trabalho; tipo de autonomia técnica. Estes critérios estão apresentados na Tabela abaixo.

Tabela 1 – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe Integração	Equipe Agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: PEDUZZI, M. 2001

Um projeto assistencial comum, característica fundamental de uma equipe do tipo integração, é construído com base no diálogo que estabelece um compartilhamento de valores e concepções. Se constitui no eixo que norteia a dinâmica cotidiana de trabalho e interação.

Na equipe integração a comunicação se dá como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. A execução das intervenções está intimamente relacionada à comunicação dos profissionais, mediante o estabelecimento de linguagens comuns, e a construção de propostas e objetivos comuns. Neste caso a comunicação instrumentaliza não somente a técnica, mas também a compreensão mútua. Obviamente este processo não se dá isento de conflitos e desencontros, tendo em vista a diversidade de concepções existentes entre os membros de uma equipe de trabalho e a influência das concepções hegemônicas no âmbito deste.

Uma possibilidade é que a comunicação não se realize ou esteja restrita a otimização da técnica. Outra forma de comunicação é a que se restringe a dimensão das relações pessoais, baseada na constituição dos afetos particulares. Nesta, a concepção do trabalho em equipe fica reduzida a lógica das boas relações interpessoais dissociadas do fazer coletivo.

Quanto à divisão do trabalho, observa-se em ambos os tipos de equipe a distinção entre as diversas especialidades, que correspondem a saberes e intervenções distintas. Da distinção técnica, de saberes e práticas decorre a

diferenciação de valores atribuídos a cada uma delas correspondendo a distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais atribuídas a diferentes áreas profissionais.

As desigualdades entre os diferentes trabalhos podem se apresentar em maior ou menor grau, bem como podem ser dadas como determinação sem questionamentos, ou ser objetos de arguição e diálogo. Porém, como nos revela Peduzzi (2001, p.107), “na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe” e “quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho”.

Na ESF a natureza do trabalho favorece a diminuição destas diferenças na medida em que se desenvolve um campo de atuação comum a todos os profissionais, ao mesmo tempo em que continua se destacando a importância dos núcleos específicos de cada profissão.

Favorecendo nosso entendimento e o desenvolvimento de uma prática e uma formação profissional que corresponda às necessidades do trabalho na saúde, Campos sugere os conceitos de Núcleo e Campo de Competência e de Responsabilidade dos profissionais. “Por núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade” (CAMPOS, 1997, p. 248). Trata-se do conjunto de elementos que estabelecem a identidade profissional, constituído por conhecimentos e ações de competência exclusiva de cada profissão. “Por campo entender-se-iam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades” (CAMPOS, 1997, p. 249). A existência de um campo comum de atuação a todos os profissionais estabelece uma abertura para interação e o trabalho em equipe. No Campo de Competência e Responsabilidades dos profissionais da ESF estão algumas atribuições como a realização de atividades educativas e conhecimentos como os princípios norteadores do SUS, etc.

Trata-se de reconhecer a existência e a importância das especificidades de cada categoria de trabalhadores, pois estas representam a possibilidade de contribuição de cada um e de aprimoramento do conhecimento e do desempenho em cada aspecto particular do trabalho. No entanto, a coexistência de ações privativas das distintas profissões e ações que podem ser executadas indistintamente por várias

delas, estabelece uma flexibilidade na divisão do trabalho. Esta é uma condição indispensável para o enfrentamento dos problemas apresentados no cotidiano dos serviços de saúde e, sobretudo os da atenção primária, na perspectiva da integralidade das ações e da constituição de uma equipe integração.

Outro aspecto que ajuda a distinguir o tipo de equipe que se apresenta no trabalho é a questão da autonomia técnica. A autonomia é um fator primordial no processo de trabalho de cada especialidade no campo da saúde, e sua abrangência está condicionada a legitimidade técnica e social do saber operante que fundamenta a ação de cada profissional. Numa equipe integração esta autonomia técnica tem o caráter de interdependência em relação aos vários agentes, uma vez que se reconhece a complementaridade dos trabalhos especializados.

Numa equipe do tipo agrupamento pode haver duas possíveis concepções de autonomia. Uma autonomia plena, onde se busca uma prática de independência no desempenho profissional, e uma ausência de autonomia, onde faltam as condições para a tomada de decisões e iniciativas.

O conceito de equipe trazido por Peduzzi se estabelece sob a perspectiva da integração dos trabalhos e traz o contexto das relações intersubjetivas como elemento referencial na sua definição.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 2001, p. 108)

A partir desta compreensão das dimensões técnica e relacional do trabalho em equipe na saúde, destaco a importância deste como fonte de aprendizado profissional, e como dispositivo primordial no alcance de resultados nos serviços. Trata-se de um fenômeno inscrito na convivência humana, para o qual é necessário desenvolver recursos pessoais e grupais no sentido de enfrentar a realidade de forma a transformá-la.

Neste sentido se coloca como desafio, olhar para a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família como um grupo social, compreendendo a sua dinâmica e suas possibilidades de desenvolvimento, e trabalhar na perspectiva da construção

de uma equipe integração, com essa complexidade multidimensional que inclui o técnico, o relacional, o político, o ético, o cultural, etc.

## 2.2 O olhar da sicionomia

Através de extensos estudos sociométricos, Jacob Levi Moreno observou a dinâmica de diversos tipos de grupos e pequenas comunidades e apresentou formulações a respeito dos princípios que regem o funcionamento grupal.

“Um procedimento verdadeiramente terapêutico não pode ter um objetivo menor que o todo da humanidade” (MORENO, 2008, p.41). Assim dizia Moreno e esta era a sua pretensão, desenvolver um sistema teórico, filosófico e metodológico que tivesse o potencial de alcançar a sociedade como um todo, através da abordagem aos pequenos grupos, a partir de uma visão holográfica.

Em seus estudos e experimentos, partiu do princípio de que a humanidade é uma unidade que tem uma organização, e as tensões entre suas inúmeras partes as levaria ora a se separarem ora a se juntarem, compondo múltiplas possibilidades de atrações, repulsões, indiferenças e seus derivativos, com repercussões diretas e indiretas, no todo e nas partes próximas e distantes (MORENO, 2008).

A este sistema teórico, filosófico e metodológico, Moreno denominou Sicionomia, conceituando-o como “a ciência das leis sociais” (MORENO, 1974, p.39). Sua etimologia vem do latim “*socius*”, que significa companheiro, grupo, e do grego “*nomos*”, regra, lei. Ocupa-se, portanto, de estudar as leis que regem o comportamento social e grupal do homem.

Alinhada ao método fenomenológico-existencial, reconhecidamente pelo próprio Moreno (1983), a sicionomia aborda a complexidade do grupo social, investindo na ação como via que precede a fala e favorece a compreensão da dinâmica social. Ocupa-se de estudar as formações e tensões sociais no aqui e agora, na perspectiva de uma ação transformadora, favorecendo a compreensão dos fatores que atuam na realidade social e na subjetividade humana (MORENO, 1974).

Está alicerçada sobre alguns conceitos e visões desenvolvidos por Moreno, e que estão intimamente vinculados a uma forma de intervir na realidade, tais como: a teoria da espontaneidade/criatividade; a teoria dos papéis; a filosofia do momento; os conceitos de matriz de identidade, locus nascendi e conserva cultural.

A sociodinâmica, a sociometria e a sociatria compõem o tripé constituinte da socionomia. A sociodinâmica estuda o funcionamento das relações entre as pessoas. Seu recurso é o jogo de papéis (role-playing), que permite a compreensão e o desenvolvimento de papéis desempenhados de maneira espontânea e criativa; A sociometria tem por objetivo medir as relações e tem como método o teste sociométrico, que aplicado de forma criteriosa, possibilita quantificar as relações estudadas em termos de escolhas mútuas, rechaços e indiferenças. A sociatria constitui a via terapêutica das relações sociais, através de seus métodos: a Psicoterapia de Grupo, o Psicodrama e o Sociodrama (GONÇALVES, WOLF e ALMEIDA, 1988). Esta divisão é apenas didática, uma vez que cada uma destas bases está presente de forma indissociável na práxis sociométrica.

A contribuição deste sistema teórico-metodológico está baseada em pensar o homem como um ser em relação. Nele o indivíduo é concebido e estudado através de suas relações interpessoais e de seus vínculos. O homem é essencialmente um ser em relação, que não pode ser compreendido como elemento apartado de seu ambiente.

Ao nascer, o ser humano, que não tem completado ainda o seu processo de formação neurológica, encontra-se inserido em um pequeno grupo humano, sua família, e em condições de total dependência, inclusive para sobreviver. Este contexto de relações em que o homem já nasce inserido é denominado por Moreno de Matriz de Identidade. No início de seu desenvolvimento, inserido nesta Matriz de Identidade, o bebê humano vivencia a realidade através de outra pessoa, aquela que cuida diretamente de sua existência, geralmente a mãe. Desta maneira o homem desenvolve sua identidade na relação, à medida que se segue o processo de socialização e integração na cultura. A convivência é, portanto, um fator constante na vida humana desde os primórdios de sua existência. E é no interior dos pequenos grupos que a natureza humana se expressa naquilo que o caracteriza como ser humano, sujeito de relações, apto ao convívio na linguagem.

### 2.2.1 A equipe de trabalho como um grupo social

O grupo social deve ser considerado como algo além da soma de indivíduos. Trata-se de um todo dinâmico com características próprias, definido pela interdependência entre suas partes (Kurt Lewin, 1978).

O conceito de Lewin se aproxima em muito da visão de Moreno, trazendo o grupo numa perspectiva de unidade, em que o todo não é simplesmente a soma de suas partes, nem traz necessariamente as características das mesmas, mas tem suas características próprias.

Podemos considerar, porém, que Moreno avançou mais em proposições práticas de como abordar a questão dos grupos, transcendendo o caminho da linguagem e entrando no universo do imaginário, através do “como se” da experiência dramática.

Com este passo, ele aprofunda as dimensões biopsicológica e sociológica dos grupos, incluindo a dimensão cósmica, ou espiritual, e trazendo à luz a “*vontade do valor supremo* que todos os seres pressentem e que os une a todos” (MORENO, 1974, p.21, 22).

Moreno aborda o grupo numa perspectiva terapêutica, baseada na ideia de desenvolver o potencial natural do ser humano. O objetivo é deixar as pessoas serem o que elas são, o mais próximo possível de seu crescimento natural e o mais livre possível da doutrinação, sem o ideal de modificar o indivíduo ou restaurá-lo à normalidade.

A psicoterapia de grupo foi definida por Moreno (1974, p. 19) como “uma forma especial de tratamento que se propõe, como tarefa, tratar tanto o grupo como um todo, como cada um de seus membros através da mediação do grupo.” Esta definição foi oficializada no Encontro Anual da Associação Psiquiátrica Americana, em 1932 (RUSSO, 1999).

Esta perspectiva terapêutica não se limita, porém, aos grupos formados em torno deste fim, grupos sintéticos, como um grupo de pacientes num serviço de saúde. Os grupos naturais, ou normais, como a família, por exemplo, também são abordados pelo método socionômico, seja com objetivos terapêuticos ou educativos, havendo especificidades que dizem respeito as características destes grupos.

No contexto grupal cada indivíduo tem o potencial de ser terapeuta do outro, através da interação espontânea, a medida em que, progressivamente, compreende sua responsabilidade recíproca e se conduz de acordo com esta. (MORENO, 1974)

As características de um grupo natural são, segundo Moreno (1974, p.31), “a interação entre seus membros, interesses e atividades comuns, mas também um mínimo de coesão interna e diferença dos status”. A sua composição já está dada pela

sua natureza, e sua abordagem se realiza “in situ”, onde as pessoas vivem e atuam. Assim se caracteriza uma equipe de trabalho em saúde da família, um grupo social, natural, constituído em torno do trabalho de assistência á saúde de uma determinada população.

### 2.2.2 O fator tele

No desenvolvimento e conformação dos grupos opera um fator considerado fundamental na dinâmica geral da influência interpessoal. Trata-se do fator tele, definido por Moreno como uma “apreciação” e uma “sensibilidade” pela “estrutura real” da outra pessoa.

O termo origina do grego (distante, agindo à distância) e exprime “um sentimento que é projetado a distância; a unidade mais simples de sentimento transmitida de um indivíduo a um outro” (MORENO, 2006 p. 135). É a capacidade de perceber de forma objetiva o que ocorre nas situações e o que se passa entre as pessoas. Moreno afirma o seu caráter mútuo, considerando que “o fenômeno Tele é a empatia ocorrendo em duas direções”.

Tele é definida como um processo emotivo projetado no espaço e no tempo em que podem participar uma, duas ou mais pessoas. É uma experiência de algum fator real na outra pessoa e não uma ficção subjetiva. É, outrossim, uma experiência interpessoal e não o sentimento ou emoção de uma só pessoa. Constitui a base emocional da intuição e da introversão. Surge dos contatos de pessoa a pessoa e de pessoa a objeto, desde o nível do nascimento em diante, e desenvolve gradualmente o sentido das relações interpessoais. O processo tele é considerado, portanto, o principal fator para determinar-se a posição de um indivíduo no grupo. (MORENO, 2006 p. 295)

Por volta dos seis meses a criança demonstra capacidade de percepção objetiva de expressões, objetos e pessoas, manifestando respostas adequadas ao que percebe. O fator tele assemelha-se a essa percepção combinada com resposta, sem que se possa confundir com percepção visual, ou limitar à comunicação pela linguagem.

(...) o fenômeno tele opera em todas as dimensões da comunicação e é, por esta razão, erro reduzi-lo à mera reflexão e à correspondente do processo de comunicação via linguagem. (MORENO, 2008 p.96)

Moreno usa o termo tele para descrever o processo que atrai os indivíduos, uns aos outros, ou o que os repele. Em qualquer grupo, cada indivíduo vivencia atração, neutralidade, sentimentos ambivalentes, ou repulsão, em relação a cada uma das outras pessoas. Todavia, tais sentimentos, com frequência, não são registrados conscientemente e ainda mais raramente são discutidos de forma aberta. O significado do conceito de tele é o que traz essa dinâmica social sutil para a consciência explícita.

A tele está sempre presente nos grupos e é o que faz surgir a sua coesão. Como afirma Moreno “desde a primeira reunião já opera a tele entre os membros de um grupo” (2006, p. 46), e esta deve ser usada pelo terapeuta em favor do seu desenvolvimento. No entanto, frequentemente observamos que no lugar da percepção realística surgem algumas distorções que dão lugar a projeção de fantasias irrealis, originadas em experiências anteriormente vividas. A este fenômeno Moreno atribuiu o significado de transferência, que representa a expressão psicopatológica da tele.

A transferência pode ser definida como o ramo psicopatológico da tele e a empatia (Einfuehlung), como seu ramo emocional. A tele é conceito social, opera no plano social; a transferência e a empatia são conceitos psicológicos, operam no plano individual. (MORENO, 2008, p.251)

Os indivíduos que conseguem desenvolver relações télicas encontram condições favoráveis à experiência da mútua disponibilidade entre duas pessoas, desenvolvendo relações transformadoras. O psicodrama e o sociodrama, bem como a terapia de grupo, se propõem a favorecer os meios que facilitem as relações télicas sobre relações transferenciais.

Através do estudo da tele, Moreno observou os fenômenos que ocorriam nas ligações profundas entre as pessoas, desenvolvendo uma concepção de estados co-conscientes e co-inconscientes, que “são por definição, aqueles que os participantes experimentaram e produziram conjuntamente e que, por conseguinte, só podem ser reproduzidos ou representados em conjunto” (MORENO, 2006, p. 30-31). O conceito de co-inconsciente refere-se a vivências, sentimentos, desejos e até fantasias comuns a duas ou mais pessoas, e que se dão em “estado inconsciente”. (GONÇALVES, WOLFF e ALMEIDA, 1988)

Conteúdos cognitivos e emocionais dos estados co-consciente e co-inconsciente podem ser impeditivos da integração grupal, sendo importante que estes venham a ser observados com a participação de todos os indivíduos envolvidos. Este

conteúdo, uma vez explicitado através da ação dramática, pode favorecer o desenvolvimento grupal.

### 2.2.3 Encontro e transformação social

É importante que se trate aqui do conceito de “encontro”, explicitado por Moreno, que alarga e aprofunda a compreensão de relação interpessoal. Este, segundo ele, é um termo limitado pelas restrições acadêmicas.

“Encontro” significa mais do que uma vaga relação interpessoal (*zwischenmenschliche Beziehung*). Significa que duas ou mais pessoas se encontram não só para se defrontarem entre si, mas também para viver e experimentar-se mutuamente, como atores cada um por seu direito próprio, não como um encontro “profissional” (um investigador de casos, ou um médico, ou um observador participante, e seus sujeitos) mas o encontro de duas pessoas. (MORENO, 2006, p. 307 e 308)

No encontro, as pessoas se compreendem e se vivenciam mutuamente na plenitude do seu ser. Acontece no aqui e agora, no estar presente e aberto ao outro e ao mundo. Nesta presença autêntica, o encontro significa,

Estar junto, reunir-se, contato de dois corpos, ver e observar, tocar, sentir, participar e amar, compreender, conhecer intuitivamente através do silêncio ou do movimento, a palavra ou o gesto, beijo ou abraço, tornar-se um só - *una cum uno*. A palavra encontro contém como raiz a palavra “contra”. Abrange, portanto, não apenas as relações amáveis, mas também as relações hostis e ameaçadoras: opor-se a alguém, contrariar, brigar. (MORENO, 1974, p.79)

É através do encontro que se produz a mudança social, a partir de quatro referenciais principais:

a) o potencial de espontaneidade-criatividade do grupo; b) as partes da matriz sociométrica universal relevantes para sua dinâmica; c) o sistema de valores que tenta superar e abandonar; d) o sistema de valores que quer concretizar. (MORENO, 2008, p.143)

A mudança social referida aqui, para ser condizente com a socionomia e a educação popular, tem seu significado melhor representado pelo termo transformação, que, como afirma Bareicha (2010), constitui um processo mais complexo, ao passo que mudança pode significar mera troca objetiva de um estado ou coisa, por outra. A transformação, para este autor, tem três componentes

inseparáveis (trans/formar/ação), relacionados respectivamente à acepção estética, pedagógica e terapêutica. Ação, do grego, é drama e representa a essência terapêutica da proposta moreniana; Formação é um processo permanente que implica em constituição de valores, muito mais que aquisição de informações; O componente estético, “trans”, manifesta a expressão da realidade, de forma de sensível à interpretação.

A partir de encontros possíveis, as produções e soluções emergem do grupo. Os métodos sociátricos, entre eles o sociodrama, são instrumentos de transformação, que evocam o potencial espontâneo e criativo da comunidade, provocando o surgimento do novo, uma nova ordem social, através dos encontros.

#### 2.2.4 Espontaneidade

As transformações na realidade social se tornam possíveis a partir do ato criativo e espontâneo dos indivíduos e grupos. Criatividade e espontaneidade são atributos essenciais que constituem o ser humano.

O fator espontaneidade é, do ponto de vista evolutivo, o mais antigo e universal a operar no mundo humano. É anterior à libido, à memória e à inteligência. Porém é também o menos desenvolvido e mais frequentemente desencorajado culturalmente, o que resulta em boa parte da psicopatologia e sociopatologia humana.

De acordo com Moreno, “A primeira característica do ato criador é a espontaneidade” (2006, p.84), que representa uma resposta a uma situação nova com a qual nos deparamos, ou uma resposta nova a uma situação já antiga. Outra característica é a sensação de surpresa, de inesperado. O surpreendente e inesperado favorece a quebra de um padrão de respostas. O ato criador está no relacionar-se, não sob a sistemática do nexa causal do processo vital, mas sob a lógica das possibilidades. A irrealidade é outra característica, pois, neste relacionar transforma uma dada realidade, movido por algo anterior e além desta, algo que ainda não faz parte da realidade. Envolve um atuar “sui generis”, ou seja, próprio do criador e livre de condicionamentos e influências prévias; e produz efeitos miméticos.

Durante o processo de atuação criadora a desordem e o caos são aparentes, mas já existe o germe de uma forma definida, de algo novo que ganha existência. Esta aparência informe e anárquica representa a abertura para as possibilidades de criação.

Moreno nos fala do estado de espontaneidade, que representa “o princípio essencial de toda experiência criadora” (2006, p.86). Trata-se de uma disposição interna para criar, que é produzida por um ato de vontade. Não é permanente, mas cíclico e rítmico, e pode ser alcançado através de um processo de aquecimento, ou seja, de um despertar dos recursos físicos e mentais do indivíduo para dar respostas aos desafios e as situações novas que lhe são colocadas. O estado de espontaneidade é produzido por uma libertação.

Outra categoria importante desenvolvida por Moreno (2006) é o conceito de conserva cultural, que se colocaria no extremo oposto de uma escala axiológica, em relação à espontaneidade. A espontaneidade e a conserva cultural são dependentes uma da outra. Como os conceitos de yin e yang, a espontaneidade se converte em conserva e vice e versa. Uma não existe sem a outra.

Conserva cultural é algo permanente, pronto e acabado, ao qual se pode recorrer segundo a vontade ou necessidade. Serve sempre como referência e atua de forma tranquilizadora, garantindo a possibilidade de recorrer a uma “resposta” já construída.

Em nossa sociedade a produção científica e cultural favoreceu uma ampla criação, aprimoramento e distribuição de conservas, resultando em uma tendência generalizada de se recorrer sempre a estas em detrimento da espontaneidade. Há uma grande valorização da conserva. Mas é exatamente no seu auge que surge a necessidade de resgatar a centelha que está em sua própria origem e que se constitui necessidade humana, o ato criador.

### 2.2.5 Teoria dos papéis

Para o estudo das relações e interações grupais, consideramos a importância do conceito de papel, como “o mais importante produto dentro de qualquer cultura específica”, e ao mesmo tempo “o mais importante fator individual na determinação da atmosfera cultural da personalidade” (MORENO, 2006, p.214).

Na ação humana, manifestam-se os papéis e os vínculos, que expressam as dimensões subjetivas da personalidade de maneira observável, ao mesmo tempo em que revelam o contexto sociocultural.

Considerado como unidade de conduta na vida humana, “O papel é a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que

reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (MORENO, 2006 p.27).

Gonçalves, Wolff e Almeida propõem a seguinte definição: “papel é a unidade de condutas inter-relacionais observáveis, resultante de elementos constitutivos da singularidade do agente e de sua inserção na vida social” (1988, p.68). A constituição dos papéis resulta das influências culturais do contexto social e da expressão individual da espontaneidade. Sintetiza elementos privados, sociais e culturais.

Um papel, para ser desempenhado, necessita do seu papel complementar, sendo importante o reconhecimento do vínculo que é estabelecido entre ambos. Para cada papel que desempenhamos, há um contra-papel correspondente, ex.: mãe-filho, patrão-empregado, médico-paciente, colega-colega, etc.

Bustos (2005) afirma que no vínculo se produz a diferenciação entre o eu e os outros. Sem a diferenciação entre o eu e o não-eu, o processo maturativo não se completa, e as relações ficam povoadas de confusão, não havendo reconhecimento de vínculo, mas um funcionamento unitário patológico.

Para Moreno “O desempenho de papéis é anterior ao surgimento do eu. Os papéis não emergem do eu; é o eu quem, todavia, emerge dos papéis” (2006, p.25). Os papéis auxiliam na formação do ego, através da experiência vivencial concreta.

O processo de desenvolvimento dos papéis, em qualquer fase da vida, sob influência do grau de liberdade ou de espontaneidade do indivíduo, segue as seguintes fases: role-taking: é a fase de tomada ou adoção do papel, que consiste em imitá-lo, a partir dos modelos existentes e disponíveis; role-playing: compreende a ação de jogar o papel, explorando suas possibilidades de representação; e role-creating: o desempenho do papel de forma espontânea e criativa.

Segundo Moreno (2008), a constituição dos papéis é anterior ao aprendizado da linguagem. Os primeiros papéis a se manifestarem no bebê humano são os papéis psicossomáticos, operados através do corpo e suas sensações. São os papéis de “ingeridor”, “dormidor”, “andador”, “defecador”, etc.

Esta concepção da psique considera a importância das áreas sem linguagem, admitindo formas de comunicação social sem envolvimento desta. O

fenômeno tele, por exemplo, na concepção moreniana, opera em todas as dimensões da comunicação, não se reduzindo à via da linguagem, seja vocal ou gestual.

Como ramificações do eu, os papéis são também seus precursores, tendendo a se agruparem em unidade. Nesta evolução, surgem os papéis psicológicos, ou psicodramáticos, que são operados pela imaginação, pela fantasia. São os fantasmas, os papéis alucinados e os papéis vividos no contexto dramático. Finalmente temos os papéis sociais, que são os vividos na realidade social. Por exemplo, o papel de estudante, professor, mãe, irmã, etc., que as pessoas exercem nas suas relações.

#### 2.2.6 Desenvolvimento dos grupos

Através de extensas pesquisas sociométricas com diversos grupos de pessoas, Moreno buscou compreender os princípios que regem o funcionamento dos grupos sociais (MORENO, 1974).

Inicialmente com um grupo de bebês no primeiro ano de vida, observou e estabeleceu três fases de desenvolvimento dos grupos, que são o isolamento orgânico, a fase de diferenciação horizontal e a fase de diferenciação vertical. Estas mesmas tendências foram observadas posteriormente em grupos mais complexos (FLEURY, 1999).

O isolamento orgânico é a fase que se caracteriza pelo isolamento entre os membros do grupo. Nesta fase, os indivíduos estão isolados e centrados em si mesmos, apresentando incapacidade de organização grupal, sendo difícil a realização de ações conjuntas. Na segunda fase, de acordo com o grau de proximidade física, os membros começam a se reconhecer e sentir-se atraídos entre si, estabelecendo inter-relações grupais. Esta é a fase de diferenciação horizontal, quando começa aos poucos a formarem-se as díades. A fase de diferenciação vertical começa quando alguns membros passam a se destacar a partir de suas diferenças. Surgem lideranças e subgrupos, que estabelecem configurações de acordo com objetivos comuns a estes. Só depois desta fase é que se torna possível estabelecer e alcançar objetivos comuns a todos.

Com a evolução dos grupos as escolhas tenderam a maior reciprocidade, aumentando o número de pares, surgindo cadeias e triângulos. A esta tendência de evolução dos grupos, das formas mais simples para as mais complexas, Moreno

chamou de Lei Sociogenética.

Com os alunos de uma escola pública em Nova York Moreno utilizou testes sociométricos, aplicados anualmente desde o jardim de infância até a oitava série, ou seja, dos quatro aos quinze anos de idade. Tomando determinado critério, as escolhas podiam ser preferências, rejeições ou indiferenças. O que se observou foi que as escolhas tendem a se dividir desigualmente. Alguns poucos são mais escolhidos e outros em maior número concentram poucas escolhas. A essa desigualdade na distribuição das escolhas sociométricas, Moreno chamou de Lei Sociodinâmica.

Outra tendência observada por Moreno, e que está relacionada ao funcionamento e conformação grupal, é a lei da expansividade socio-afetiva. Esta lei estabelece que cada pessoa tem um limite de outras pessoas com quem consegue se relacionar. Isso também vale para os líderes. Acima do seu limite, o indivíduo não dá conta dos vínculos e pode sofrer tensão, nervosismo, distração, ou negligenciar a relação.

O número de escolhas recíprocas de um indivíduo é denominado status sociométrico, que constitui um referencial diagnóstico importante da posição do indivíduo no grupo e das suas possibilidades de sucesso.

As tendências de escolhas em dupla direção, estabelecendo o aumento da reciprocidade estão diretamente relacionadas ao fator tele, que constitui o fundamento dos relacionamentos saudáveis, ao passo que a transferência, como já foi mencionado, se constitui em fonte originária de conflitos no grupo.

Quando um grupo de pessoas se reúne, inicialmente vive uma fase de indiferenciação/isolamento, em relação àquela possibilidade de novo vínculo e papel. Não existe reconhecimento do Eu, como membro do grupo, e do Outro, como colega de grupo. No entanto, rapidamente este processo de reconhecimento inicia-se de forma simultânea, e os elementos começam a se atraírem mutuamente, relacionando-se inicialmente em pares. Este é um momento muito importante no desenvolvimento dos grupos, pois é quando as percepções podem iniciar-se de forma saudável ou transferencial. Dos pares, evoluem sociometricamente para a formação de relações triangulares, que representam um grande passo para a circularização, visto que esta é composta pelo somatório de triângulos existentes. Segundo Bustos, o círculo “é a configuração típica de uma boa coesão grupal. (...). Aqui a relação se conserva sem a necessidade de um controle direto: há maior mobilidade entre os vínculos estabelecidos” (1979, p.41-42).

De acordo com Fonseca Filho (2008), a fase de circularização e de inversão de papéis representa o momento em que a relação Eu-Eles dá lugar ao Eu-Nós. Significa maior coesão e desenvolvimento grupal, quando o clima afetivo de frieza e distanciamento terá se transformado em intimidade e envolvimento. Vale ressaltar que os grupos oscilam em fases diferentes indo e vindo, de acordo com suas mudanças.

No que se refere à construção dos grupos, Moreno pesquisou e comprovou que a diretriz básica, que vem a garantir tanto o bem-estar dos indivíduos como sua produtividade está em cada pessoa poder escolher com quem deseja estar em cada momento e em cada atividade que realiza. Como afirma Bustos (1979, p.38) em um grupo de trabalho, o mais adequado seria “colocar a pessoa em um lugar onde estão suas primeiras eleições positivas”.

### **2.3 O olhar da educação popular**

A educação popular entra nessa pesquisa, primeiramente, ajudando a demarcar o seu posicionamento valorativo, à medida em que é reconhecida e adotada como uma postura e uma prática comprometida com a justiça social, a democracia e os interesses das classes populares.

Tomando como referência estes valores, busca-se, na educação popular, sua contribuição para o fortalecimento das pessoas enquanto seres dotados de autonomia na sua maneira de sentir/pensar/agir.

Como afirma Sales (1999, p.115),

“A Educação Popular é a formação de pessoas mais sabidas e mais fortes, (...) um modo orgânico e participativo de atuar na perspectiva de realização de todos os direitos do povo...”

Trata-se de um paradigma teórico (GADOTTI, 2007) e um modo de atuar que encoraja os indivíduos no aprofundamento, organização e transformação de seu saber e sua prática, sempre em relação com outros saberes e práticas, na perspectiva de transformação da sociedade e de preservação da natureza.

A Educação Popular parte da consideração da diversidade humana e da diversidade de mundos possíveis, tomando a história como possibilidade e não como fatalidade. Trabalha buscando a visibilidade do que foi escondido e procura dar voz

aos que não são escutados, na perspectiva da realização dos sonhos, esperanças e utopias (GADOTTI, 2007).

### 2.3.1 Humanização e transformação social

Ao refletir sobre o significado da educação, Freire (2001) afirma que o núcleo deste processo está na condição de “ser inacabado” que constitui o próprio homem, na busca de ser mais.

A busca de ser mais é uma busca permanente de si mesmo, a partir da consciência de seu inacabamento, na qual o ser humano é sujeito, mas não está sozinho. Esta busca deve ser feita em comunhão com outros seres, outras consciências. Ser mais para o homem significa ser livre, ser com o outro e com o mundo. Esta é a natureza do humano.

A humanização, na perspectiva freireana, significa a condição de realizar a natureza humana, de ser sujeito em relação com o mundo e com os outros sujeitos. Neste sentido, é preciso considerar as situações de desumanização que se dão nas estruturas sociais, nas quais umas consciências são tomadas como objeto de outras, o homem é reduzido à condição de coisa. Esta é uma condição sustentada por uma sociedade classista, dividida entre opressores e oprimidos.

Tanto oprimido quanto opressor, nestas condições, encontram-se aquém de suas possibilidades de realização, enquanto ser humano. Para Freire (2001), a busca de “ser mais”, individualmente, se traduziria em um “ter mais”, que é uma forma de “ser menos”.

A educação popular atua no sentido de denunciar a realidade opressiva que desumaniza o homem, e de anunciar uma nova realidade a ser criada por todos. Todos somos corresponsáveis pelo mundo que criamos.

O mundo de acontecimentos, de valores, de idéias, de instituições. Mundo da linguagem, dos sinais, dos significados, dos símbolos. Mundo da opinião e mundo do saber. Mundo da ciência, da religião, das artes, mundo das relações de produção. Mundo finalmente humano.  
Todo este mundo histórico-cultural, produto da práxis humana, se volta sobre o homem, condicionando-o. Criado por ele, o homem não pode, sem dúvida, fugir dele. Não pode fugir do condicionamento de sua própria produção. (FREIRE, 2001, p. 46-47)

Considerando a realidade como criação do homem, Freire (2001) aponta que cabe ao homem transformá-la no sentido de que seja favorável ao seu pensar e atuar. Isso se torna possível a partir de uma atitude de compromisso do homem consigo próprio, com o mundo e com o outro.

Esta é a condição fundamental para se anunciar o novo na estrutura social. O novo que ainda não existe, mas que já se faz referencial para uma mudança necessária e já começa a ser construído a partir de uma atitude utópica frente ao mundo. Para Freire,

O utópico não é o irrealizável; a utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar, o ato de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante. Por esta razão a utopia é também um compromisso histórico. (1979, p. 20)

### 2.3.2 Conscientização

Na visão de Romaña (2004, p.39), o essencial da teoria freireana é apontar a possibilidade de a educação “produzir a evolução da consciência do sujeito-aprendiz”.

Conscientização, segundo Freire (1979, p.15) “consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência”, implica em ultrapassar a experiência de apreensão da realidade para alcançar uma esfera crítica, assumindo uma posição epistemológica. Neste processo a realidade é testada, é penetrada em sua essência fenomênica. A conscientização exige ação-reflexão. “Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens”.

Outro aspecto importante da conscientização é que ela é um processo permanente. Se dá na relação consciência-mundo, em que toda mudança, tudo o que surge como novo passa a ser objeto de nova contemplação crítica da consciência.

A conscientização, que se apresenta como um processo num determinado momento, deve continuar sendo processo no momento seguinte, durante o qual a realidade transformada mostra um novo perfil. (FREIRE, 1979, p. 16)

Na dialética entre a mudança e a estabilidade (ambas dimensões da estrutura social) encontram-se várias possibilidades de criação e de ruptura, e, por outro lado, de cristalização e normalização desta estrutura. Para Freire, “Se os

homens, como seres que atuam, continuam aderindo a um mundo ‘feito’, ver-se-ão submersos numa nova obscuridade” (1979, p. 16).

No sentido de observar a evolução da consciência, possibilitada pelo processo de educação, Freire define seus três níveis, denominados de consciência mágica, consciência ingênua e consciência crítica ou reflexiva.

A consciência mágica é aquela que se deixa levar pelas opiniões dos outros, julgando-se inferior a eles. Alheia à compreensão da realidade a sua volta, aceita interpretações superficiais e condicionadas por interesses de dominação; a consciência ingênua opera de maneira inversa à anterior, julgando-se superior e considerando que suas opiniões estão corretas. Acha que compreende os fatos, bem como suas causas e consequências, e age como se os tivesse sob controle; já a consciência crítica é o nível mais elevado de consciência, quando há uma estreita relação entre reflexão e ação, em que se problematiza a realidade dos fatos reconhecidos, indaga sobre a sua estrutura, as causas e consequências. Neste nível de consciência o sujeito pesquisa, pergunta, sente curiosidade e se arrisca a fazer previsões (Romana, 2004).

Segundo Freire a propriedade fundamental da consciência é sua intencionalidade. Ela “é, por essência, um ‘caminho para’ algo fora de si mesma, que a rodeia...”(FREIRE, 1979, p.44). Neste sentido, a educação libertadora é um processo co-intencional entre os sujeitos, para o qual o diálogo constitui o instrumento por excelência.

### 2.3.3 Diálogo

Para Freire (1979, p.42), “o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo”. Trata-se de uma necessidade existencial, uma vez que se constitui na via pela qual o ser humano encontra o sentido de sua existência.

Não se trata de depositar ideias no outro, nem de permutar ideias ou de polemizar. Trata-se de um encontro entre sujeitos no qual a ação e a reflexão são inseparáveis e se direcionam para o mundo no sentido de transformá-lo.

Exige compromisso e amor profundo pelo mundo e pelo outro. “O amor é ao mesmo tempo o fundamento do diálogo e o próprio diálogo” (FREIRE, 1979, p. 42).

Não existe numa relação de dominação, mas numa relação de responsabilização e de aceitação.

O diálogo pressupõe também a humildade de se saber limitado e de considerar a riqueza do encontro com o outro, na tarefa de aprender e atuar juntos. Não pode haver diálogo diante da arrogância em que se supõe que um sabe mais ou tem mais valor que o outro.

Outra exigência do diálogo é a fé no homem, em seu poder criativo e realizador, que lhe é inato e que embora possa estar submerso em uma situação de alienação, haverá sempre a possibilidade de ser reanimado.

O amor, a humildade e a fé no ser humano produzem o clima propício ao diálogo, onde há confiança e colaboração entre os que dialogam.

A esperança também é uma condição essencial, que move as pessoas em busca constante de sua completude, em comunhão com os outros, uma vez que se tem consciência do seu inacabamento. A esperança leva a luta, a busca. Diante de uma ordem injusta, conduz à procura da humanização que lhe foi negada.

O diálogo, como encontro de homens que pretendem ser mais lucidamente humanos, não pode praticar-se num clima carregado de desesperança. Se os que dialogam não esperam nada de seus esforços, seu encontro é vazio, estéril, burocrático, cansativo. (FREIRE, 1979, p.43)

O diálogo também só é possível mediante o pensamento crítico, que reconhece a realidade como um processo de evolução e de transformação, não como uma entidade estática. O pensamento crítico está submerso na temporalidade e não se separa da ação, como também não aceita a dicotomia entre o homem e o mundo, nem entre um e outro homem. Faz prevalecer a solidariedade e a coragem em lugar do isolamento e do medo.

No contexto social em que se insere o trabalho em saúde, nas relações que se estabelecem entre as pessoas, organizações e instituições, é preciso fortalecer o diálogo na perspectiva de uma ação educativa e terapêutica (no sentido do cuidado). Considero a intersecção entre estas ações que são em essência ações de transformação.

Há muitos aspectos em que os pensamentos de Moreno e de Paulo Freire se aproximam, se reforçam e se complementam entre si, sobretudo no que se refere

à confiança que ambos demonstram no potencial do ser humano para ser, no sentido de ser humano, diante de uma sociedade desumanizante.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Este estudo situa-se no campo das ciências sociais, consistindo em uma pesquisa qualitativa que se caracteriza por trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, aspectos da realidade que correspondem “a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 2009, p. 21).

Utilizou-se a estratégia da pesquisa-ação, definida como:

“...um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 1986, p.14)

Para Thiollent, a estrutura da pesquisa-ação pode ser aplicada a uma grande diversidade de propostas, do ponto de vista valorativo, desde aquelas de orientação emancipatória, até as propostas “eficientizantes” de caráter técnico/organizativo. Importa, para este autor, a garantia do rigor metodológico adequado, embora diferenciado da pesquisa tradicional, ao considerar sua dimensão de pesquisa científica no campo das ciências humanas que aborda as interações sociais.

Além do caráter de pesquisa, é próprio da pesquisa-ação a sua organização em torno de uma ação planejada, que é concebida, desenvolvida e avaliada, de forma participativa, pelos envolvidos na situação (THIOLLENT, 1986).

Existem, portanto, três dimensões essenciais que caracterizam a pesquisa-ação, quais sejam, a pesquisa, a ação e a participação.

A ação de que se trata é uma ação planejada a partir dos problemas identificados e refletidos na situação e na prática rotineira, visando a necessidade de mudança e aprimoramento. A questão da mudança é central neste tipo de pesquisa, e está vinculada a seu aspecto ético e valorativo, uma vez que se questione que mudança é desejada e por quem.

Há sempre um referencial para a mudança, que encontra sua definição na terceira dimensão citada anteriormente, a da participação. Sem participação não há

pesquisa-ação na perspectiva de vários autores (THIOLLENT, 1986; BARBIER, 2004; TRIPP, 2005). Kurt Lewin (1978), que é considerado um dos pioneiros desta proposta, desenvolveu-a na perspectiva da democracia como um valor essencial a ser desenvolvido.

Existem múltiplos entendimentos acerca da pesquisa ação. Alguns apontam sua conciliação com os procedimentos clássicos da pesquisa, se aproximando de uma visão tradicional de ciência. Porém, é necessário considerar que a pesquisa ação se distingue da pesquisa tradicional, na medida em que está mergulhada e altera o contexto a ser observado.

Segundo Barbier (2004), defensor de uma visão mais radical de pesquisa ação, ela exige uma mudança de atitude filosófica do pesquisador, no que tange a sua própria relação com o mundo. Exige também formas de raciocínio mais flexíveis, que não se enquadram em regras formais e enfatizam componentes dialógicos, argumentativos e discursivos (THIOLLENT, 1986).

O presente trabalho adota a perspectiva de uma pesquisa ação existencial, descrita por Barbier, que propõe a superação do paradigma científico tradicional para as ciências sociais, transcendendo seus limites e entrando na dimensão filosófica da existência humana.

Inspirado em Lewin, a estratégia da pesquisa-ação se constitui em um espiral com suas fases de planejamento, ação, observação e reflexão, seguido de novo planejamento, ação, etc., o que promove um efeito recursivo de uma reflexão permanente sobre a ação, gerando conhecimento e melhorias.

### **3.2 Instrumentos utilizados**

Considerando o caráter dinâmico e multidimensional do processo, sempre inacabado, que representa o contexto estudado, este trabalho lançou mão de alguns métodos e técnicas adequados aos princípios e características da pesquisa-ação, integrando teoria e prática num contexto de mudança permanente em que o pesquisador está implicado. Tais instrumentos metodológicos foram escolhidos em função de sua consonância com as bases teóricas deste estudo.

Foram utilizados como técnicas de intervenção e coleta de dados da pesquisa, a observação participante, o sociodrama, as rodas de conversa, a Tenda do Conto e a Terapia Comunitária (TC).

A observação participante se caracteriza como:

...um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. (...) fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles... (MINAYO, 2009, p.70).

Optou-se por uma observação participante predominantemente existencial, de acordo com a perspectiva adotada nesta pesquisa ação (BARBIER, 2004), caracterizada como uma observação participante completa, que segundo Adler e Adler (apud BARBIER, 2004), é aquela em que o pesquisador está implicado desde o início, neste caso, por ser membro do grupo antes do começo da pesquisa. Os registros foram feitos em diário de campo.

O sociodrama é considerado um método de intervenção baseado na ação dramática, em que o protagonista é o próprio grupo.

De acordo com Nery, Costa e Conceição (2006, p. 305), o sociodrama “é um método de pesquisa interventiva, que busca compreender os processos grupais e intervir em uma de suas situações-problema, por meio da ação/ comunicação das pessoas”. Segundo Moreno (2006, p.415), “pode-se, na forma de sociodrama, tanto explorar, como tratar, simultaneamente, os conflitos...”.

O sociodrama, como uma técnica de ação pensada por Moreno, utiliza-se de cinco instrumentos e é constituído de três etapas.

Dos instrumentos temos o palco, que é o lugar da ação dramática, espaço multidimensional e flexível, onde se experimenta a liberdade de se expressar e experimentar. No palco, realidade e fantasia não se conflitam, mas são funções da esfera psicodramática; o segundo instrumento é o sujeito ou protagonista, no caso o grupo, que é convidado ao palco para representar ele mesmo; o diretor é o terceiro instrumento, que tem as funções de produtor, terapeuta e analista social; o quarto elemento, a equipe de egos-auxiliares, que são atores participantes que representam papéis requeridos pelo mundo do sujeito. Além de ator, cumpre as funções de terapeuta auxiliar e de observador social; o quinto elemento é o público ou plateia, o conjunto dos demais participantes da sessão, que acolhe o sujeito e o ajuda com seu compartilhar e pode também ser contemplado pelo que foi dramatizado (MORENO, 2008; GONÇALVES, WOLFF e ALMEIDA, 1988).

As etapas do sociodrama são: o aquecimento, a dramatização e o compartilhamento (MORENO, 2008).

O aquecimento é a preparação inicial para a ação dramática, que deve contemplar a todos os participantes, desde o diretor até a plateia, passando pelos protagonistas e ego-auxiliares. Utilizam-se de estímulos físicos e intelectivos para pôr em disponibilidade os recursos pessoais de cada participante. O aquecimento é gradual e se dirige no sentido de um processo criativo, iniciando com o aquecimento inespecífico e passando ao específico à medida que se manifesta o protagonista ou tema protagônico.

A dramatização é a fase criativa em que se dá a ação propriamente dita. Esta fase manifesta a elucidação dos conflitos, bem como os encaminhamentos e resoluções encontradas.

O compartilhamento é a fase em que cada participante pode expressar os seus sentimentos e experiências mobilizados a partir da dramatização. É um momento em que o grupo se identifica com o que foi exposto, se colocando dentro da experiência e se expondo junto ao protagonista, sendo importante evitar análises críticas.

A roda de conversa tem sido apontada como recurso metodológico para a pesquisa (MELLO et al, 2007), para a prática educativa (AFONSO e ABADE, 2008) e para a finalidade do cuidado em saúde (SAMPAIO et al, 2014).

Está baseada em fundamentos da psicologia e da educação, se caracterizando como espaço coletivo de encontro e construção compartilhada, onde se busca o diálogo e a participação consciente, de maneira voluntária e corresponsável.

Tomam-se como base as experiências dos círculos de cultura, onde a presença de cada indivíduo representa uma fonte original e única de saber. A cultura é considerada o fundamento do diálogo educativo e o coordenador tem o papel de incentivar ao máximo as participações (BRANDÃO, 2008). Os participantes, por sua vez, são estimulados a observar, pesquisar e refletir sua realidade no processo de ação/reflexão a que a pesquisa se propõe.

As rodas de conversa foram usadas em diversos momentos deste trabalho, ora como espaços de compartilhamento, ora de reflexões, decisões e encaminhamentos na condução do processo de intervenção e pesquisa ação.

Estes encontros, assim como todo o trabalho de pesquisa e intervenção, seguiram os princípios metodológicos da Educação Popular Freireana, tomando o diálogo como diretriz da experiência reflexiva e buscando a “dissolução de modelos hierarquizados” e a “democratização da palavra, da ação e da gestão coletivizada e consensual do poder” (BRANDÃO, 2008, p.76).

A Tenda do Conto é uma ferramenta criada a partir do trabalho de dissertação de mestrado de Jacqueline Gadelha em 2007 (GADELHA, 2015). Trata-se de encontros no contexto comunitário e dos serviços de saúde, com o propósito de compartilhar histórias e expressões da cultura popular, trazidos pelos participantes. Constitui-se uma prática em espaço circular, fundada na horizontalidade.

As pessoas são convidadas a participar da Tenda do Conto, levando um objeto que represente alguma história ou fato marcante na sua vida. É montado um cenário a simular uma sala de estar à moda antiga, com uma cadeira em destaque, na qual cada participante poderá sentar-se para contar sua narrativa. Ao final da contação, é feita uma avaliação do encontro, com possíveis sugestões para o próximo.

Conforme Gadelha (2015), o ato de contar o vivido e a escuta destas narrativas tem produzido novos sentidos nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários. A Terapia Comunitária é outra ferramenta baseada no espaço horizontal e circular da roda de conversas. Está fundamentada em cinco alicerces teóricos: o pensamento sistêmico; a teoria da comunicação; o conceito de resiliência; a antropologia cultural e a pedagogia de Paulo Freire (BARRETO, 2005).

Segundo Barreto (2005), o criador deste dispositivo, trata-se de um espaço comunitário de cuidado em que as pessoas têm a oportunidade de falar sobre suas histórias de vida, dores e conflitos. Os participantes tornam-se terapeutas de si mesmo e corresponsáveis na busca de soluções aos problemas cotidianos.

A terapia comunitária propicia a experiência de suporte e apoio grupal, através de suas regras, que são: silenciar enquanto o outro fala, oferecendo atenção à pessoa que está expondo; falar de suas próprias experiências e sentimentos, usando sempre a primeira pessoa do singular; respeitar a história de vida de cada um, evitando fazer julgamentos e dar conselhos ou sermões; pedir licença para intervir com uma música, um provérbio, um poema ou uma piada, etc., que venha à lembrança conforme o tema ou a situação que está sendo falada.

As etapas da terapia comunitária são: (1) Acolhimento, momento de receber os participantes com celebração e de explicar os objetivos e as regras; (2)

Escolha do tema, quando cada pessoa relata um problema ou incômodo e, por meio de votação o grupo escolhe que problema será tratado naquela sessão; (3) Contextualização, fase em que os participantes são estimulados a fazerem perguntas para quem teve seu problema escolhido, ajudando a compreendê-lo no seu contexto; (4) Problematização, que consiste no compartilhamento de experiências dos participantes, relacionadas ao tema escolhido, através de um mote lançado pelo terapeuta, a partir da contextualização; (5) Conclusão, que é o momento final, em que cada participante faz um balanço de como está saindo e o que vai levando de aprendizado; e (6) Avaliação sobre o desenvolvimento da terapia, que se dá entre o terapeuta e o co-terapeuta.

Normalmente o tema a ser trabalhado surge da roda, sendo escolhido a partir do desabafo das pessoas, que é necessariamente valorizado. Porém, é possível realizar a terapia comunitária com temas predefinidos. Esta foi a modalidade realizada nesta pesquisa, onde o tema foi trazido pelo grupo pesquisador em rodas de conversas em que se utilizaram as regras da TC. As etapas foram flexíveis, sendo a contextualização e a problematização unificadas a partir de perguntas utilizadas como mote. Na etapa final, cada participante usou uma palavra para definir o que representou sua participação naquele momento.

O diário de campo foi utilizado como instrumento de registro em todas as fases desta pesquisa, contemplando a observação participante, no cotidiano do serviço e nas vivências promovidas pela intervenção (rodas de conversa, Tenda do Conto, Terapia comunitária e sociodramas). Além disso, foram feitos registros em áudio de algumas rodas de conversa, em vídeo da fase de dramatização no primeiro sociodrama, e em fotos no segundo sociodrama.

### **3.3 Contextualização do campo da pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada na USF Nova Conquista, que oferece cobertura de assistência à saúde para a população de quatro territórios<sup>1</sup> adstritos do bairro Alto do Mateus, na periferia da cidade de João Pessoa.

---

<sup>1</sup> Diz respeito à população de território definido a ser coberto por uma Equipe de Saúde da Família, sobre a qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade, demandas e necessidades desta população, bem como as suas características e recursos (BRASIL, 2011).

O Alto do Mateus é um bairro localizado na região oeste do Município de João Pessoa, limitado com o município de Bayeux ao norte e oeste, por fronteiras naturais, onde o Rio Sanhauá contorna os dois municípios; com o bairro dos Novais ao sul e, ao leste, com o bairro Ilha do Bispo. Segundo o censo demográfico de 2010, sua população urbana é de 16.281 habitantes (BRASIL, 2010).

Esta população está distribuída em seis territórios, contando com seis equipes de saúde da família, designadas pela numeração de I a VI. As equipes II, III, IV, e V são sediadas na USF Nova Conquista. As demais têm unidades exclusivas.

A infraestrutura do bairro é precária, havendo problemas de saneamento, pavimentação, transporte público, moradia, etc. É um bairro referenciado no município como uma das sedes do tráfico de drogas, o que acarreta incidência elevada de problemas relacionados à violência urbana e grandes dificuldades no desenvolvimento do trabalho das equipes.

Esta unidade é considerada pela Secretaria Municipal de Saúde como uma “Unidade Escola”, uma vez que abriga diversas atividades de formação profissional, além da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como o internato e os módulos horizontais (I, II, IV e V) do curso de medicina, com o foco na atenção básica, os estágios de outros cursos da UFPB e de faculdades particulares. A partir de 2015, a USF Nova Conquista passou a abrigar também a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), e, mais recentemente, passou a ser campo de estágio para a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM).

A equipe é constituída por um número aproximado de quase setenta pessoas, havendo variações frequentes, relacionadas à rotatividade de funcionários, que são prestadores de serviço, na sua maioria.

Atualmente, distribuídos entre as quatro equipes, temos cinco médicos, sendo uma preceptora e quatro residentes; quatro enfermeiras, quatro dentistas, cinco técnicos de enfermagem, quatro auxiliares em saúde bucal, cinco recepcionistas, dois videofonistas (marcadores), duas auxiliares de limpeza, dois vigilantes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trinta e dois, distribuídos da seguinte maneira: a equipe II com nove, a equipe V com sete e cada uma das outras equipes com oito.

Temos ainda três apoiadoras que compõem a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e desempenham também uma função gerencial. São uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista.

As profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da família (RMSF) são três, uma farmacêutica, uma psicóloga e uma enfermeira.

Uma equipe de quatro Agentes de Defesa Ambiental atua no bairro, tendo esta unidade como apoio, mas sem um contato ou interface efetiva no trabalho cotidiano.

Os estudantes que estagiam nesta unidade passam a compor a equipe nos momentos em que estão atuando, desenvolvendo várias funções, mas com os limites dos turnos e duração do estágio. Os internos do curso de medicina são os que têm mais oportunidade de compor o trabalho, já que permanecem por quatro meses atuando diariamente no serviço.

A unidade funciona de segunda a sexta, nos horários de sete às onze e de doze às dezesseis horas, desenvolvendo atividades próprias da atenção básica como consultas, vacinação, curativo, coleta de exames, marcação de exames e consultas especializadas para outros serviços, entrega de medicamentos, atividades de educação em saúde, etc.

No turno da sexta-feira à tarde, ordinariamente, é realizada uma reunião de equipe, com o propósito de avaliar o trabalho, planejar as ações, realizar atividades de educação permanente, etc. Esta reunião ocorre alternando momentos com todos os profissionais da unidade e momentos em que estão distribuídos em equipes por território.

Comecei a trabalhar nesta unidade em abril de 2014 na função de preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Era um período de mudanças na estrutura da residência, que implicava em mudanças no trabalho. No momento anterior, a residência estava presente apenas em duas das quatro equipes que compõem aquela unidade de saúde, com dois residentes por equipe, assumindo o território juntos e compartilhando a função e as responsabilidades de médicos de família. Os professores desenvolviam apoio semanal aos residentes no serviço e não havia a figura do preceptor atuando no cotidiano da unidade.

Inaugurando a função de preceptor da RMFC no serviço, e com a ampliação da residência para três equipes desta unidade, a nova configuração contava com um médico residente para cada equipe. Sendo assim, em 2014, tínhamos duas residentes do segundo ano (R2) em duas das equipes e um residente

do primeiro ano (R1) na terceira equipe, permanecendo a quarta equipe com um médico que não era residente.

A partir desta nova fase, conseguimos imprimir na rotina da unidade, mesmo com dificuldades e irregularidades inerentes a dinamicidade do trabalho, um momento semanal de reflexão com os residentes, nos dias de quarta-feira, das 10 às 12 horas. Desta reunião pedagógica costumava participar o professor Pedro Cruz, do Departamento Promoção de Saúde - UFPB, apoiando a residência quanto aos temas ligados ao processo de trabalho, os estudantes do internato que estagiavam na unidade e, por vezes, profissionais da unidade, a exemplo das apoiadoras e da enfermeira da Equipe do Alto do Mateus III, que era preceptora do PET Saúde da Família.

Este momento de discussão pedagógica, que permanece acontecendo atualmente, passou a reunir também, a partir de 2015, as integrantes da RMSF, sendo três residentes e duas preceptoras que já pertenciam à equipe da unidade, a enfermeira do Alto do Mateus III e uma psicóloga do NASF, que exerce a função de apoiadora gerencial da unidade.

Este espaço reflexivo tem se revelado para os residentes, uma oportunidade de compartilhar suas angústias e experiências, favorecendo o aprendizado e o enfrentamento dos problemas. Em nossas discussões, partimos daquilo que nos incomoda e/ou nos interessa, compartilhamos concepções, visões de mundo e sentimentos, por vezes nos emocionamos e apoiamos-nos mutuamente.

Além de nutrir as ações no trabalho, a partir de discussões e estudo, esta reunião da residência cumpre também a função de cuidar das pessoas neste processo, se constituindo em espaço educativo e terapêutico.

É importante destacar a influência desta reunião pedagógica no processo de trabalho da unidade de saúde, pois a partir destas discussões, houveram algumas propostas e intervenções na dinâmica da unidade, com repercussões significativas, tais como a realização de práticas de cuidado dirigidas aos profissionais, a implementação da terapia comunitária semanalmente oferecida a população geral, momentos de educação permanente levando temas como saúde mental etc.

### 3.4 Fases da Pesquisa

Geralmente uma pesquisa-ação é suscitada por uma comunidade, e não por um pesquisador, em virtude de uma situação ou problema que afeta esta comunidade e requer alguma solução ou mudança (BARBIER, 2004).

Neste estudo, porém, eu como pesquisadora, que faço parte da comunidade e estou implicada com os seus problemas, propus a realização de uma pesquisa-ação, mediante a oportunidade em que havia um interesse geral na equipe em melhorar o seu processo de trabalho.

A proposta foi lançada em dois espaços coletivos, a reunião pedagógica da residência e a reunião ordinária da unidade com todos os profissionais. Apesar de ter sido bem recebida em ambos os espaços, foi o grupo de residentes, preceptores, apoiadoras e professor que se envolveu mais profundamente com essa discussão, passando a construir os rumos desta pesquisa e se constituindo em seu pesquisador coletivo. No decorrer do processo, este grupo ainda sofreu mudanças, relativas à rotatividade de pessoas que atuam nesta unidade.

Na primeira fase da pesquisa ação, houve um processo de aprofundamento na discussão sobre os problemas inerentes ao cotidiano do trabalho. Este foi o ponto de partida para se eleger o tema mais pertinente ao interesse do grupo e de toda a equipe, que a esta altura já vinha sendo contemplado em vários espaços, e se definia pela problemática do acolhimento. Ao discutir e estudar o tema, passou-se a planejar uma proposta de ação para o seu enfrentamento. Pensou-se em uma ação educativa em torno do acolhimento na unidade, com vistas à construção de um modo mais adequado para desenvolver este dispositivo.

Partindo para a ação, na segunda fase, realizou-se um seminário de 8 horas, o qual se constituiu de rodas de conversa, discussão de textos e realização de sociodrama. Vários momentos do seminário foram gravados em áudio e vídeo, o que permitiu contemplar estes momentos, por várias vezes, no processo de análise.

Na terceira fase, buscou-se uma reflexão sobre esse processo. Para tanto, realizaram-se algumas rodas de conversa, uma delas gravada em áudio e as outras registradas no diário de campo. Para envolver maior participação neste processo avaliativo, realizou-se um sociodrama com a construção de imagens, do tipo esculturas humanas, contemplando o momento grupal nesta experiência. Este momento foi registrado com fotos e áudio.

Durante todas as fases procedeu-se a observação participante que foi registrada em diário de campo.

### **3.5 Análise dos dados**

De acordo com as características epistemológicas deste estudo, alinhado com o referencial fenomenológico existencial, optei por realizar sua análise a partir deste referencial, seguindo os passos reflexivos apontados por Gomes (1997), apoiado na fenomenologia existencial de Merleau-Ponty.

O primeiro passo é a descrição do objeto da experiência, tal como vivida pelo sujeito, com base no material colhido. O resultado desta fase é a definição de um sentido geral do todo, uma perspectiva.

No segundo passo, toma-se a descrição do todo para explorar suas partes significativas, evidenciando o que é essencial ao objeto para definir unidades de significação.

O terceiro passo é o trabalho de interpretação, de questionar os relacionamentos possíveis entre o sistema e suas partes, pelo qual se revela uma intencionalidade e visão de mundo.

Seguindo esta orientação, todo o material coletado e transcrito foi exaustivamente lido e relido em um processo de idas e vindas, e em progressiva aproximação e deslocamento reflexivo entre os relatos e descrições.

As dramatizações da primeira fase da pesquisa foram assistidas várias vezes e organizadas a partir de unidades cênicas, personagens, ações, emoções e falas, para se proceder a um processamento com base no tema protagônico e sua influência na sociodinâmica.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROCESSO VIVIDO

Considerando o longo percurso desta pesquisa-ação, proposta como semente de uma ação transformadora, na busca de compreender as potencialidades e limites que emergem de uma equipe de trabalho em saúde da família, a partir de uma intervenção pautada na socionomia e na educação popular, chegamos ao momento de analisar e discutir o que aconteceu até o encerramento da coleta do corpus de pesquisa.

Entende-se que a continuidade do trabalho semeado nas sucessivas fases desta pesquisa deve ser nutrida, inclusive a partir de suas contribuições.

Este capítulo contempla a análise e discussão dessa experiência vivida, com seus desdobramentos reflexivos, a partir da intencionalidade proposta e do referencial teórico adotado.

Em função das características da pesquisa, do rico material colhido para o corpus em análise e da perspectiva fenomenológica adotada, aspectos metodológicos serão apresentados com mais detalhes neste capítulo. Entende-se que os acontecimentos relativos ao curso da pesquisa-ação constituem elementos importantes para análise.

Organizaremos a discussão dos resultados em duas partes relacionadas entre si, por uma aproximação progressiva do objeto estudado. Esta forma de apresentação deverá favorecer o entendimento do leitor.

A primeira parte contempla uma descrição reflexiva da vivência do processo de pesquisa-ação, por meio da análise dos registros em diário de campo, sobre a observação participante que contemplou todo o processo da pesquisa. Apresenta-se a visão do todo do ciclo de intervenção e estudo que se deu junto ao pesquisador coletivo, no cenário e no contexto, considerando as atitudes e acontecimentos definidores deste processo.

A segunda parte contempla a análise das relações entre as unidades de significado, a partir da perspectiva teórica escolhida, de onde emergiram os temas que revelam os sentidos da experiência para os participantes.

Nas citações usadas para apreciação dos dados e discussão dos resultados, os nomes mencionados foram substituídos por nomes fictícios, para preservar a identidade dos participantes.

#### 4.1 O ciclo da pesquisa-ação no contexto da ESF

Durante o primeiro semestre de 2015, quando da chegada de duas novas médicas residentes e um médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), a equipe encontrava-se em processo de readaptação.

A mudança de profissionais, saída de uns e chegada de novos integrantes da equipe é uma constante nesta unidade, assim como em outras unidades do município. Isto se justifica, apenas em parte, pela característica de ser considerada uma unidade escola, com residentes, internos e estudantes de graduação de diversos cursos. Os médicos, por exemplo, mudam a cada dois anos, com a conclusão da formação de uns e ingresso de novos residentes. Os estudantes do internato cumprem seu período na unidade após quatro meses de atuação. Este é um aspecto da presença da universidade no serviço que incomoda os trabalhadores, e pode ser ilustrado na seguinte fala da enfermeira, que outros reproduzem: “quando a gente está gostando, o profissional vai embora”.

Porém não é só isso. A precariedade dos vínculos trabalhistas também contribui para essa rotatividade de outros profissionais que não estão envolvidos em processos formativos. A instabilidade gerada nestas condições gera um clima de ameaça e medo. As pessoas sabem que podem perder o emprego a qualquer momento, a depender do contexto político eleitoral.

A dinâmica de funcionamento da unidade está sempre gerando insatisfações e, por conseguinte, sendo questionada e discutida, não apenas por essa rotatividade de profissionais, mas também pela dificuldade de se manter em vigência os encaminhamentos resultantes dos processos de decisão.

Neste período o tema “acolhimento ao usuário” era recorrente nas reuniões de equipe e motivo de muitas queixas e desentendimentos entre os profissionais e entre profissionais e usuários.

O grupo que participava das reuniões pedagógicas da residência e que discutia as questões relativas ao processo de trabalho a partir de suas afetações também apontava este tema como um dos mais importantes.

Neste grupo estávamos discutindo também, neste período, a abordagem a algumas famílias sob situações extremas de risco e vulnerabilidade; o sofrimento dos profissionais, inclusive os residentes, diante da sensação de impotência com a precariedade e falta de resolubilidade de boa parte das situações abordadas; a

necessidade de desenvolver ações de promoção da saúde e sair da prática tradicionalmente restrita a consultas e abordagem as doenças; etc. Partindo destas questões, estudamos vários temas da prática da Atenção Básica e Saúde da Família.

#### 4.1.1 A oportunidade encontrada para uma proposta de pesquisa-ação

Diante da minha necessidade de desenvolver um projeto de pesquisa/intervenção para o Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM), vi neste contexto a oportunidade de propor uma pesquisa-ação para contribuir com o trabalho desta equipe de saúde. Minha intenção era colaborar com o aprendizado e o desenvolvimento da equipe, numa perspectiva de educação que, conforme nos aponta Freire (2001), contribui com a conscientização e a mudança social.

Considerei a possibilidade de uma ação social e cultural, na perspectiva freireana, no sentido de transformar relações e estruturas opressivas. Para isso, teria que haver participação dos envolvidos.

O papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação cultural para a conscientização não é propriamente falar sobre como construir a ideia libertadora, mas convidar os homens a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade... (FREIRE, 1979, p.46)

Apresentei a proposta primeiramente na reunião pedagógica da residência e posteriormente na reunião ampliada de toda a equipe, que ocorre semanalmente na sexta-feira. De imediato as pessoas fizeram alguns questionamentos sobre como seria a sua participação, de que consistiria a pesquisa, o que teriam de fazer, etc. Foram fornecidos os esclarecimentos requeridos, inclusive sobre o grau de envolvimento de cada um, que seria livre conforme o interesse, e sobre a questão ética da pesquisa, que foi submetida ao comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde-CCS/UFPB e aprovada.

Conforme o processo foi se configurando, o grupo de residentes médicos e de outras categorias, preceptoras, professor, internos e, por vezes, apoiadoras e profissionais da equipe (que não era um grupo fechado, tendo sofrido modificações ao longo deste processo), constituiu o pesquisador coletivo desta pesquisa. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Este processo de definição se deu a partir do interesse e motivação destes atores em aprofundar a discussão

sobre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e a intenção de intervir no sentido de provocar mudanças.

Contribuiu para esta definição o fato de estes atores estarem envolvidos em processos formativos e as limitações referentes à compatibilidade de horários em relação a outros atores.

Na primeira fase, entre os meses de junho e novembro de 2015, após a apresentação da proposta, deu-se o processo de definição do problema concreto a ser enfrentado pelo pesquisador coletivo. Esta procura temática nos remeteu a explorar nossa realidade a partir de uma atitude ativa e reflexiva, representando um processo de aquecimento no sentido da realização de uma ação possível.

A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural de tipo libertador (FREIRE, 79, p.18).

A “organização do fluxo para o acolhimento” foi apontada como o problema que afeta de maneira mais intensa a dinâmica do trabalho na equipe. Esta temática está relacionada a muitas queixas de profissionais e usuários e a aspectos relativos ao funcionamento da equipe, que serão explorados mais adiante.

Seguiu-se uma série de reuniões que discutiam este tema com certa prioridade, entre outras pautas.

Entende-se acolhimento como um elemento essencial e básico na ação de cuidar. Não pode haver cuidado sem que se dê espaço, se receba e se dê abrigo ao que está necessitando desse cuidado.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013).

Ao mesmo tempo, se considera, também, o acolhimento como um dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe. Ou seja, é necessário que o trabalho esteja organizado em torno deste elemento essencial ao cuidado. Desta forma, a todos os profissionais de saúde, a quem cabe a função do cuidado à

saúde, cabe também desenvolver o acolhimento como postura e atitude, e, coletivamente, é necessário estabelecer o modo como cada um atuará para estabelecer esse acolhimento pelo serviço.

Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2013).

Para operacionalizar a organização do serviço em torno do acolhimento, a equipe da USF Nova Conquista tem estabelecido momentos de escuta à demanda que chega diariamente à unidade. Levando-se em consideração que a procura dos usuários à unidade é maior no início dos turnos de atendimento e que grande parte das necessidades das pessoas dizem respeito à assistência a processos de adoecimento, o principal momento de escuta ocorre no início de cada turno de trabalho, em que alguns profissionais recebem esta demanda e, mediante uma avaliação, resolvem de que maneira o serviço dará resposta. Desta forma se organizam os atendimentos de cada profissional naquele turno.

Fora desses horários, os usuários que chegam com alguma necessidade de assistência deverão ser recebidos pela escuta de um(a) técnico(a) de enfermagem, que poderá encaminhar para atendimento (médico, de enfermagem, odontológico) no mesmo turno, resolver a situação ou dar orientações.

Quando a situação não se constitui uma necessidade imediata, nem de um serviço disponível no momento, o usuário é orientado a recorrer à escuta no início do turno seguinte.

É importante observar que este processo organizativo, embora conte com regras estabelecidas, não se dá livre de contradições, mas, pelo contrário, tem sido foco de críticas e insatisfações.

Através de um processo participativo de estudo e discussões, procurou-se caracterizar o problema escolhido e elaborar uma proposta de intervenção para o seu enfrentamento. Estava colocada a necessidade de ampliar a compreensão sobre acolhimento e de construir um modelo de execução mais adequado a esta equipe.

Como se trata de uma problemática complexa e de um tema recorrente na história desta equipe, em que várias ações já foram empreendidas, sejam ações

educativas ou de gestão, houve a preocupação com a possibilidade de reproduzir mais uma ação que não gerasse mudança.

Alguns desafios estavam colocados, entre eles o de reunir toda a equipe em uma atividade participativa, considerando o número de profissionais e as resistências à participação. Outro desafio, discutir com os profissionais um tema polêmico e conflitivo, que envolve o desenvolvimento e a avaliação do trabalho de cada um e do grupo. Garantir a oportunidade da fala e da escuta, bem como ampliar e aprofundar a compreensão da realidade se constituíram em desafios também considerados e refletidos.

Neste sentido, o sociodrama, que foi trazido junto com a proposta da pesquisa ação como uma técnica de intervenção e pesquisa, apresenta as características adequadas a uma abordagem das relações intergrupais e das ideologias coletivas. A propósito, tem o grupo como foco que,

...não se limita a um número especial de indivíduos, podendo consistir de todas as pessoas que vivam em determinado lugar, ou pelo menos de todas as que pertençam a uma mesma cultura (MORENO, 2008, p. 110).

Tendo o grupo como foco, a atenção está nos problemas do grupo e não em pessoas privadas, favorecendo a contemplação de situações conflitivas sem o foco na culpabilidade de indivíduos, mas na responsabilização coletiva.

Não se pretendia elaborar e apresentar um modelo para ser ensinado, repassado ou imposto ao restante da equipe, mas empreender um processo participativo que resultasse em maior motivação, envolvimento e compreensão da importância e da realização do acolhimento.

Assim, todas as pessoas que fazem parte da equipe deveriam estar incluídas neste processo de estudo e elaboração, inclusive os vigilantes, que tradicionalmente não participam de discussões do processo de trabalho.

Neste transcurso de formulação de uma proposta de intervenção, alguns entendimentos emergiram, denotando a compreensão do pesquisador coletivo acerca da importância de se considerar o grupo social em questão (equipe de trabalho em saúde).

Inicialmente foram apontadas algumas diretrizes para a metodologia a ser empregada. Primeiro a necessidade de garantir que “todos pudessem se expressar”, pois havia uma preocupação com o olhar da gestão e a possibilidade de limitações

desta liberdade de expressão. Segundo, mas não menos importante, havia a necessidade de favorecer um momento grupal de “auto-acolhimento”, entendendo a importância do bem-estar dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho.

Outro apontamento que emergiu dessa discussão foi a necessidade de se construir, entre os membros e as equipes, uma maneira mais aproximada de proceder neste fazer cotidiano, além de ressaltar o objetivo comum do trabalho. Esta maneira teria de ser construída através do diálogo, havendo a necessidade de se criar a oportunidade para que este diálogo acontecesse.

Diante destas discussões foi proposta a realização de “oficinas de acolhimento”, e momentos de “cuidados ao cuidador”, que deveriam ser preparados com uma metodologia dinâmica e participativa, prevendo tempo suficiente para uma ampla reflexão e construção coletiva.

A ideia era realizar dois momentos em forma de seminários ou oficinas. O primeiro para refletir amplamente o acolhimento a partir das motivações pessoais de cada participante, estudando e procurando construir conceitos comuns. O segundo seria direcionado à construção de um modelo adaptado a esta unidade, partindo do conhecimento de outras experiências e dos conceitos construídos no primeiro momento.

O grupo sentia a necessidade de aprofundar a compreensão do tema e também da metodologia a ser usada na sua abordagem. Nesta lógica, houve longa discussão acerca dos instrumentos a serem usados na intervenção, quais sejam: as rodas de conversa, a terapia comunitária com tema predefinido, “a Tenda do Conto”, a leitura e discussão de textos, e o sociodrama, além de exercícios de relaxamento, jogos e brincadeiras. De acordo com a desenvoltura e interesse de cada membro deste grupo pesquisador, na medida do possível, todos tomaram a frente em diversos momentos da condução da intervenção planejada em conjunto.

Foram necessários alguns meses de discussão, elaboração e enfrentamentos, até que se conseguisse realizar o primeiro “Seminário do Acolhimento” em novembro de 2015.

Esta demora se deu também mediante alguns fatores: a dinâmica cotidiana do trabalho nesta unidade, donde se expressaram várias demandas de outros problemas para serem solucionados durante este período; a pauta estabelecida pela gestão do Distrito Sanitário, de ações pontuais baseadas em campanhas (outubro rosa, novembro azul, dengue etc.); a necessidade de negociar com a gestão o

fechamento da unidade de saúde durante o dia inteiro para envolver todos os funcionários no seminário.

Na sexta feira que antecedia o seminário, no horário da reunião ordinária da equipe, foi realizada a Tenda do Conto, como momento preparatório. Esta atividade pode ser considerada, neste contexto, como um aquecimento do grande grupo e da equipe de facilitadores para favorecer a participação. Representou a oportunidade de compartilhar o uso da palavra e da escuta atenta e envolvida, a partir das histórias de vida contadas por cada um que se sentisse confortável para fazê-lo.

Observamos que a utilização deste dispositivo, não só neste momento mas também em oportunidade anterior com esta equipe, provocou uma aproximação afetiva entre as pessoas e despertou o uso de recursos pessoais adormecidos, como a memória e verbalização de histórias e experiências pessoais, bem como a percepção de suas possíveis vinculações, favorecendo a espontaneidade no momento da participação.

Conforme Gadelha (2010, p. 57-58) a Tenda do Conto aposta no protagonismo e na saída do isolamento, “na resistência da cultura popular, nas revelações que surgem no encontro entre gerações, na influência da grupalidade sobre o indivíduo, na comunicação entre as singularidades”. Desta forma, promove participação e fortalecimento de vínculos.

Para uma equipe de trabalho em saúde da família, a Tenda do Conto representa um recurso potente que favorece o desenvolvimento e a coesão grupal.

No trabalho em saúde a escuta das narrativas entre trabalhadores e usuários, assim como o ato de contar o vivido operam reduzindo o distanciamento entre usuários, entre profissional e usuário, e entre profissionais, produzindo relações que possibilitam o fortalecimento dos vínculos, exploram a capacidade de cuidar do conjunto de trabalhadores e estimulam a cooperação entre diferentes saberes (GADELHA, 2015, p.158).

#### 4.1.2 O seminário de acolhimento

Este seminário aconteceu em 13 de novembro de 2015, sexta-feira, no Centro Pastoral Pe. Nicolas Mazza, localizado no território de abrangência desta unidade, espaço cedido pelas freiras responsáveis por este equipamento social.

Participaram mais de quarenta trabalhadores da USF Nova Conquista, tendo se ausentado uma minoria significativa, alguns por estarem de férias, outros por

motivo de saúde e aqueles que, sem apresentar justificativa, costumam se excluir dos momentos de construção coletiva e, muitas vezes, das tarefas cotidianas.

A maioria das pessoas presentes no seminário havia participado da Tenda do Conto na semana anterior. Pôde-se perceber que o clima de acolhimento experimentado naquela ocasião se manteve no seminário, observando-se que pessoas muito tímidas, que dificilmente falam em reuniões, conseguiram se expressar tanto falando como dramatizando cenas extraídas de suas experiências.

Por outro lado, algumas formas de resistência à participação se mantiveram nos dois momentos, sob o argumento de não gostar de “se expor” ou não gostar de “dinâmicas”, acreditando em poder agir de maneira isolada do grupo.

Num contexto de convivência grupal, expor suas ideias e sentimentos, bem como ouvir as dificuldades e motivações do outro implica, muitas vezes, em ter que ceder em algum aspecto, se envolver com problemas “alheios”, compartilhar situações nem sempre agradáveis, “ter mais trabalho”.

Porém, como não se expor? Como não se comprometer como pessoa em um contexto em que se assume responsabilidades compartilhadas? Para Freire, a questão do compromisso profissional não está desvinculada do aspecto pessoal do sujeito. “Uma vez que ‘profissional’ é atributo de homem, não posso, quando exerço um quefazer atributivo, negar o sentido profundo do quefazer substantivo e original” (FREIRE, 2001, p.20).

A partir desta premissa, pode-se considerar que estas formas de resistência estão relacionadas a predominância de uma consciência ingênua, que acredita compreender os fatos, quando se encontra, na verdade limitada por uma visão superficial da realidade.

A programação aconteceu conforme foi planejado, seguindo o seguinte roteiro:

### ROTEIRO DO SEMINÁRIO DE ACOLHIMENTO

07:30	Recepção/Acolhimento – com música e decoração do ambiente
08:00	Início dos trabalhos – “harmonização”
08:15	Rodas de conversa sobre acolhimento, com as regras da TC
10:15	Intervalo
10:30	Distribuição em grupos – Dinâmica dos balões coloridos
10:45	Trabalho em grupos – leitura e discussão de textos
12:00	Intervalo para almoço
13:30	Produção de cenas a partir da experiência cotidiana
14:00	Dramatização
15:00	Compartilhamento e debate
16:00	Encerramento

Fonte: Diário de campo, 2015

Os trabalhos se iniciaram com um procedimento em que eu abri o seminário chamando a atenção dos participantes para os seus objetivos e propondo um exercício de respiração/relaxamento, que foi conduzido por um médico residente. Buscou-se, neste momento, favorecer a concentração dos participantes no foco da construção coletiva.

Este procedimento, que costumamos chamar de “harmonização”, tem sido usado amiúde no início da manhã, antes de iniciar o trabalho de escuta qualificada do acolhimento. Consiste em dirigir atividade coletiva voltada à consciência do corpo, da respiração, dos pensamentos e emoções, bem como ao compartilhamento de intenções na direção do relaxamento e bem-estar. Utilizam-se movimentos corporais e respiratórios de alongamento e relaxamento, técnicas de meditação, yoga, dança-meditação etc. Trata-se de uma prática que vem sendo experimentada e nutrida através da reunião pedagógica da residência e dos estudantes dos módulos iniciais

do curso de medicina, e que tem gerado alguns momentos de satisfação para aqueles que participam, tanto usuários quanto profissionais e estudantes.

Neste início do seminário coloquei em questão se todos autorizavam a filmagem e gravação, tendo obtido resposta positiva.

Em seguida, o grupo foi dividido em dois, para a realização de duas rodas de conversa, utilizando as regras da terapia comunitária, com o objetivo de compartilhar experiências e sentimentos relacionados ao tema “acolhimento”. As rodas aconteceram simultaneamente e cada uma delas foi coordenada por uma dupla escolhida entre os organizadores do evento (grupo pesquisador).

Na TC utilizam-se perguntas (ou motes) para favorecer o compartilhamento de experiências e sentimentos. Para estas rodas utilizamos três perguntas que serviram de mote para a conversa: 1 – Foi solicitado para que cada um se lembrasse de experiência na qual se sentiu bem acolhido, como foi e como se sentiu neste momento; 2 – Lembrar de uma experiência na qual não foi acolhido, como foi e como se sentiu nesta experiência; 3 – Como cada um se sente no papel de profissional de saúde da família, ao trabalhar com o acolhimento ao usuário? (Apontar desafios e possibilidades)

Estas rodas de conversa foram gravadas em áudio e transcritas, para posterior análise.

Após um intervalo, os participantes foram distribuídos em cinco grupos pequenos para estudo e discussão de três textos selecionados sobre o tema “acolhimento”. Estes textos tinham um caráter de conceituação e reflexão, e serviram como aquecimento inespecífico para o surgimento posterior de cenas do cotidiano do trabalho.

Aquecimento é um conceito utilizado no sociodrama, e uma etapa do mesmo, que diz respeito ao processo pelo qual os recursos pessoais e grupais são mobilizados para a ação. Nas palavras de Moreno (2006, p. 300-301), “o sujeito põe em movimento corpo e mente usando atitudes físicas e imagens mentais que levam a consecução do estado”, neste caso, o estado de espontaneidade para a ação dramática.

No uso da leitura de texto para o aquecimento, o compromisso não está na aquisição de conteúdos previamente definidos e construídos, mas no contato com a temática através destes conteúdos, para disparar o curso da reflexão e construção coletiva.

O texto é utilizado aí como um recurso “iniciador”, neste caso intelectual. Almeida (1998, p.27) afirma que “os ‘iniciadores’ vão desencadear sequências mnemônicas e imaginativas, atitudes corporais (memória motora), sentimento (memória afetiva) e ações de várias ordens”. Trata-se de uma estimulação utilizada para introduzir o participante no desempenho espontâneo e criativo de papéis na ação dramática.

O aquecimento específico se seguiu após o almoço, com o compartilhamento de cenas vividas no cotidiano para construir uma cena que contemplasse a realidade do grupo, em relação ao que foi discutido sobre o acolhimento a partir das leituras realizadas.

A fase seguinte foi a dramatização das cinco cenas. Como diretora do sociodrama, não realizei intervenções na fase de apresentação, que se seguiu de posterior compartilhamento e debate.

Assim, o sociodrama se concluiu após suas três etapas, aquecimento dramatização e compartilhamento, e encerrou-se o seminário com uma roda de dança, no horário previsto. Estavam todos cansados, alguns impacientes e apressados, mas a maioria, animada, com expectativas de continuidade.

#### 4.1.3 Convivendo nos momentos de desordem

Os meses que se seguiram ao seminário foram repletos de acontecimentos que prejudicaram, de imediato, a realização do segundo momento pensado pelo grupo e esperado por uma boa parte dos profissionais. Alternadamente os profissionais foram tirando férias; um dos médicos concluiu a residência e saiu da equipe; outro médico, o do PROVAB, concluiu seu período e também saiu; em seguida, as residentes da RMSF passaram para o segundo ano e mudaram sua programação, ficando mais tempo fora da unidade, em outros serviços. Desta forma a USF Nova Conquista ficou operando sempre com algum desfalque profissional nos meses de dezembro, janeiro, fevereiro e um pedacinho de março, quando houve a chegada de duas médicas residentes, uma delas na vaga que estava ocupada pelo PROVAB, que passou a ser da residência.

Algumas determinações da gestão causaram certo desânimo e desmobilização nos trabalhadores da equipe. Primeiramente a proibição de se realizar comemorações na unidade, do tipo aniversariantes do mês, confraternização de natal

etc. Houve indignação e falas de protesto, como a que se segue: “quando é pra a gente dar dinheiro do nosso bolso pra fazer festa pra a comunidade, eles querem” (ACS, diário de campo, 2015).

Este tipo de decisão gerencial se coloca em contradição com os princípios do modelo de atenção à saúde que é a ESF, sobretudo no que se refere ao vínculo e ao trabalho em equipe. Momentos de confraternização e relaxamento podem ser muito importantes no andamento do próprio trabalho, pelo menos no que se refere a promoção de afetos positivos, como se pode observar em estudo de Couto e Paschoal (2012).

Em pesquisa sobre as contribuições e desafios da ESF, Arantes et al (2016) apontam a importância da gestão de pessoal para o seu desenvolvimento. Destaca os aspectos da precarização do vínculo trabalhista, da educação profissional e do cuidado com a saúde do trabalhador. Neste sentido, não dissociando cada uma destas dimensões, mas ampliando sua compreensão podemos destacar a importância de que as decisões gerenciais considerem as condições objetivas e subjetivas do ambiente de trabalho, uma vez que se trata de um trabalho produzido no contexto das relações.

É preciso contemplar também a necessidade de participação dos trabalhadores e da equipe nestas decisões, já que são pessoas diretamente envolvidas. O ano de 2016 tem sido marcado, desde o início, por uma deterioração das condições de trabalho. Isto se denota na falta maior de insumos fundamentais para o funcionamento do serviço, como material para coleta de exame colpocitológico, luvas, papel lençol, etc., e até impressos simples como receituário. Além disso, a gestão determinou, sem que houvesse nenhuma consulta ou aviso prévio aos funcionários e à população, uma mudança no horário de funcionamento da unidade, reduzindo em uma hora o intervalo de almoço para fechar mais cedo, alegando necessidade de economizar energia elétrica.

Tais acontecimentos revelam algumas nuances do contexto institucional em que esta equipe está inserida, caracterizado pela precariedade das condições de trabalho e dos vínculos trabalhistas, e pela postura autocrática dos gestores, onde as decisões são centralizadas e seguem a lógica da manutenção do poder.

Neste sentido, cabe refletir, junto com outros autores (MARINO, 1999; CONTRO, 2009) a importância desta dimensão institucional para a compreensão da realidade em estudo. Entende-se que a organização do trabalho, bem como os

aspectos internos do grupo e mesmo a vida dos indivíduos são crivados por esta dimensão que, num contexto de autocracia, subjuga e oprime.

A mudança de médicos em duas das equipes exigiu um período de adaptação, tanto destes profissionais como de suas equipes e população assistida. Isto foi mais tranquilo na equipe V, pois o residente que entrou já havia passado quatro meses nesta equipe, como interno, no período final do seu curso. Porém, com a equipe II o processo foi mais delicado. Primeiro porque a médica era totalmente desconhecida de todos, mas, principalmente, porque esta equipe, até então, nunca tinha tido residente e se apresentava bastante crítica à presença da universidade naquela unidade.

Talvez pelo perfil dos médicos que já haviam passado pela equipe II, ou mesmo pela rotatividade deles, era estabelecida uma dinâmica no funcionamento desta equipe em que as atribuições e fluxos estavam bem definidos sem que houvesse mudanças significativas ou arguições. Mas, com a chegada da nova médica, pela forma como ela começou a trabalhar, demorando mais nas consultas, fazendo escuta de acolhimento, terminando o atendimento mais tarde, etc., houve certo estranhamento inicial por parte da equipe, que a princípio questionou estas maneiras.

Esta equipe sentiu um impacto maior que as outras também pelo processo de reorganização do território, que resultou na redistribuição de famílias entre as equipes e aquisição de novas famílias a serem cadastradas em áreas que não estavam sob cobertura até então.

Este processo foi conduzido pelos agentes comunitários de saúde, com o aval da gerência, sem interferências significativas de outros técnicos ou apoiadores. O critério adotado foi o de equiparar entre eles o número de famílias, sem ter que mobilizar ninguém de sua equipe para outra. Ou seja, o que pesou na escolha do critério foi evitar a possibilidade de algum ACS ter que mudar de equipe.

Vale salientar nesse episódio, a força do subgrupo mais numeroso no interior desta equipe que é o dos ACS. Mesmo existindo conflitos entre eles, os ACS acabaram se unindo perante aquilo que representava seu interesse imediato. Diante de tímidas interlocuções de outros atores, na tentativa de discutir tais critérios, prevaleceu a ação deste subgrupo, movido principalmente pela preocupação com uma possível intervenção da gestão neste processo.

É importante refletir que as possibilidades de convergência/divergência de projetos pessoais em projetos comuns (dos grupos e/ou subgrupos), bem como a formação da cultura do grupo, se dá a partir das dimensões claro-escuro do consciente e do co-inconsciente. No caminho da diferenciação e evolução grupal está o desafio da transformação e do crescimento pessoal (MARINO, 1999). Isto denota a estreita ligação e inferência entre as dimensões pessoal, grupal e institucional.

Como consequência, a equipe II ficou com um número maior de famílias que as outras equipes, pois esta dispõe de nove agentes de saúde, enquanto as outras têm entre sete e oito. Em reunião desta equipe foi mencionada esta dificuldade, agravada também por que boa parte das famílias que recebeu, até mesmo as que tinham cobertura de outra equipe, não eram cadastradas. Em sendo maior a população, observa-se um aumento da demanda por assistência médica, odontológica e de enfermagem desta equipe.

Na tentativa de retomar a continuidade do processo iniciado com o Seminário de Acolhimento, tivemos alguns momentos de discussão em rodas de conversa no grupo pesquisador, onde foram apontados alguns aspectos avaliativos e encaminhamentos.

Foi consenso de todos que os objetivos do seminário foram atingidos, e que, a garantia de uma discussão ampla sobre o acolhimento permitiu expandir a visão dos participantes sobre este processo, bem como aproximar, em parte, os conceitos. Este foi um ganho apontado pelo grupo pesquisador.

A metodologia foi considerada como agradável, lúdica e “não cansativa”, com vários espaços e oportunidades para as pessoas falarem e se expressarem (roda de conversa, encenação, poesia etc).

Outro aspecto apontado como de grande importância foi a participação. Observou-se que, até mesmo quem não costuma falar acabou falando. Na visão da psicóloga, “mesmo os que não falaram saíram pensando”. Um dos médicos apontou: “passamos a conhecer melhor as pessoas, ouvir quem nunca tinha ouvido falar. ”

Foi mencionada a manifestação de algumas falas “sem esperança”, que apontavam muitas dificuldades e não vislumbravam possibilidades de superá-las, e pessoas que acharam o seminário “sacrificoso”, no sentido de ser longo, um dia inteiro, ainda mais na sexta-feira. Mas isso foi uma minoria. Observei pessoas que, mesmo reclamando, demonstraram comprometimento e motivação, permanecendo até o final. Teve quem saísse mais cedo e também quem não compareceu.

O pessimismo e desinteresse estão, muitas vezes, relacionados ao aprendizado construído a partir de um ambiente de pouca participação e de pouco poder de intervenção na resolução dos problemas. Estas características estão, em certa medida, presentes no ambiente desta equipe.

Observamos posturas individuais bem diferentes, umas mais participativas e outras menos. Algumas se transformando ao longo da intervenção, à medida em que a pessoa se sentia contemplada pelo assunto, despertando o interesse. A fase de dramatização mobilizou praticamente a todos, com atenção e atuação nas cenas.

Alguém lembrou que entre os ACS foi criada uma nomenclatura jocosa para um grupo de profissionais existentes na unidade, a maioria ACS, que não se envolvem com o trabalho e boicotam o que está sendo feito. Este grupo é chamado de equipe VII, fazendo menção ao número de equipes de saúde da família que existem no bairro, que são seis.

Neste ponto o grupo refletiu que entre os fatores que limitam o trabalho está a questão da motivação pessoal. Alguns desenvolvem suas funções com prazer e empenho, outros parecem estar preocupados unicamente em realizar uma tarefa para “ganhar a vida”.

Outro aspecto levantado como positivo foi o fato de misturar as equipes para o trabalho em pequenos grupos. Semanalmente as equipes se reúnem, ou separadas entre si, sendo grupos menores, ou juntas em um grupo grande de profissionais, que dificulta a fluência dos diálogos. Estas reuniões grandes costumam ser dispersas e muitas vezes focadas em repasses trazidos do Distrito Sanitário. Há poucas oportunidades para aproximar pessoas de uma equipe com as de outra, e pode-se observar também certa rivalidade entre as equipes.

Na percepção do grupo, o seminário foi considerado um momento em que a equipe se sentiu acolhida. Ao mesmo tempo em que se percebe a existência de disputas entre os profissionais e a repercussão de um processo de trabalho doentio, um sentimento de união foi suscitado naquele momento da equipe, expresso, ao final da vivência do seminário, por uma enfermeira que fez o seguinte comentário: “foi a primeira vez que as pessoas estiveram unidas”.

O sentimento de união provavelmente está relacionado ao reconhecimento ou percepção de uma identidade de grupo exposta através das cenas e histórias compartilhadas. Segundo Moreno (2006), existem conflitos interculturais e condições as quais o indivíduo está submetido, não por si mesmo, mas por pertencer a

determinado grupo social. O que está representado no sociodrama é a experiência coletiva que está relacionada à “identidade de papel”, neste caso o papel de trabalhador de uma equipe de saúde da família.

Vários aspectos foram apontados nestas discussões no sentido de avaliar também o processo de acolhimento da unidade com vistas ao seu desenvolvimento. A perspectiva de dar continuidade à construção coletiva de uma proposta de organização deste acolhimento foi confirmada no seminário, pelas manifestações dos participantes, e ao examinar o debate na plenária final, observou-se a emergência de um desafio. Se, por um lado é importante criar um modo de funcionamento do processo de acolhimento na unidade, que unifique todos os seus setores e equipes em uma forma aproximada de trabalho, por outro lado se observa que estas equipes expressam características diferentes entre si e, muitas vezes, apresentam uma relação de distanciamento e rivalidade.

Diante dessa constatação, surge um questionamento que precisaria ser refletido: seria possível criar uma maneira comum a todas as equipes de desenvolver o acolhimento na unidade de saúde Nova Conquista, mesmo diante das diferenças e rivalidades?

Para aprofundar o debate de forma mais participativa, ampliando a avaliação deste processo, tentamos realizar uma reunião com representantes de cada equipe e, a partir desta, preparar um segundo momento com todos. Porém, não houve presença significativa dos profissionais, que alegaram a questão do horário. A maior parte dos presentes nesta reunião eram estudantes e novos residentes, que não haviam participado do momento anterior.

Como só foi possível retomar de forma mais participativa na reunião ordinária da unidade, no turno da sexta-feira à tarde, e considerando a dificuldade de aprofundar um diálogo no espaço de um grupo tão grande, propus a realização de um sociodrama trazendo a temática deixada no primeiro seminário.

Com antecedência, reservamos a pauta da reunião para isso. Mas, na ocasião, foi sugerido adiar, pois a reunião estava esvaziada, principalmente dos ACS, que estavam organizando os prontuários das suas famílias cadastradas. Então marcamos nova data, e o sociodrama veio a acontecer em 20 de maio de 2016.

#### 4.1.4 Sociodrama das esculturas

Embora o absenteísmo dos profissionais fosse bastante significativo neste dia (os dentistas estavam em atividade na Secretaria de Saúde, parte da equipe IV estava em atividade na escola do bairro e outras situações), resolvemos dar prosseguimento ao planejado com quem estivesse e quisesse participar.

Logo ao início da atividade, algumas pessoas foram saindo. As que ficaram, porém, foram até o final, com exceção de um ACS que saiu e entrou algumas vezes no processo, atrapalhando um pouco o andamento do grupo.

Observando o comportamento de auto-exclusão de alguns profissionais em momentos como este, podemos considerar que ele pode estar relacionado a diferentes fatores, sendo eles inerentes à própria pessoa ou ao contexto. Há aqueles que se esquivam de todas as atividades relacionadas ao trabalho, executando apenas as que lhe são obrigatórias. Estes parecem estar motivados apenas pela garantia de seu emprego e salário, desconsiderando, em certa medida, o resultado do seu trabalho. Há também os que parecem enfrentar dificuldades pessoais, que lhe impedem de transcender sua própria situação e ser capaz de agir em prol do outro e do coletivo.

Diante da oportunidade de aprimorar seu processo de trabalho e com isso se beneficiar diretamente em atividades como esta, outros profissionais se negam a participar por não acreditar nestes processos, por terem participado de tentativas anteriores que geraram expectativas sem resultados positivos mediante o limite que o contexto institucional autocrático impõe.

Participaram de todas as fases do sociodrama, um total de 26 pessoas, entre elas um estudante do internato de medicina, e uma criança, filha de uma agente de saúde, que costuma frequentar as reuniões de equipe com a mãe. Esta, porém, apesar de estar na unidade, juntamente com outras pessoas, resolveu não participar e se afastar.

Havia também quatro estudantes de nutrição que ficaram de fora, aos quais pedi ajuda para gravar e tirar fotos. Porém, por questões de falha tecnológica, apenas as fotos ficaram registradas.

Uma das apoiadoras estava presente, mas ficou de fora a partir da divisão em grupos. Por isso não participou da dramatização, mas sim do compartilhamento.

Introduzi este momento, resgatando os pontos apontados no seminário anterior e entre estes a questão norteadora e temática deste momento, que seria: diante das especificidades e diferenças expressadas por cada equipe e pelos vários

profissionais, e considerando a necessidade apontada de desenvolver um modo de funcionamento do processo de acolhimento na unidade, que unifique todos os seus setores e equipes em uma forma aproximada de trabalho, como isso seria possível?

O foco do sociodrama se concentrou sobre a relação entre as quatro equipes, naquele momento, bem como sobre a possibilidade de haver aproximações entre elas. Para a construção de padrões comuns, seria necessário haver mudanças em cada uma das partes, para as quais se precisaria esclarecer qual a disponibilidade de cada equipe em enfrentar tais mudanças.

Partindo do aquecimento como fase inicial na metodologia sociátrica, é necessário pontuar que ele ocorre de maneira gradual e progressiva, visando alcançar a ação dramática. Neste processo se dá o aquecimento inespecífico, em que o grupo começa a se situar na sessão e do qual emerge o protagonista. O aquecimento específico visa preparar a dramatização propriamente dita (RAMALHO, 2011).

Na sequência, dirigi um aquecimento inespecífico, a partir do caminhar, da observação sobre o corpo, o ritmo, o lugar, o grupo, etc., provocando uma viagem no tempo, até um ano atrás, onde cada um pudesse evocar os fatos marcantes, agradáveis e desagradáveis, vividos principalmente no trabalho. Ao final desta fase, trabalhei a distribuição dos participantes em quatro subgrupos, a partir do critério de pertencer a cada uma das equipes.

Os subgrupos receberam a consigna de compartilhar a viagem no tempo, feita por cada um e, na sequência, criar uma imagem do grupo, que representasse a sua vivência deste período até o momento atual, atribuindo um título a esta imagem. Este foi o aquecimento específico.

Em seguida, as imagens foram apresentadas uma a uma. Pedi que o restante do grupo contemplasse cada imagem apresentada, da qual solicitei um solilóquio, uma técnica que consiste em solicitar ao protagonista que expresse seus pensamentos em voz alta, como se estivesse “pensando alto” (RAMALHO, 2011). A plateia também pôde expressar algumas ideias e sentimentos suscitados pelas imagens.

Os títulos das imagens apresentadas, na seguinte ordem, foram: “Nascer, amar, lutar e vencer” (da equipe Alto do Mateus III); “Mãos que se apoiam” (da equipe Alto do Mateus V); “O Nascimento da Amizade” (da equipe Alto do Mateus IV); e “Farta Tudo” (da equipe Alto do Mateus II).

Com o grupo todo em formação circular, depois das apresentações, sugeri que, a partir de um movimento espontâneo se construísse uma única imagem que contemplasse todas as esculturas originais. Terminando esta fase, seguiu-se o compartilhamento.

Ressalto, neste momento, alguns limites no processo de direção, principalmente pela ausência de um ego-auxiliar com desenvoltura na prática socionômica, o que talvez teria favorecido uma leitura mais dinâmica e um maior aprofundamento na direção do processo, diante das resistências encontradas.

Como diretora, desenvolvendo as funções de produtora, terapeuta (no sentido de provocar mudanças) e analista social, procurei dar ênfase a primeira e a terceira etapas do sociodrama.

Outro aspecto a ser considerado foi a falha nos registros filmados, que limitou um pouco o processamento, uma vez que também não havia um observador para registrar os fatos mais relevantes do processo.

Porém, considerando que a maior parte do grupo nunca havia participado de uma atividade parecida, pôde-se perceber, apesar dos limites, a riqueza vivenciada neste sociodrama, que se revelou, sobretudo na fase de compartilhamento.

## **4.2 Potencialidades e Limites da equipe de trabalho na ESF**

A questão do acolhimento ao usuário da USF Nova Conquista se constitui em um fenômeno social concreto, inserido no espaço-tempo vivido por esta equipe de saúde e apontado pelo grupo de pessoas que constituiu o pesquisador coletivo como problema a ser enfrentado em uma intervenção coletiva.

Trata-se de um atributo essencial no fazer dos profissionais de saúde, sobretudo no contexto da atenção à saúde da família, diante da complexidade e abrangência dos problemas encontrados e da possível proximidade com o contexto familiar e comunitário.

Como tema de grande importância e recorrência, tem sido, algumas vezes, abordado por meio de reuniões, aulas e palestras; e está diretamente relacionado à constituição do trabalho em equipe e da equipe de trabalho, enquanto grupo social natural.

Através da intervenção realizada nesta pesquisa, observou-se o impacto deste tema, tanto no que se refere ao desenvolvimento e articulação do trabalho como

em relação à dinâmica afetiva do grupo de trabalhadores. Esta observação foi possível mediante a manifestação de falas, ações, gestos, atitudes, sentimentos e cenas favorecidos a partir da metodologia utilizada, que para além da linguagem falada, permitiu a expressão do corpo e das emoções.

Observou-se a maneira como este tema surgiu e foi priorizado; como o grupo se apropriou dele e ampliou sua abrangência, extrapolando a dimensão organizativa; as divergências que giraram em torno do assunto; e sua ligação direta com o processo de desenvolvimento da equipe.

Percebeu-se que o acolhimento está presente em todos os momentos do processo de trabalho da equipe, de forma adequada ou não, uma vez que se refere, em uma de suas dimensões, aos encontros entre profissional e usuário, entre profissional e profissional, além de incluir o grupo e a instituição nesta relação.

Durante todo o percurso da pesquisa, foi-se revelando a maneira como este atributo interfere nos movimentos de atração e repulsão no interior do grupo, influenciados pelo processo organizativo e pelos valores e normas estabelecidos.

A partir dos registros que compõem o corpus desta pesquisa, oriundos da observação participante nos seus diferentes momentos, bem como das falas, imagens e cenas produzidos pelos profissionais envolvidos, foram identificadas unidades de significação, que foram organizadas em três eixos: Organização do trabalho; afetividade e desenvolvimento profissional; e a experiência da participação.

#### 4.2.1 Organização do trabalho

Considerando que todo trabalho tem uma organização, um modo de se desenvolver, é essencial salientar que na saúde, por sua dinâmica e complexidade, o trabalho está sempre sujeito a imprevistos, sendo sua organização um objetivo ao qual não cabe rigidez.

Ao afirmar a equipe como base da organização do trabalho em saúde, Campos (1997) aponta a necessidade de equilíbrio entre autonomia profissional e definição de responsabilidades no âmbito do serviço. Este equilíbrio, bem como a consecução do fazer na saúde se realiza pela mediação das relações sociais (trabalhador-usuário-gestão-grupo-equipe). Neste seguimento, compreende-se a implicação da temática do acolhimento com a questão da intersubjetividade e da

organização do trabalho em equipe, que foi suscitada nesta pesquisa, pela esfera dos desafios apontados.

#### 4.2.1.1 É difícil realizar a escuta qualificada. Nem todo mundo sabe.

Embora haja um discurso aproximado sobre a conceituação do que seja acolhimento, há também alguns conceitos pouco esclarecidos e certa confusão entre os termos “acolhimento”, “escuta”, “classificação de risco”, “escuta qualificada” e “triagem”. Porém, o que se sobressai na dinâmica que tem sido observada no cotidiano da equipe desta unidade são as diferenças no modo como cada um desempenha sua ação pautada neste conceito.

“Porque a gente sabe que acolhimento é escuta, troca de experiência. Você vem com uma informação, logo você tem que receber aquela informação e dar resolutividade para a pessoa. Isso não é fácil, porque a gente sabe que muitas pessoas têm dificuldade em dizer não. E a gente sabe que no acolhimento a gente tem que direcionar, e nem todo mundo sabe direcionar, ou não entende o que a pessoa está trazendo” (ACS - seminário, 2015).

Na fala acima, o ACS coloca que há dificuldade na realização deste atributo e levanta a questão da habilidade para “dar resolutividade”, “dizer não”, “direcionar” e “entender” o problema do usuário. É necessário esclarecer que ao mencionar acolhimento, muitas vezes o profissional está se referindo ao momento da “escuta”, no início de cada turno, em que um grupo de profissionais fica recebendo e escutando os usuários com suas demandas para, a partir daí, organizar o atendimento para aquele turno.

#### 4.2.1.2 Nem sempre há disponibilidade para escutar o usuário, por quê?

As diferenças na relação com o acolhimento, enquanto este momento da escuta, são colocadas em termos de motivação afetiva para o seu desenvolvimento, no sentido mesmo de “gostar” e “não gostar” de realizar essa tarefa. Na fase de dramatização do sociodrama no seminário, aparece na fala da enfermeira: “Ah! Graças a Deus, terminou esse horário”, se referindo ao horário da escuta. Aparece também na expressão facial de outro personagem, uma agente de saúde na mesma

situação, representada na cena pela apoiadora, que demonstra aborrecimento e indisposição com esta tarefa.

Na roda de conversas a ACS faz a seguinte colocação:

Muita gente não gosta, muita gente tanto faz, e muita gente gosta de escutar. Eu sou uma das que gosta de estar no acolhimento, eu não vou mentir, Jeny sabe. Eu não me importo de fazer acolhimento, mas eu sei que tem gente que não gosta, isso aí é pessoal. É bom a discussão pra que cada um dar sua opinião, diga qual é a sua angústia dentro do acolhimento, qual o motivo que não gosta (Seminário, 2015).

Podemos arguir, neste momento, se este “não gostar” está relacionado, principalmente a uma falta de habilidade para a escuta, a uma compreensão inadequada, ou mesmo a uma falta de responsabilização com esta função.

Em estudo sobre o acolhimento de urgências na ESF, Farias et al (2015) mostram que os profissionais têm dificuldade de acolher este tipo de situação, por exemplo, por motivo de capacitação insuficiente e entendimento inadequado de que urgência foge aos objetivos da Atenção Primária à saúde. Este dado confirma o que se percebe na fala de alguns profissionais desta equipe: “PSF não é para atender urgência. Se é urgência, vai para o hospital” (Dentista, diário de campo, 2015).

Entendendo que esta escuta pressupõe envolvimento e corresponsabilização, e não necessariamente a resolução completa do problema por um único profissional, considera-se que este poderá participar desta construção resolutiva. Para isso, muitas vezes é preciso contar com a retaguarda de sua equipe, desde que consiga primeiramente processar esta fase de ouvir, acolher, se responsabilizar e se colocar em parceria com o usuário e com seus colegas. Trata-se da capacidade de construir relações de parceria e cooperação, e não simplesmente interpretar o que o outro precisa para tomar decisões unilaterais.

Neste processo, é preciso lidar com as formas de expressão do sofrimento do outro, muitas vezes com agressividade e desconfiança, com momentos de incertezas e inseguranças suas, com as pressões de diversas demandas, com a falta de recursos, etc.

#### 4.2.1.3 O ACS se vê sem poder no processo de acolhimento

Coloca-se em questão a capacidade da equipe e de cada profissional em resolver problemas de saúde (ou participar da resolução) a partir da relação com os usuários e a comunidade. Isto é questionado tanto por profissionais como pela população, que muitas vezes coloca em dúvida a possibilidade de ter seu problema resolvido através de alguns profissionais como ACS, enfermeira, etc., buscando quase sempre pelo atendimento do(a) médico(a), o que reforça a cultura do poder e da responsabilização maior deste.

O vínculo do agente de saúde com os usuários sofre influência deste processo e fica exposto na dramatização, quando este, no papel de usuário diante da enfermeira que acolhe a sua demanda, se expressa desta maneira:

Aqui fica meio complicado quando é com agente de saúde, sabe? Agente de saúde manda agendar, manda... mas com a enfermeira sempre tem um jeitinho, né?(...) o negócio é falar com doutor. Negócio de falar com agente de saúde, dá certo não (ACS, Seminário, 2015).

O desempenho do papel social de cada profissional encontra aqui o desafio de se sentir capaz, ser acreditado pelos colegas e ser acreditado pelos usuários como capaz de realizar um cuidado pertinente, adequado e útil. Nesta perspectiva, cada qual com seus limites, claro, pois todos terão limites, mas sempre com a possibilidade de buscar outros recursos e outros profissionais de retaguarda.

4.2.1.4 Acolhendo é possível esclarecer a importância de cada profissional no processo de cuidado e desconstruir a visão médico-centrada

As experiências relatadas nas rodas de conversa do seminário trazem a proposição de que o profissional que acolhe, a partir do seu comprometimento e do reforço à credibilidade do colega, pode ajudar a superar as ideias e comportamentos mantenedores deste padrão que enfatiza a ação médica em detrimento dos outros profissionais.

E assim.. as pessoas chegavam muito armadas. Só que muitas vezes a enfermagem resolvia e eles não queriam ser encaminhados pra enfermagem. (...) E eu percebi que se eu explicasse que aquela demanda era muito mais da enfermagem do que pro médico, que o enfermeiro resolveria sem ele ter que esperar até quase dez horas da manhã pra conseguir vaga com outro médico, isso foi facilitando. Acho que foi uma coisa positiva (psicóloga, Seminário, 2015).

Fica explícito nesta fala, que o usuário consegue compreender o funcionamento do serviço, adquirir mais confiança e se adaptar melhor a ele, obtendo a assistência de que necessita, desde que seja realmente acolhido e encontre resolutividade.

#### 4.2.1.5 O acolhimento pode potencializar a integração da equipe e a eficácia no trabalho

Na fala da médica, a seguir, fica expresso o sofrimento de se sentir impotente diante de um problema bem maior que sua capacidade individual de resolver. Havia a necessidade de contar com sua equipe, para lhe ajudar a superar este desafio. No entanto, ela também revela as possibilidades de superação das dificuldades quando se trabalha em equipe de forma integrada.

Passei por um momento muito difícil no início da residência, tava muito sobrecarregada, era muito paciente, (...) e fiquei desesperada, tinha dias que eu atendia 40 pessoas e não tava fazendo do jeito que eu queria fazer, não estava conversando com o paciente como eu gosto. (...) E aí, eu chegava em casa muito cansada. Não tava conseguindo estudar, não estava conseguindo lidar com tanto sofrimento, eu me achando impotente, incapaz de ajudar os pacientes... (...) E aí foi quando eu passei a fazer o acolhimento todos os dias pela manhã, acompanhando o ACS. (...) O acolhimento pra mim é muito gostoso, eu adoro tá no acolhimento. Eu vejo o paciente quando ele vem na fila, naquele caminho da fila até a gente. Eu vejo o sorriso dele. Ele sabe que vai ter uma resposta. Muita coisa eu estou passando pra Camila (enfermeira), que não era passado pra Camila porque eles não aceitavam. Queria sempre aquele negócio centrado no médico. Mas aí, eu conversando.... É a forma de falar também: "Olha, Camila vai dar uma olhadinha. Qualquer coisa eu olho também". Então eles aceitam. Camila resolve muita coisa, muita coisa mesmo. Qualquer coisa ela me chama, passa o caso, eu já sei qual é o paciente, vou na sala dela, a gente discute juntas. Então, pra mim, o acolhimento tá maravilhoso (médica, seminário, 2015).

Podemos observar que, ao assumir a função de escuta aos usuários no início do turno de atendimento, ela passou a ampliar sua perspectiva sobre o processo de trabalho, entrando em contato com os usuários bem antes da consulta médica. Ao mesmo tempo, pôde interagir de forma mais adequada com os colegas, ao acionar a enfermeira para participar do cuidado e estar junto ao ACS, estabelecendo uma comunicação intrínseca ao trabalho naquele momento, o que constitui um critério, apontado por Peduzzi (2001), para caracterizar uma equipe integrada.

A presença dos(as) médicos(as) no acolhimento foi vista como uma forma de apoiar e reforçar a conduta de outros profissionais, que passaram a se sentir mais

seguros nas suas decisões. Porém, também foi apontado que esta presença constante pode reforçar uma relação de dependência e um poder simbólico atribuídos ao médico.

O agente de saúde menciona que já ouviu dos colegas a seguinte fala: “Ah, se a médica já está presente, pra que eu tenho que continuar na escuta?” Isto denota, no profissional de saúde, uma postura de esquiva, que pode estar relacionada a uma falta de confiança na sua própria capacidade ou a uma falta de disponibilidade ou motivação para assumir responsabilidades.

Problematizando o destaque que é atribuído à figura do médico numa equipe de saúde, observamos que as relações que os outros profissionais estabelecem com este e vice e versa, muitas vezes, seguem um padrão cristalizado a partir da experiência com outros médicos ou com uma generalidade de médicos, o papel generalizado do médico internalizado no processo de socialização secundária, referido por Marino (1999).

Segundo esta autora, no processo de socialização secundária, que é subsequente ao que se dá no interior da família (socialização primária), “interiorizamos os ‘pedaços’ do mundo social-institucional que compõem nossa sociedade, aprendemos os papéis específicos que decorrem da divisão do trabalho e do conhecimento” (MARINO, 1999, p. 90).

Como herdeiros que somos desta conserva cultural, precisamos recriar estas relações, ao resgatar a nossa espontaneidade e criatividade diante de um papel social exercido por um outro concreto, com características e motivações singulares, e com possibilidades de estabelecer outras formas de vínculo.

#### 4.2.1.6 Sentimento de unidade entre os profissionais da equipe, a partir do compartilhamento de tarefas

Na atenção à saúde da família, a equipe tem oportunidade de experimentar uma aproximação dos fazeres, onde é possível que um profissional entre um pouco no que, tradicionalmente, é prerrogativa do outro. Este compartilhamento de atribuições parece ampliar as possibilidades de comunicação e interação, a partir da compreensão mútua. A medida que um possa sentir um pouco a perspectiva e as dificuldades do outro, este passa a se sentir compreendido e apoiado, como diz o ACS no seu depoimento.

Um momento em que eu me senti bem acolhido.. na verdade nos acolhemos, foi no ingresso no PSF. (...) A gente se acolheu porque, eu lembro que na época, uma forma bem interessante de fazer esses cadastramentos foi que, assim... não sobrou apenas pro agente comunitário de saúde. Toda a equipe foi pra rua, do médico ao enfermeiro, técnico de enfermagem... Todos foram cadastrar casa a casa. Então assim.. Teve médico que era acostumado a viver dentro do seu consultório atendendo os pacientes, no seu consultório particular, e foram também pra comunidade, ver a realidade da casa de cada um. (...) (ACS, seminário, 2015)

4.2.1.7 Às vezes, ouvir o usuário é mais importante que medicar e não é função específica de um profissional, mas uma potencialidade humana

Neste contexto, a “escuta”, que é atribuída principalmente ao médico e ao psicólogo, deve estar incluída no conceito de campo profissional (mencionado em nosso referencial teórico), trazido por Campos (1997), e ser assumida e desenvolvida por todos os outros profissionais, no sentido de aprimorar o cuidado e de desenvolver a comunicação e a tele dentro da equipe.

Na verdade, eu já tinha visitado também, e já tinha passado a medicação, ela disse que tava bem com a medicação pra dor, não tava sentindo dor, tava dormindo bem, e não tava precisando de nada. “Mas dona Diva, e por que a senhora pediu minha visita, pediu pra eu vir pra cá? ”, “ Só pra olhar pra você. Só em você tá aqui, eu já me sinto bem, já fico feliz”. E isso não é só porque eu sou médico. Eu escuto relatos de ACS, de outros profissionais que também falam isso: “Vou na casa de fulano e ele gosta que eu esteja lá só pra conversar, só pra escutar”. (...) O ser humano tem a necessidade de se relacionar, de se comunicar. Então essa pessoa tem muita coisa pra falar, muita coisa pra desabafar, e quando vai alguém pra casa dessas pessoas pra escutar, elas se sentem bem (Médico, seminário, 2015).

É através desta escuta atenta e acolhedora que se torna possível acessar e conhecer a experiência de sofrimento do outro, muitas vezes mais importante que conhecer sua doença, e possivelmente mais acessível a alguém que esteja disponível a se comprometer com o cuidado, que a outrem interessado apenas em desempenhar sua função técnica.

Uma questão que vai ficar pendente aqui é, até que ponto todos estão disponíveis e interessados em desenvolver esta qualidade da escuta?

4.2.1.8 O rompimento com os fluxos estabelecidos gera desconforto e sofrimento ao profissional

No que se refere ao fluxo de organização do serviço, sobretudo em relação ao acolhimento, por mais que tenha sido discutido e estabelecido regras para seu funcionamento, ainda é vivenciado e apontado como fonte geradora de dificuldade na comunicação e na dinâmica da equipe.

Já houve situações que usuários passou por a gente e a gente, na conversa, percebeu que não era uma urgência, não precisaria, necessariamente, ir ao médico. Mas, os enfermeiros já estavam sobrecarregados nesse dia, então conseguimos que um outro médico atendesse nesse dia, em função da vulnerabilidade. (...) A pessoa que estava na recepção veio até o acolhimento, disse que não.... Comunicou ao médico que já tinha colocado muita gente e retirou o paciente que a gente colocou. Então eu disse: “Pra que serve o acolhimento? Quem tá acolhendo não foi quem fez a escuta?” E tem mais um detalhe, a gente já tinha conversado com o médico pra atender essa pessoa. Então assim.. eu acho que romper fluxos e desrespeitar o outro profissional é uma das coisas de urgência que precisam ser vistas no nosso acolhimento. Acontece rotineiramente (...) Então, existe alguns fluxos que são rompidos sem a conversa com o outro profissional (psicóloga, seminário, 2015).

Fica apontado nesta fala o incômodo com a atitude de romper com os combinados para o fluxo de funcionamento da unidade, com o desrespeito à decisão e conduta do outro profissional e com a falta de conversa, para se resolver questões discordantes que surjam.

Verificou-se, também, que as inúmeras pactuações realizadas a respeito dos fluxos de funcionamento do acolhimento, acabavam esquecidas na medida em que alguns começavam a desrespeitá-las e os que as mantinham acabavam se cansando e deixando também de lado.

Romper combinados estabelecidos, desrespeitar decisões do outro e não conversar são atitudes relacionadas ao surgimento de conflitos e a dificuldade em resolvê-los. Entra em questão o grau de segurança e credibilidade existentes entre os membros da equipe, a confiança nos processos de construção coletiva e a capacidade para ouvir o outro e se expressar numa relação autêntica.

#### 4.2.1.9 É importante ouvir o colega e respeitar a conduta tomada por ele

Na experiência da mesma profissional encontra-se uma atitude de reforço à conduta do colega, a partir do entendimento sobre as bases desta conduta no fluxo estabelecido e da credibilidade na sua capacidade de tomar decisões.

O usuário tem o dom de romper tudo, né? Aí veio me procurar. Quando ele veio me procurar eu disse, “e o que foi que o técnico disse?”, “disse isso, isso e isso”. Eu disse: “olha, nosso técnico é capacitado pra isso. Se ele lhe avaliou... Existe a possibilidade de você vir a tarde?” “Existe, mas a gente veio agora”. Eu disse, “mas é porque existe um fluxo. Os que a gente já organizou pros profissionais, eles já estão lá, pra não sobrecarregar, pra a gente fazer um trabalho direito”. Convenceu e foi. Então, assim... a gente precisa ouvir o colega, né? (psicóloga, seminário, 2015).

#### 4.2.1.10 Sentimento de impotência e humilhação numa relação de desrespeito com o colega

No seminário do acolhimento, através de uma das cenas apresentadas na fase de dramatização, podemos observar a dificuldade de diálogo e desvalorização da demanda trazida por uma enfermeira para o médico.

##### Unidade cênica 1 (seminário, 2015)

A enfermeira (enfermeira) chega ao consultório médico trazendo a demanda de um usuário que está sem o seu medicamento de uso contínuo.

Susana: “- ...ele está sem a medicação e veio hoje, disse que só tinha um comprimido pra tomar pela manhã. Eu sei que não é urgência. Eu quero saber se você vai atendê-lo ou não.”

O médico (técnico de enfermagem), que estava em consulta a um senhor (Agente de saúde), responde:

Médico: “- Susana, faça o seguinte, aguarde aí, que eu tô terminando de atender este paciente. Ai a gente conversa. ”

Susana: “- Está certo. Aguardo. ” [expressa disponibilidade pra esperar].

A consulta se estende. O médico está sugerindo exame de toque retal, junto com o estudante (agente de saúde). [risos na plateia e na cena]

Depois de tanto esperar, a enfermeira bate de novo à porta.

Médico: “- De novo! Peça pra esperar. ” [dirigindo-se ao estudante]

Paciente: “- Atenda logo ela, doutor. ”

Médico: “- Não. Ela mesma disse que não era urgência. ”

O idoso fica impaciente e pressiona a enfermeira pra falar com o médico de novo. Ao término da consulta a enfermeira entra no consultório e, acreditando que o médico vai atender o paciente, o entrega o prontuário. Mas o médico diz:

Médico: “- Susana, como não tem urgência, hoje é sexta-feira, peça pra ele vir segunda, pela manhã. A médica dele já deve estar aqui. ”

A enfermeira recolhe o prontuário e sai. Neste momento seu rosto expressa certa indignação, mas não fala nada.

Nesta cena, a enfermeira faz o papel dela mesma, agindo, no contexto dramático, exatamente como o faz no seu cotidiano. Ao procurar o médico, delega a

este a decisão de atender ou não, sem apresentar argumentos suficientes para fundamentar sua demanda, revelando certa submissão.

O personagem médico, por sua vez, não procura entender o que está sendo trazido, deixa a colega esperando e depois se recusa a atender o que lhe é solicitado. O técnico de enfermagem, representando o papel de médico, enfatiza esta característica do personagem, inspirado na sua experiência. Durante a construção da cena, o grupo compartilhava da dificuldade e receio que alguns profissionais têm de se comunicar com determinado médico de uma das equipes. Este, que não estava participando do seminário, também não faz parte da residência e trabalhava na unidade pelo PROVAB, com tempo previsto para sair.

A forma de comportamento deste profissional é representativa de muitos outros médicos, sendo fruto de uma construção histórica e cultural, e se sustentando no contexto institucional conservador em que estamos inseridos, onde há um reforço ao distanciamento hierárquico. Porém, a presença da Residência em Medicina de Família e Comunidade nesta unidade agrega outros médicos, que por terem escolhido esta especialidade, já representam outro tipo de atitude. Somando-se a isso, o contexto educacional em que estamos inseridos, deve favorecer o questionamento destas construções, embora com dificuldades.

Observa-se que, no trabalho em equipe na ESF, importa considerar o perfil de profissional que se propõe a interagir, dialogar e assumir responsabilidades em conjunto com os outros profissionais. Este, porém, não é o perfil mais comum entre os médicos e talvez também não o seja entre as outras profissões.

Na roda de conversas, a ACS desabafa a sua indignação quando a falta de respeito e a indisponibilidade para ouvir vem de um colega. No campo do afeto, a sensação de impotência e de humilhação é percebida também no tom emocionado, com que fala.

...além de impotência, eu já senti desrespeito. Não do usuário. Do usuário eu até entendo e relevo, nem ligo muito. Mas do profissional, não respeitar... que eu sou uma simples ACS, não posso falar da necessidade do usuário (...) Então, quando... ele nem te escuta, nem te ouve, não quer nem saber da necessidade do usuário, (...) Eu cheguei pra o profissional médico e falei da necessidade... tentei, né? Não falei, tentei falar. Ele não quis me ouvir. E era uma urgência, (...). Então, eu já passei por isso e sei o quanto é ruim ser desrespeitada pelos próprios colegas (...) ...ouvir, conversar comigo, dialogar, discutir o caso... não aconteceu. (...) Acho que tem essa questão, assim, da impotência, da humilhação, assim... (...) Mas essa questão, principalmente dos médicos de vir atrás de quem estava no acolhimento.... Essa frase, "quem

está no acolhimento? ”...machuca muito, dá vontade de chegar e dizer. Então, tá bom, faça você (Seminário, 2015).

Na situação mencionada acima há uma atitude de negação do outro, de sua legitimidade, capacidade e contribuição no desenvolvimento do trabalho, gerando impacto emocional de sofrimento e uma importante barreira à interação. Exemplos de situações como esta são registrados em vários momentos durante a observação participante, envolvendo principalmente, mas não exclusivamente, atores em posições hierarquicamente “superiores”, como médico, dentista, enfermeira, apoiadora.

Segundo Paulo Freire “o homem nas suas relações humanas se sente tentado a reduzir os outros homens à condição de objeto, coisas que são utilizadas para o proveito próprio” (1979, p. 20). A proposta de diálogo só é possível, porém, segundo Freire, mediante a “fé no homem”, em si e no outro, em seu poder de fazer, de criar, em sua “vocação de ser mais humano”.

Neste sentido, é importante “denunciar” este tipo de atitude e, mais ainda, “anunciar” a possibilidade de superação através do diálogo.

#### 4.2.1.11 Necessidade de uniformizar o fluxo de trabalho numa equipe com muitos profissionais

Outro aspecto levantado como gerador de dificuldade na dimensão organizacional do trabalho foi o tamanho da equipe. Considerando o número de profissionais envolvidos, cada qual com suas atribuições imediatas, compondo a oferta diária de serviços na rotina da unidade, organizar o atendimento a partir do acolhimento ao usuário implica na necessidade de saber como está funcionando cada setor e cada profissional, além de poder realmente contar com o funcionamento esperado.

E a gente precisa conhecer o fluxo de atendimento, quem são os profissionais que estão trabalhando, a forma como cada um desses profissionais organiza suas agendas, isso é muito complicado, porque são muitos profissionais. E pra gente conseguir gerir isso na cabeça da gente, é muito complicado. Às vezes da nossa própria equipe a gente se confunde, e a gente precisa encontrar uma forma de, eu diria, enxugar essa questão desse fluxo ao mesmo tempo que a gente tenta uniformizar isso entre as equipes (ACS, Seminário, 2015).

Este aspecto também interfere na dinâmica de interações afetivas e consequentemente na coesão grupal desta equipe. No cotidiano agitado do serviço, muitas vezes as interações ficam restritas aos que casualmente estão mais próximos, do ponto de vista espacial. Desta forma, no caso do grupo de trabalhadores desta unidade de saúde composta por quatro equipes de saúde da família e distribuído em alguns setores de funcionamento (recepção, vacinação, enfermagem, etc.) há uma tendência à formação e talvez cristalização de subgrupos.

É interessante observar a formação destes subgrupos e suas interações, de acordo com seus critérios. Vemos, por exemplo, que os ACS formam um subgrupo, que por ser o mais numeroso e articulado no âmbito do trabalho, muitas vezes é o que mais influencia nas decisões da unidade. Em cada equipe, eles constituem sub subgrupos, por proximidade de moradia, relações de amizade e maior frequência de encontros. Os médicos, que frequentam os espaços da residência fora da unidade e se articulam também no ambiente de trabalho em função do apoio que buscam ao aprendizado e desenvolvimento profissional, são outro subgrupo claramente observado.

Os funcionários que não se motivam com o trabalho costumam ser vistos em conversa no hall da unidade, com frequência, sendo reconhecidos como a “equipe VII”, já mencionada anteriormente. Por outro lado, tem um subgrupo formado por alguns ACS que lideram a maior parte das ações empreendidas pela equipe.

Observamos vir à tona a questão do exercício do poder que permeia as relações entre estes subgrupos e pessoas. Identificam-se poderes menos evidentes, e, portanto, menos reconhecidos e refletidos, como o dos ACS, por exemplo, que se manifesta à medida que estes apresentam convergência de interesses pautados em contextos e valores comuns entre eles, inclusive fazendo frente a outros poderes instituídos, como o poder médico, o da gestão e o da universidade. Em diversas ocasiões ficou manifesto, por parte de enfermeiras e até mesmo apoiadoras, o receio em supervisionar e cobrar do trabalho destes profissionais, em virtude de sua força (diário de campo, 2015).

Este subgrupo detém um lugar privilegiado de conhecimento sobre o território e a comunidade, o que representa elemento fundamental no desenvolvimento das atribuições da ESF, além de ter uma dinâmica de trabalho que lhe confere grande mobilidade e possibilidades de interação com os diversos seguimentos da unidade de saúde. Sendo assim, esta posição lhe proporciona o

poder de potencializar o trabalho, mediante uma relação de comunicação e colaboração na equipe, ou de atravancá-lo com sonegações e manipulações.

A metodologia utilizada na intervenção ajuda a revelar estas e outras possibilidades que se fazem habituais, no sentido de problematizá-las. Ao apontar o foco para o grupo e trabalhar no universo da imaginação, da realidade complementar<sup>2</sup>, o sociodrama ameniza as tensões, os sentimentos de culpa e as posturas de acusação, trazendo à tona aspectos conflitivos, sem atribuir a pessoas individualmente, afinal são possibilidades nas quais qualquer um pode incorrer.

No que se refere à interação entre as pessoas e subgrupos, observamos algumas dificuldades e resistências, como por exemplo, a “equipe VII”, que atua no mínimo possível de contato com os colegas e usuários, evitando envolvimento. Isto é percebido também da parte de algumas pessoas auto isoladas, que cumprem sua carga horária de trabalho evitando se comprometer com as questões coletivas. Por outro lado, os ACS que costumam liderar as ações de campanhas, muitas vezes se excluem de atividades das quais não estão à frente.

Estes padrões de cristalização e isolamento dificultam uma conformação circular, que representa a forma de maior coesão grupal, em que os indivíduos constituem um maior número de vínculos dentro do grupo, com maior mobilidade e menor dependência destes (Bustos, 1979).

Observa-se que o tamanho da equipe dificulta a construção de espaços de participação coletiva e, desta forma, além de influenciar seu funcionamento integrado no desenvolvimento do trabalho, também interfere na sua organização e na intimidade entre seus membros, sendo um desafio para o desenvolvimento da tele e conseqüentemente de sua coesão, que é a essência de um grupo social saudável.

#### 4.2.2 Afetividade e desenvolvimento do trabalhador

Através da intervenção realizada, emergiram alguns aspectos da afetividade desta equipe de trabalho, manifestos à medida que foi possível criar um

---

<sup>2</sup> Conceito moreniano que diz respeito a um tipo de experiência que ultrapassa a realidade através do uso da imaginação e possibilita ao sujeito dissolver as fronteiras do seu mundo limitado pelo ego e individualidade. No contexto dramático o protagonista fica liberado do mundo real e é convidado a vivenciar um mundo sem limites (RAMALHO, 2010).

clima de continência e aceitação às expressões dos participantes, e estes se sentiram livres e motivados ao compartilhamento.

Nas rodas de Terapia Comunitária, pôde-se contemplar a dificuldade dos participantes em perceber e nomear alguns sentimentos, através das palavras. Porém, eles emergiam por meio do choro, do riso, expressões de raiva, etc., no desenrolar do compartilhamento de experiências. Isto denota a influência de aspectos culturais e educacionais que não valorizam as emoções, tentam ignorar sua existência e, muitas vezes, impedem os sujeitos de aprender a lidar com elas. As pessoas muitas vezes ficam constrangidas em chorar diante do outro, sobretudo no ambiente profissional.

No entanto, neste espaço de expressão livre das rodas, muitas experiências foram compartilhadas com grande carga emocional. Histórias de quando alguém ficou doente ou algum familiar adoeceu, de quando o filho nasceu, de dificuldades com a gerência da instituição, de conflitos dentro da própria equipe, etc., agradecimentos, pedidos de perdão, histórias tristes e felizes, de quando foram bem ou mal acolhidos. À proporção que alguém falava, outros se aqueciam para falar também.

Destacamos aqui a importância do ambiente de aceitação e continência, que como função construída e exercida pelo grupo, deve ser explicitada e garantida na prática. Trata-se de assegurar o direito que todos têm de falar e expressar seus sentimentos e ideias, que por sua vez, devem ser respeitados e legitimados. Cabe ao coordenador e auxiliares facilitarem a direção neste sentido (GULASSA, 2007). O grupo acentua seu caráter terapêutico e pedagógico à medida que se constitui um espaço protegido para cada um de seus membros se expressarem de maneira autêntica.

Ao discutirmos o tema acolhimento, não priorizamos uma objetivação de propostas que dessem respostas definitivas ao problema levantado, apesar de sua premência permanente, mas buscamos valorizar a experiência vivida, dar importância ao sentido de cada fragmento expressado.

Para Romaña,

Dar importância aos fragmentos tem a ver com a necessidade de pensar alternativas (...) à tendência de ficar satisfeitos só quando atingimos o todo harmonioso e conciliador, passando muitas vezes por cima das evidências de incompatibilidade dos termos a combinar (2012, p.59).

À medida que cada fragmento de experiência compartilhada gerava emoções e interesse no grupo, ficava cada vez mais claro e forte o sentido do trabalho, do acolhimento, da expressão pessoal no coletivo da equipe e da escuta sensível para os participantes. Conflitos e contradições também foram explicitados e, mesmo diante da angústia com a falta de resolução, foram aceitos momentaneamente, segundo a proposta metodológica, com o fim de revelar razões e lugares ainda não conhecidos.

#### 4.2.2.1 Superação de insegurança e medo a partir da interação afetiva

Ficou expressada a importância dos vínculos afetivos no grupo de trabalho para o desenvolvimento de seus membros, como se percebe na fala abaixo.

Quando eu cheguei na primeira reunião na Secretaria de Saúde, fiquei lá numa cadeira olhando assim para o chão, com aquele medo de onde não era o meu meio, apesar de ter passado pela faculdade. Aí apareceram duas meninas, inclusive uma está aqui, só não está presente a outra. E eu lá isolada. Elas chegaram e me acolheram. E hoje, quem não falava, hoje está falando mais. Graças a Deus hoje eu não tenho mais aquele medo de falar com as pessoas, que eu tinha muito medo de falar com as pessoas. Me dirigir às pessoas, eu não tinha coragem não. E com isso assim, esse trabalho, esse conhecimento, hoje já estou muito desenvolvida. (Enfermeira, seminário, 2015)

Para a enfermeira, ter alguém que lhe acolha no ambiente de trabalho representou a condição primeira para o que se desenvolveu depois como ampliação de sua capacidade de se expressar e se relacionar neste ambiente, até então alheio, favorecendo a sua autoestima e desenvoltura pessoal e profissional, a partir de vínculos possíveis dentro do grupo.

Segundo a teoria de Schutz (apud Russo, 1999), um dos sucessores de Kurt Lewin, na evolução de um grupo, há três necessidades básicas que cada indivíduo procura satisfazer por meio das relações interpessoais. Estas são: a necessidade de inclusão, que implica em ser reconhecido como membro legítimo do grupo; de controle ou domínio, ou seja, participar das decisões que lhe dizem respeito; e de afeição, que se refere ao estabelecimento de relações profundas com alguém (afeto).

Ao revelar, logo em seguida, que sofreu e ainda sofre preconceito racial no seu cotidiano, a mesma enfermeira reconhece que ainda não sabe como fazer para

lidar com isso. “...fui discriminada pela cor (...) Sempre está acontecendo isso, mas eu tô superando. Muito difícil, porque como eu não tenho uma resposta no momento.” Desta forma, denuncia a opressão vivida no ambiente de trabalho e provoca a identificação de outros membros presentes na roda sobre outras formas de preconceito e opressão, que geram o mesmo sentimento de angústia e exclusão.

#### 4.2.2.2. Afeto e carinho dos colegas como via de fortalecimento e de recuperação da saúde

Vários participantes relataram a preocupação com o fato de ser bem aceito no ambiente de trabalho, e algumas situações mostraram que a atenção recebida, principalmente em momentos de dificuldade, favoreceu uma inserção no grupo. Em situações especiais como a de adoecimento do profissional, o aspecto afetivo ganha importância primordial no enfrentamento e desfecho da situação. O dentista, que havia sido orientado pelo médico a parar de trabalhar, entra em estado de “depressão”, como ele diz, e a vida perde um pouco do seu sentido, até que resolve voltar ao trabalho, e isso favorece sua recuperação, uma vez que conseguiu se sentir inserido no grupo.

Aí eu digo: pronto. Como eu vou chegar, eu vou ver como vai ser essa recepção. (...) Graças a Deus, fui bem recebido, quer dizer, houve de fato isso o que eu esperava. (...) E aí eu fui me sentindo bem. E aquele problema que eu tava, de depressão, de magreza, (...) eu estava num estado horrível. Aí foi quando eu vim pra aqui, me senti bem. Comecei uma semana, parei a outra. Fui voltando. Mas, graças a Deus, todo mundo não sabia o que era que Jorge tinha. Mas tinha o que? Aquele carinho, aquele jeito. “Dr., sente um pouquinho, descanse”, “por que é que o sr. Não lancha conosco?” (...) E, hoje, graças a Deus, eu tô recuperado e integrado a toda a equipe de trabalho. (Dentista, Seminário, 2015)

A preocupação dos colegas de trabalho com um dos profissionais que passa por momento de fragilidade denota a importância que aquela pessoa tem para o grupo e o sentimento de solidariedade construído na convivência. Esta demonstração de afeto fortalece o indivíduo, pelas emoções e sentimentos positivos, como a felicidade que a profissional sentiu quando recebeu a visita de seus colegas de trabalho, durante seu internamento.

Gente, eu estava, seis horas da noite, lá sozinha [internada no hospital], quando chegou minha equipe. Do auxiliar de serviços gerais ao médico.

Trouxeram aquele abraço, aquela oração...(...) Olhe, foi um momento de felicidade pra mim! Muito bem acolhida por aquela equipe. Muito mesmo... (Auxiliar de saúde bucal, Seminário, 2015).

Foi possível observar, no cotidiano desta equipe, a proximidade afetiva que existe entre vários de seus membros, mediante uma convivência diária intensa na qual se compartilham de aspectos pessoais, problemas, alegrias, momentos de refeição para os que passam o dia todo no trabalho, etc., até mesmo momentos de lazer. É preciso ressaltar, porém, que isso não ocorre de forma homogênea.

#### 4.2.2.3 Relações de amizade no contexto do trabalho

Diante dos movimentos de escolhas, rechaços, indiferenças e aproximações entre os membros deste grande grupo, vai se constituindo uma rede de vínculos, que muitas vezes ultrapassa a relação de colegas, alcançando o status de amizade.

...a pessoa que tava do meu lado ali, firme e forte, na época era minha amiga de trabalho, era Vitória. (...) tanto a Vitória quanto às minhas amigas que tá sempre firme e forte comigo, me dando conselhos quando eu piso na bola. São pessoas que realmente eu confio muito, entendeu? (...) E, também, mais uma vez pedir desculpas as minhas amigas que, eu estava ao extremo, e acabei me exaltando com elas, que eu acho que amizade é isso, é a gente... que eu aprendi com vocês, que quando a gente erra, a gente pode chegar e pedir desculpa. E com as amizades a gente sempre é perdoado. Só queria agradecer a vocês (ACS, Seminário, 2015).

Os vínculos de amizade, neste contexto, são indicativos de saudabilidade e trazem ambiência afetiva confortável, de confiança e reciprocidade, facilitando a coesão grupal, desde que sejam relações télicas e não transferenciais. Estas tendem a ser excludentes e se cristalizam em formas rígidas de interação, dificultando a circularização do grupo.

Tais movimentos de aproximação afetiva, assim como alguns conflitos e rupturas, ficam comumente submersos na rede cotidiana de acontecimentos, alimentando os conteúdos intersubjetivos como pensamentos, emoções, valores linguagens e suas conotações, etc. Trata-se do que Moreno chamou de estados co-conscientes e co-inconscientes.

Normalmente não há espaço para a expressão destes aspectos subjetivos no âmbito do trabalho desta equipe. Porém, durante a intervenção desta pesquisa, à

medida que estes aspectos vieram à tona, passaram a ser objeto da consciência grupal tornando mais compreensível o sentido de muitas atitudes e comportamentos antes incompreendidos.

#### 4.2.2.3 Sentimento de não pertencimento como fonte de sofrimento

Por outro lado, o sentimento de não pertencimento mostrou-se como gerador de sofrimento. De um longo desabafo, trago aqui um pequeno trecho que, com grande carga emocional, aponta o sofrimento de uma técnica de enfermagem que não é incluída na equipe como seu membro legítimo.

Então, o que me chateou logo depois foi que, quando precisava de alguma coisa, que eu ia falar, pessoas chegava dizia: “você não é daqui. Você não pertence ao PSF, você...” Assim... me rejeitaram mesmo. Eu me lembro que uma vez, numa brincadeira, eu disse, [voz embargada chorosa] “eu quero uma blusa”. “Você não tem direito a nada, porque você não é daqui”. Tanto é que eu, assim... Pra mim foi ruim, porque era como se eu tivesse ali somente ocupando aquele espaço. (...) não me sinto bem. (...). Faço a minha parte, mas não me sinto bem. (...) não vou me aposentar. Fico na sala da coleta, mas não me sinto bem. (...) Tem pessoas que realmente me respeitam, mas tem outras que acham que eu não sou nada. “Não, você não é do PSF, você não pertence à equipe. Você só presta serviço aqui” (Seminário, 2015).

Esta posição de isolamento afetivo repercute na qualidade de vida da profissional e no desenvolvimento do trabalho, estando relacionada a conflitos que dizem respeito à maneira como a profissional foi inserida na equipe, já há tempo suficiente para se definir sua posição no sociometria grupal.

Segundo a lei sociodinâmica, já referida em nosso referencial teórico, a distribuição do afeto no grupo não é igualitária, havendo indivíduos integrados, que tendem a manter ou melhorar sua posição sociométrica e indivíduos mal-integrados que tendem a conservar ou piorar seu isolamento social. De acordo com Knobel (1996), a integração dos isolados não se resolve nem com o tempo nem com a evolução do grupo, havendo necessidade de uma intervenção por parte de um coordenador ou líder.

Conforme a própria funcionária revelou, este foi um desabafo guardado há muito tempo e que, ao emergir e encontrar continência no grupo, proporcionou alívio de suas tensões. Isto reforça a importância de garantir o acolhimento grupal em espaços de compartilhamento, o que foi possível mediante a metodologia adotada, neste caso a Terapia Comunitária.

#### 4.2.2.4 Os atritos e desavenças fazem questionar o sentido das relações e do trabalho

Os conflitos no trabalho, vão gerando repercussões na relação da pessoa com os colegas e com o próprio trabalho, criando indisponibilidades e ruídos nas interações.

E, quando você chega no seu local de trabalho, às vezes você vê alguma desavença ou você tem, sei lá, algum atrito, alguma coisa, que seja com um colega, seja com um usuário, alguma coisa do tipo. Aí você fica assim pensando assim: caramba, o que é que eu tô fazendo aqui? Por que que eu tô aqui? Por que essa pessoa tá aqui? Por que isso tá acontecendo? [riso] Mas assim a vida não para, as coisas não param, a gente continua agindo, né, normalmente” (ACS, Seminário, 2015)

Como afirma Nery (2008), o fenômeno fundador e norteador da vida grupal é a afetividade. As relações despertam sentimentos vividos de forma intensa e no presente. Porém, esses sentimentos, em grande parte inconscientes, podem gerar defesas individuais ou coletivas.

Embora a comunicação externa ao trabalho e estritamente pessoal esteja assinalada como característica específica da equipe agrupamento (PEDUZZI, 2001), percebe-se que o desenvolvimento da comunicação intrínseca ao trabalho está relacionada com a possibilidade de existir este outro tipo de comunicação. O ambiente do trabalho é um lugar de convivência intensa entre as pessoas, muitas vezes é onde elas passam a maior parte do seu tempo. A comunicação está intrinsecamente ligada aos vínculos que são formados.

A esfera organizacional e institucional costuma ser compreendida a partir de sua impessoalidade, negando a dimensão humana presente no seu cotidiano. Isso se percebe no modo de pensar e operar dos gestores e até mesmo dos profissionais, que adotam postura de esquiva quando surge ocasião de interagir de forma mais pessoal ou de expressar suas singularidades no trabalho.

Apesar de estarmos no contexto organizacional, característico da impessoalidade, este sofre grande influência do contexto grupal, da rede sociométrica que se estabelece independentemente das regras da organização. Além do mais, as influências entre a qualidade das relações e o processo de trabalho é uma via de mão dupla, como afirma Contro (2009).

### 4.2.3 A experiência da participação

Integrando a pesquisa-ação como uma de suas dimensões essenciais, a participação consiste em elemento fundamental da transformação social. Na perspectiva socionômica da “revolução criadora” permanente, pretendida por Moreno, Bareicha (2010) ressalta o pressuposto nomotético e ao mesmo tempo ideográfico desta abordagem, quer dizer, considera a generalidade do fenômeno da transformação, que todos podem experimentar e inclui o princípio singular, de que cada indivíduo é portador do potencial transformador e criativo (centelha divina). Assim, não se prescinde do geral nem do individual neste processo, que se faz por meio da participação na ação e construção compartilhadas (de conhecimentos, valores, situações novas, etc.).

Para Moreno, no processo de intervenção, a mudança genuína só é possível mediante o atributo da participação.

“Para transformar o universo social, os experimentos sociais devem ser planejados de forma que possam produzir mudança. Para que isso aconteça, as pessoas devem ser incluídas na operação. Você não pode mudar o mundo ex-post-facto; você tem que fazê-lo aqui e agora, com e por meio das pessoas. nenhuma mudança duradoura da sociedade humana pode ser efetivada por manipulação mecânica, indireta, ou pelo arbítrio da força.” (MORENO, 2008, p.143).

A metodologia usada pelo pesquisador coletivo na intervenção junto a equipe de saúde da família da USF Nova Conquista, foi pensada com intenção de gerar transformações genuínas neste grupo e conseqüentemente no seu contexto, mesmo que não se tivesse muito claro o seu potencial a princípio.

Ao refletir esta intenção e a profundidade de seu significado, pôde-se observar que entre diferentes momentos e pessoas as expectativas estavam focadas ora na produção de um dispositivo formal (um fluxo, talvez) que funcionasse como instrumento de acolhimento, ora numa transformação mais profunda que alcançasse o desenvolvimento da equipe e sua capacidade de integração.

É importante perceber que entre a dimensão formal e organizativa, regida pelas regras de funcionamento, ferramentas e fluxos, e a dimensão grupal, regida pela intersubjetividade, há uma interdependência e uma relação de via dupla, uma vez que tais dimensões se influenciam mutuamente, e são influenciadas por outras dimensões.

Esta percepção nos fez considerar a complexidade de uma proposta de intervenção que não se restringisse a dimensão formal, mas que também a contemplasse.

Criar dispositivos adequados às especificidades daquele contexto colocou-se como intenção pautada no respeito às necessidades e características singulares das equipes que compõem a USF Nova Conquista e da população assistida por elas. No entanto, ao integrar a dimensão grupal, a questão da participação transformou-se no elemento central deste processo.

Tal participação nem sempre é uma condição fácil de alcançar. Em diversos momentos da pesquisa houve dificuldades em reunir as pessoas para se construir coletivamente as reflexões e intervenções, seja pelos atropelos da rotina, seja pela limitada disponibilidade em participar.

#### 4.2.3.1 As pessoas escolhem se distanciar do outro, do grupo e até de si mesmo ao ter que assumir responsabilidade diante dos problemas

A falta de participação, por vezes, foi atribuída à dificuldade em enfrentar problemas e conflitos inerentes ao grupo, ou à questão de assumir a responsabilidade por seus vínculos.

É muito fácil tá unido quando é com coisa boa, né? Conviver com a... pra se unir com uma pessoa, quando a pessoa está passando por uma dificuldade, pois aí que você percebe a verdadeira união, né? É difícil, não é fácil não, se unir com uma pessoa que tá passando por um momento difícil, chegar lá e apoiar, né? Ou então um grupo passando por um momento difícil, né? É mais fácil se afastar, dizer: "Não, eu não pertencço a esse grupo." (médica, Sociodrama, 2016)

É porque a questão do se responsabilizar, fica mermo que a questão do pai em relação à maternidade. Indiretamente ele quer, mas quando é sabido, ele se assusta. (...). Repare. Sou doida por Miltinho [colega]. Aí chega a colega e diz: "sabe quem está doente? Miltinho" (...) aí começam as dificuldades. Cadê o amor que eu tenho por ele? Tá entendendo a lógica, né? Então, as pessoas é que principalmente, nesses dias de hoje, elas cada vez mais, elas tão se distanciando até de si mesmo. (Tec, enfer., Sociodrama, 2016)

A questão da responsabilização está diretamente ligada à participação. Ser responsável por alguém ou alguma situação implica em que devo estar presente, envolvida, participando de decisões e soluções. Por outro lado, se participo, me comprometo e me responsabilizo por tais decisões e ações construídas.

Segundo Jonathan Moreno, a questão da responsabilidade é colocada por Moreno numa perspectiva ontológica vinculada ao sentido de universalidade (consciência que estende ao cosmos) que ele atribui à existência humana. Apresentando o dilema existencial como uma escolha entre a insignificância e a universalidade, situa a sua vontade pela segunda opção, uma vez que as implicações da primeira, são conhecidas pelos desdobramentos que negam a vida (depressão, suicídio, violência). O seu insight vem da concepção de Deus que evolui de um Deus-ele, distante e bélico dos hebreus bíblicos para o Deus-tu, amoroso e íntimo, dos primeiros cristãos, e daí para o Deus-eu, a centelha divina que há em cada ser. O ser universal é responsável pelo mundo (MORENO, 1998).

Paulo Freire (2001), afirmando a capacidade criadora do ser humano, coloca sua busca ontológica pelo “ser mais”, atribuindo-lhe o status de ser de compromisso com o mundo e com a humanização do mundo, ou seja, com sua transformação.

O diálogo, enquanto encontro entre sujeitos e possibilidade de construção compartilhada, exige compromisso, amor, fé e esperança (FREIRE, 1979). Exige coragem para enfrentar as dificuldades e confiança mútua para favorecer a colaboração.

#### 4.2.3.2 O cansaço e a vontade de desistir vem de se sentir só, sem apoio e sem reconhecimento

Também fica expressa a angústia e incômodo, quando se percebe a dificuldade na construção coletiva, mediante a ausência de colegas que se esquivam de participar.

Agora também, tem que ver o seguinte, sabe? Mesmo de boa vontade, mesmo gostando do que faz, mas você se sente cansado. Tem hora que você não aguenta mais, “não, não vou fazer mais não porque também, eu não vejo retorno, eu não vejo”. Por que só você se empenhar, se matar? Aí no final de contas, alguém recebe os aplausos (ACS, 2016).

A vontade de desistir é a expressão da falta de esperança que acompanha a ausência do outro, que é sempre esperado. Ela está presente também quando o que se espera é algo que não vem ou não é suficiente, como o reconhecimento e os aplausos. Na concepção freireana o diálogo não pode existir sem esperança. Mas é

necessário permitir a expressão da desesperança, quando presente, para que possa ser contemplada pela consciência e transformada. A esperança é amadurecida na luta, na busca permanente de conscientização e “o desespero é uma forma de silêncio, uma maneira de não reconhecer o mundo e fugir dele” (FREIRE, 1979, p. 43).

4.2.3.3 A participação do outro deve ser espontânea, não dá para obrigar. Mas faz muita falta

Como questão incômoda que pôde ser problematizada, em certa medida, pontuou-se a participação escassa dos membros da equipe nos momentos de construção coletiva e refletiu-se como se poderia ampliá-la. Vejamos uma breve discussão, entre dois ACS, durante o segundo sociodrama:

Milton: É porque assim, independente das dificuldades que são muitas, tem profissionais e profissionais. Tem aqueles profissionais realmente, que faz a coisa porque gosta, escolheu, “é isso que eu quero, eu gosto, com dificuldade e tal, mas eu estou aqui, eu vou fazer o que eu gosto”; E tem profissionais que vem porque precisa de suas necessidades financeiras, porque é seu emprego, vem porque é obrigado a vir.

Glória: É, mas aí não quer participar.

Milton: E aí fica difícil. Você não tem como obrigar, você não tem como forçar, e assim, participar de má vontade...

Glória: É melhor não participar.

Milton: Pra mim tem que tá de boa vontade. Mas ao mesmo tempo você se sente injustiçado. (2016)

Lewin (1948) aponta que diferentes situações autocráticas, democráticas, e *laissez faire* imprimem diferenças de comportamento. A escolha das pessoas em participar ou não é importante no sentido de que, se elas participam por serem obrigadas, estarão numa situação autocrática e isto mudará a qualidade de participação. Ao mesmo tempo, em uma situação *laissez faire*, o fato de não participarem não vai gerar movimento neste sentido. Em seu trabalho com grupos de crianças nestas diferentes situações, ao provocar a mudança de regime entre os grupos, o autor faz a seguinte observação:

Tive poucas experiências tão impressionantes quanto a de ver mudar a expressão nos rostos das crianças durante o primeiro dia de autocracia. O grupo cordial, aberto, cooperativo e cheio de vida, tornou-se, ao cabo de apenas meia hora, uma reunião apática, sem iniciativa. A mudança de autocracia para democracia parecia levar um pouco mais de tempo que de

democracia para autocracia. A autocracia é imposta ao indivíduo. A democracia, ele a precisa aprender (1948, p. 97).

De fato, participação é algo que não se obriga. Diálogo e interação verdadeiramente humana pressupõem abertura, disponibilidade e um movimento consciente em direção ao outro e ao mundo, motivado pelo desejo da experiência de coexistir, que faz sentido para a vida. Experimentar o mundo e o outro, se entregar, se experimentar no mundo, com o mundo e com o outro. Aí está a possibilidade do encontro, diante da liberdade de existir e de ser o que se é.

#### 4.2.3.4 A liberdade de escolha é um fator que pode favorecer a participação

Na reflexão sobre o problema da escassa participação, ficou explícita a visão de que a obrigatoriedade pode gerar resistência, enquanto a liberdade estimula a participação autêntica.

Você dá liberdade pra pessoa não gostar, essa liberdade pode vir a ser um fator que faça ela gostar também. Eu acho que a partir do momento que a gente começa a forçar, a gente cria um reforço negativo, cara! Vir forçado é pior ainda! Talvez a liberdade pra não participar, já seria um ponto pra vir a participar (ACS, Sociodrama, 2016).

A liberdade é um dos princípios e objetivos da prática sionômica, que fundamenta os métodos sociátricos. Segundo Aguiar Neto (Apud RAMALHO, 2011), a proposta de Moreno tinha características do ideário anarquista, sem que ele nunca tivesse se declarado como tal. Buscava quebrar as estruturas de opressão, abandonar as soluções prontas, e estimular a autonomia dos sujeitos. Para ele, as instituições deveriam ser questionadas e revitalizadas permanentemente, a partir dos fundamentos da espontaneidade, da tele e do momento.

A liberdade, porém, não pode ser uma pseudoliberdade, característica do individualismo e do distanciamento. Para Freire (1979, p. 46) “a ação cultural para a liberdade se caracteriza pelo diálogo” e a convicção pela luta se dá a partir da conscientização.

Para Moreno é necessário o encontro,

Num encontro, as duas pessoas estão no mesmo espaço, com todas as suas forças e fraquezas - dois atores humanos movidos pela espontaneidade, apenas parcialmente conscientes de seus objetivos mútuos. Somente

peças que se encontram podem formar um grupo natural e começar uma verdadeira sociedade de seres humanos. (MORENO, 2008, p.84)

#### 4.2.3.5 Percepção da importância de expressar o que se pensa e o que se sente

A condição primordial para o encontro e o diálogo seria a presença autêntica de cada indivíduo, mediante oportunidade e capacidade de auto-expressão. Até mesmo os conteúdos conflitantes e contraditórios necessitam ser expressos para que possam ser fonte de reflexão consciente e crítica. Na fala abaixo a médica expressa a percepção do impacto que tem a expressão de ideias e sentimentos no âmbito do grupo.

... a questão da expressão. O quanto é importante a gente, de alguma forma, colocar pra fora as coisas que a gente pensa, as coisas que a gente sente. (...). E eu senti um pouco disso, eu senti que as pessoas estavam colocando pra fora umas coisas que estavam um pouco presas, dentro de si, que foi o que eu senti também. (Médica, Sociodrama, 2016)

A possibilidade de expressão nem sempre está dada com tranquilidade no contexto social. É comum haver bloqueios e resistências, inerentes ao ambiente e também aos indivíduos, o que se observou na experiência deste trabalho. Levar o grupo à possibilidade da expressão livre representou um passo importante na busca da interação entre os participantes, para o qual o sociodrama, com seus recursos e etapas, foi um instrumento fundamental.

Como método adequado aos trabalhos sócio-educativos e comunitários, o objetivo do sociodrama é promover o encontro humano através do desenvolvimento da tele e da espontaneidade.

Em nossa experiência foi possível observar o funcionamento da técnica, em suas etapas e alcance. A participação espontânea e motivada foi facilitada pelos recursos do aquecimento; o protagonismo e as técnicas usadas no contexto dramático (do “como se”) favoreceram a exploração da experiência; e o compartilhamento, recurso importante no sociodrama, permitiu a elaboração de insights e a integração de novos elementos na dinâmica intersubjetiva.

A mediação de expressões ainda pouco elaboradas pode revelar o que está oculto no espaço interpessoal, podendo resultar em novas formas de interação e em construção de conhecimento. Porém, para que haja oportunidade de expressão é importante a existência de um ambiente acolhedor.

4.2.3.6 Ser apoio mesmo é tentar resolver o problema de cada um, ver a luta e o empenho da equipe e, as vezes, ser contra a gestão

Assim, é importante destacar, nesta experiência, o papel das apoiadoras matriciais, que são profissionais do NASF, desempenhando também uma função “gerencial”, ou melhor, de representante da gestão. No contexto específico de que estamos falando, esta dupla função gera contradição entre as expectativas de cada lado representado. Porém, a atitude predominante das profissionais foi a de acolher o trabalho proposto, reconhecendo a importância da participação no grupo e proporcionando o ambiente protegido para o diálogo. Na fala de uma delas fica explícito que, ao se sentir como membro da equipe, assume um posicionamento contrário à gestão.

Porque assim, a gente que é do apoio, né? Falo por mim e pelas meninas, a gente faz essa ponte, né? Entre a gestão e a equipe. Só que a gente vive aqui com vocês, então a gente se transforma em equipe. Muitas vezes a gente é contra a gestão, né? Assim nesse sentido de que a gente vê a luta de vocês e todo o empenho. Toda essa luta, (...) mas assim, quando a gente é apoio, quer ser apoio mesmo, a gente tenta ser apoio mesmo, não só pra vocês profissionais, mas como também pra todos os outros usuários que procuram a gente, a gente sempre invade a sala de cada um de vocês tentando resolver o problema de cada um, certo? (apoiadora, sociodrama, 2016)

A apoiadora é uma referência da gestão na equipe, da qual se espera a resolução de muitos problemas gerenciais, e ao mesmo tempo é seu membro. Assume uma função de liderança e pode suscitar respeito, confiança ou medo. Levando-se em consideração a postura de outros apoiadores em outras unidades do município, inclusive no mesmo bairro, podemos observar que este papel toma contornos muito diferentes, muitas vezes autocráticos, no que diz respeito a sua função de liderança e sua relação com a equipe. Sendo assim, é um fator muito influente sobre a questão da participação e do diálogo.

4.2.3.7 A harmonia pode surgir da descoberta de objetivos comuns entre os membros do grupo

No segundo sociodrama, pôde-se contemplar o “retrato” daquele momento, na construção de esculturas pelos participantes, revelando a qualidade da aproximação/distanciamento entre as equipes e profissionais, os aspectos de harmonia e desarmonia e a dificuldade ainda em construir coletivamente pelo diálogo. Isto proporcionou outra perspectiva de visão sobre o fenômeno, fazendo perceber a importância da construção coletiva, do apoio mútuo no enfrentamento das dificuldades e, sobretudo, da clareza nos objetivos comuns que movem o grupo e dão sentido a sua existência.

...se a gente tem um objetivo em comum(...), eu acho que consegue chegar numa harmonia. Eu acho que é isso, é discutir, justamente pra gente perceber que a gente tem objetivos em comum, né? (...) que é o objetivo de ver essa unidade funcionando direito, que é ver os pacientes satisfeitos, que é a gente ficar unido em paz, né? (...) E se os nossos objetivos são semelhantes, então a gente caminha junto (...). Então eu acho que a harmonia começa aí, nos objetivos em comum. (Médica, Sociodrama, 2016)

A clareza de objetivos e de uma proposta assistencial comuns é característica fundamental de uma equipe integração, que só poderá ser desenvolvida mediante uma construção crítica e participativa.

Esta construção é permanente e acompanha a dinamicidade do contexto no qual a equipe está inserida. No entanto, necessita ser favorecida através dos espaços destinados a este fim, espaços democráticos, que sustentem valores democráticos.

4.2.3.8 A vivência do sociodrama foi uma oportunidade para juntar o grupo. Este espaço tem potencial para a mudança de mentalidade, deveria existir com frequência

Por esse ângulo, ficou expressa também a necessidade de manter estes espaços como oportunidade de participação. A eles foi atribuída a potencialidade de gerar mudança de mentalidade.

Eu acho que é a única oportunidade em que realmente a gente consegue ficar junto. Então, é pena que é uma coisa muito breve e não é mais aprofundado mais na questão. E se antes fosse, talvez a mentalidade mudasse em relação aos nossos momentos que a gente realmente, todos nós aqui, não tem como fugir. A gente passa no dia a dia aí, com as questões do nosso processo de trabalho, mas se isso aqui fosse tido com uma frequência, que houvesse esses, “quebra”, eu acho que melhoraria um bocado de coisa. (Tec. enf., Sociodrama, 2016)

A experiência da participação gera maior necessidade de participar, o que está relacionado também à maior responsabilização. O sujeito, que estava imerso no isolamento, era apenas expectador do processo. Mediante a oportunidade de participar, “emergindo, descruza os braços, renuncia a ser simples espectador e exige participação. Já não se satisfaz em assistir; quer participar; quer decidir” (FREIRE, 2001, p.66).

A participação de que se trata aqui é uma participação ativa e comprometida, no aqui e agora do fenômeno social. O deslocamento da postura de expectador para a de partícipe implica em sair da passividade e assumir o lugar de sujeito espontâneo e criativo, com capacidade de agir em colaboração com o coletivo para uma transformação consciente.

Um aspecto primordial a ser ressaltado é a importância do caráter permanente dos processos de transformação. Para Moreno trata-se de uma “revolução criadora” permanente a partir dos pequenos grupos. Em Freire (1979), se descobre que “a partir do momento em que chegamos à conscientização do projeto, se deixarmos de ser utópicos nos burocratizamos; é o perigo das revoluções quando deixam de ser permanentes”.

#### 4.2.3.9 A vivência lúdica com as esculturas corporais favoreceu a mudança do olhar sobre o cotidiano

Percebe-se que a vivência da experiência da participação no processo de intervenção, mediado pelo sociodrama, favoreceu uma mudança de perspectiva e integração de novos elementos na percepção dos participantes, ampliando a compreensão dos fenômenos que compõem o cotidiano de trabalho.

...eu acho que foi uma coisa assim, tão significativa. (...) Cada escultura que os grupos fizeram separados, mesmo com um pouco de resistência que a gente observa, de cada um de nós, (...) depois que eu vi o resultado que foi, (...) no final, se encontrou uma “bagunça”, mas todos se abraçando ali, cada escultura. Deu pra ver um pedacinho de cada escultura. (...) quando Janine perguntou “qual vai ser o nome da escultura?”, ele falou: “bagunça”. Mas é porque, (...) o que a gente vivencia aqui, às vezes, realmente, é uma bagunça. Faz parte da nossa rotina isso. E a gente se juntar na sexta-feira conversar sobre isso, (...) de uma maneira mais lúdica, diferente. Lançar esse olhar diferente, acho que é muito importante, inclusive pra tornar o nosso processo de trabalho mais tranquilo e mais leve. Se a gente só vira pro lado ruim dessa

bagunça, (...) realmente a gente não consegue tirar nenhum proveito. Mas se disso a gente lançar outro olhar, um olhar de, realmente do cuidado, (...) pra tornar o processo de trabalho mais alegre, mais animado e mais produtivo. E vou sair daqui hoje muito feliz com esse resultado. (Médico. Sociodrama das esculturas, 2016).

A metodologia sociodramática, como uma vivência intensa no presente, é, segundo Fonseca (2008), um convite à comunicação humana transformadora. Esta comunicação, que não se restringe a fala, mas envolve as dimensões do corpo e das emoções, favorece a consecução de uma co-construção de novos olhares sobre a realidade.

Fonseca considera que, ao renunciar a sua personalidade para permitir através de si a expressão de outro, o desempenho de papéis no contexto dramático (psico-socio-dramático) provoca no indivíduo, alterações sutis no estado de consciência, favorecendo o acesso ao co-inconsciente e provocando liberações energéticas que resultam em bem-estar e, às vezes, com leve euforia (FONSECA, 2000).

A vivência de cenas cotidianas no contexto dramático representa a oportunidade de reeditar o sentido do que foi vivido, a partir de uma experiência nova e ampliada da realidade, a qual se denomina na socionomia de realidade suplementar (MORENO, 2008).

A emoção predominante nos momentos de dramatização foi a alegria, o riso e, muitas vezes, o deboche. Os participantes ironizavam situações e personagens representativos da opressão e sofrimento relacionados ao cotidiano.

A ludicidade dos métodos sicionômicos favorece uma abordagem suave, através do prazer, até mesmo nos momentos mais difíceis, em que o sofrimento vem à tona. Ele não deixa de existir, mas é vivido com uma qualidade diferente.

Para Verden-Zoller, a brincadeira se define como “qualquer atividade vivida no presente de sua realização e desempenhada de forma emocional, sem nenhum propósito que lhe seja exterior” (MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004, p.144). Esta é também a condição para o encontro humano, estar presente no aqui e agora. Para a autora, o lúdico e o afetivo são fundamentos do existir humano que têm sido negados em nossa cultura, com repercussões desastrosas. Em consonância com este pensamento, a socionomia propõe uma transformação radical, a partir dos pequenos grupos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa-ação permitiu-me um movimento significativo no sentido de ampliar a compreensão sobre as inquietações e angústias compartilhadas com meu grupo de trabalho no cotidiano, e representou a oportunidade de pôr em prática uma intervenção fundamentada em uma proposta metodológica na qual eu acredito. Como pesquisadora e, simultaneamente, membro do grupo, implicada na rede de afetos que o constitui, pude observar a experiência a partir de dentro, o que me trouxe dificuldades e vantagens.

Continuei na ação e, mais que isso, empreendi agir de forma mais sistemática e compartilhada, buscando o envolvimento de outros atores deste cenário, às vezes confuso, que é uma unidade de saúde da família. Porém, não deixei de ser observadora e pude estimular outros observadores, que mostraram a riqueza de múltiplos olhares a se complementarem mutuamente.

A intervenção no contexto grupal, entendido como espaço de aprendizado e desenvolvimento, onde se constituem os papéis sociais, favoreceu a emergência de conteúdos subjetivos e aspectos da constituição desta equipe de trabalho, que, paulatinamente, foram-se revelando aos participantes e ao “pesquisador coletivo” através de um clima afetivo acolhedor e facilitador, propiciado pelo sociodrama, a Terapia Comunitária, a Tenda do Conto e as rodas de conversa, onde sentimentos e ideias, inclusive as mais contraditórias e conflitivas, foram compartilhados.

Revelaram-se boicotes, exclusões e rivalizações entre pessoas e subgrupos, ao mesmo tempo em que se tiveram a oportunidade de, por meio da tomada de papéis nas dramatizações, abrirem-se aos insights, pela vivência de afetos, sentimentos e emoções no instante que caracteriza o “momento” existencial do encontro.

A equipe de saúde da família, enquanto um grupo social, tem uma estrutura relacional que vai além da dimensão organizativa do trabalho. A realidade destas equipes se manifesta em uma convivência diária intensa e, por vezes, duradoura, permeada por afetos e vínculos de diversas qualidades possíveis, sob influência de múltiplas pressões, compondo uma configuração única, que depende de como seus membros interagem diante desta realidade.

O tamanho da equipe, bem como sua composição heterogênea, comportando universos culturais e contextos sociais diferenciados, além da

interferência de um contexto institucional de características autocráticas e coercitivas, foram vistos como elementos geradores de sofrimento e dificuldades na constituição grupal de uma equipe “integração”.

Ficou evidenciado que trabalhar na perspectiva da construção de uma equipe integração significa transcender os aspectos formais da organização do trabalho e dos pactos estabelecidos nesta dimensão. Implica em contemplar a presença dos valores e os combinados implícitos neles, bem como as questões afetivas que permeiam a conquista da participação, consciência crítica, corresponsabilização e autonomia. Significa também trabalhar na busca de uma coesão grupal, ou seja, na possibilidade de aumentar as escolhas mútuas das pessoas no grupo.

Ao considerar o grupo de trabalhadores e suas formas de interação, é preciso lançar um olhar sobre a dimensão humana dos serviços de saúde, cuja missão está vinculada ao cuidado com a saúde de pessoas e grupos. Os bons resultados esperados de uma equipe de saúde estão intimamente relacionados com o desenvolvimento de um ambiente saudável no trabalho, que favoreça o fortalecimento dos profissionais, de suas relações e de suas intervenções (qualidade de vida dos trabalhadores).

A partir deste ciclo de pesquisa-ação, foi possível considerar a evolução grupal da equipe de saúde como elemento fundamental na identificação e compreensão de seus desafios e possibilidades, bem como na construção de um enfrentamento efetivo, que permita não apenas o desempenho adequado do serviço, mas também o bem-estar de seus membros e a expressão de sua singularidade.

Nessa lógica, se faz necessário um espaço contínuo de compartilhamento e diálogo, onde o processo de mudança cultural favoreça a emergência de novos valores e atitudes individuais e coletivas, necessárias à transformação das práticas e do contexto.

É fundamental estudar e ampliar a compreensão sobre a equipe de trabalho, enquanto espaço de relação intersubjetiva. Conhecer a configuração grupal de uma equipe, com suas características, limites e possibilidades, é o primeiro passo para contribuir com o seu desenvolvimento, seja através da educação permanente ou por meio de decisões administrativas coerentes com os princípios da ética e da humanização.

Nestes termos, a abordagem teórico-metodológica da pesquisa ação, da socionomia e da educação popular mostrou-se potente e adequada, sobretudo por integrar teoria e prática, com conceitos, métodos e ferramentas que favorecem esse espaço de encontro dialógico.

No âmbito da unidade de saúde Nova Conquista, outro ciclo se inicia, a partir do que foi mobilizado durante este período, em termos de envolvimento, questionamentos, conhecimentos e motivações. Acredito que a experiência de participação despertou o desejo e a necessidade de dar continuidade à construção coletiva de algo novo.

Mantem-se a importância alimentar este processo que, para ser realmente transformador, deve ser contínuo e ampliado, e poderá ser alimentado com a apresentação destas reflexões e com o aprendizado que esta experiência proporcionou a todos os que dela participaram.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para Reinventar as Rodas**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008. Publicação eletrônica. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapip/PARA\\_REINVENTAR\\_AS\\_RODAS.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapip/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf)> Acesso em: 02 set. 2016.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. – **O Desafio do Trabalho em Equipe na Atenção à Saúde da Família**. Interface – comunicação, saúde, educação, v.5, n.9, p.150-153, São Paulo, Ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>> Acesso em: 12 mai. 2016..

ALMEIDA, W. C. Técnica dos iniciadores. In: MONTEIRO, R. F. (Org.). **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.

ARANTES, L.J. **Contribuições e Desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil**: revisão da literatura. In: Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 12 mai. 2016.

BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação**. Brasília: Liber Livro Editora, 2004.

BAREICHA, P. **Grupo sócio-educativo (GS) em uma perspectiva socionômica**. In: GHESTI-GALVÃO I.; ROQUE B. C. E. (Org.). A aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza-CE: Gráfica LCR, 2005.

BRANDÃO, C.R. Círculos de Cultura. In: STREK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

BRASIL. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1991. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, 20 set. 1990, seção I, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://www.prosaude.org/publicacoes/pro\\_saude1.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf)> Acesso em: 02 set. 2016.

BRASIL, **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab\\_28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf)> Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional, 2010. Disponível em: [http://populacao.net.br/populacao-alto-do-mateus\\_joao-pessoa\\_pb.html](http://populacao.net.br/populacao-alto-do-mateus_joao-pessoa_pb.html) Acesso em: 10 set. 2016.

BUSTOS, D. M. **O teste sociométrico: Fundamentos, técnica e aplicações**. São Paulo- SP: Editora Brasiliense, 1979.

BUSTOS, D. M. **O Psicodrama: Aplicações da técnica psicodramática**. São Paulo: Ágora, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONTRO, L. C. **Grupos de Apoio ao Processo de Trabalho em Saúde**: articulações teórico-práticas entre Psicodrama e Análise Institucional. Campinas, SP.

Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000442805>> Acesso em: 04 ago. 2016.

COUTO, P.R.; PASCHOAL, T. **Relação entre Ações de Qualidade de Vida no Trabalho e Bem-estar Laboral**. Psicologia Argumento v.30, n.70, p. 585-593, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=6145&dd99=view&dd98=pb>> Acesso em: 24 Set. 2016.

CUKIER, R. **Palavras de Jacob Levi Moreno**: Vocabulário das citações do Psicodrama, da psicoterapia de grupo, do sociodrama e da sociometria. São Paulo: Ágora, 2002.

FARIAS, D. C. et al, **Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Educação Médica, v.39, n.1, p.79-87, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf>> Acesso em: 27 Set. 2016.

FLEURY, H. J. **A dinâmica do grupo e suas leis**. In: ALMEIDA, W. C. (org) Grupos: a proposta do psicodrama. São Paulo: Ágora, 1999.

FONSECA FILHO, J. **Psicoterapia da Relação**: elementos do psicodrama contemporâneo. São Paulo: Ágora, 2000.

FONSECA FILHO, J. **Psicodrama da loucura**: correlações entre Buber e Moreno. 7 ed. rev. São Paulo: Ágora, 2008.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

GADELHA, M.J.A.; FREITAS, M.F.L.O. **A Arte e a Cultura na Produção de Saúde**. In: Revista Brasileira Saúde da Família, Ano XI, nº 27, p. 54-58, jul/dez 2010. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia27.pdf) Acesso em: 24 Set. 2016.

GADELHA, M.J.A. **Artes de viver: a tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde**. Natal, RN. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20571/1/MariaJacquelineAbrantesGadelha\\_TESE.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20571/1/MariaJacquelineAbrantesGadelha_TESE.pdf)> Acesso em: 03 Set. 2016.

GADOTTI, M. **Paulo Freire e a Educação Popular**. In Revista Proposta, nº113, p. 21-27, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, W. B. **A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente**. Psicol. USP [online] v. 8, n. 2, p.305-336, São Paulo, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641997000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 27 set. 2016.

GONÇALVES, C. S.; WOLF, J. R.; ALMEIDA, W. C. **Lições de Psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.

GULASSA, D. **Vínculo e Confiança em Atendimento Psicoterapêutico Psicodramático Grupal com Presidiários**. Psicologia Ciência e Profissão [online], v.27, n.2, p.332-341, Brasília, 2007.

KNOBEL, A. M. A. C. **Estratégias de Direção Grupal**. Revista Brasileira de Psicodrama, v.4, Fasc.I, p.49-62, São Paulo, 1996.

LEWIN, K. **Problemas de Dinâmica de Grupo**. São Paulo: Cultrix, 1978.

MARINEU, R. F. **Jacob Levy Moreno, 1889-1974: Pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo**. São Paulo: Ágora, 1992

MARINO, M. J. **O grupo no Processo Educativo**. Linhas Críticas. v.4, n.7-8, p.87-97, jul./98 a jun./99. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/6740/5442>> Acesso em: 07 set. 2016.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família**. Rev. Esc. Enferm. USP, v.41, n.3, p.426-433, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012)> Acesso em: 02 jun. 2016.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil**. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1667-1676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>> Acesso em: 02 set. 2016.

MATURANA, H. R.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e Brincar: Fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas Athena, 2004.

MELLO, R. P. et al. **Construcionismo, Práticas Discursivas e Possibilidades de Pesquisa em Psicologia Social**. Psicol. Soc. vol.19 no.3 Porto Alegre Sept./Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300005)> Acesso em: 02 set. 2016.

MINAYO, M. C. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2009.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1974.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos do Psicodrama**. São Paulo: Summus, 1983.

\_\_\_\_\_ **Psicodrama**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

\_\_\_\_\_ **Quem Sobreviverá?** Fundamentos da sociometria, da psicoterapia de grupo e do sociodrama. Edição do estudante. São Paulo: Daimon, 2008.

MORENO, J. D. **A Filosofia Moral e a Ética Psicodramáticas**. In: HOLMES, P.; KARP, M.; WATSON, M. (org). O Psicodrama Após Moreno: Inovações na teoria e na prática. São Paulo: Ágora, 1998.

NERY, M. P. **Afetividade intergrupala, ações afirmativas e sistema de cotas pra negros**. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Universidade de Brasília, 2008. Disponível em: <<http://flacso.redelivre.org.br/files/2013/02/955.pdf>> Acesso em: 04 ago. 2016.

NERY, M. P.; COSTA, L. F.; CONCEIÇÃO, M. I. G. **O Sociodrama como Método de Pesquisa Qualitativa**. Paidéia, v.16, n.35, p.305-313, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2006000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300002)> Acesso em: 02 set. 2016.

PEDUZZI, M., **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109. 2001. Disponível em: <[http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_4p/trabalho\\_em\\_equipe/Peduzzi\\_2001.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf)> Acesso em: 02 set. 2016.

PINHO, M. C. G., **Trabalho em Equipe de Saúde: Limites e Possibilidades de Atuação Eficaz**. Rev. Ciências e Cognição, Rio de Janeiro, v.8, p.68-87, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>> Acesso em: 02 set. 2016.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Consequências para o Trabalho em Saúde**. Rev. Bras. de Enf. Brasília, v.53, n.2, p. 251-263 abr/jun 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000200010)> Acesso em: 25 set. 2016.

RAMALHO, C.M.R. **Psicodrama e Dinâmica de grupo**. São Paulo: Iglu Editora, 2011.

ROMAÑA, M.A. **Pedagogia do Drama: 8 perguntas e 3 relatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

ROMAÑA, M.A. **Sociedade de controle e pedagogia psicodramática**. Revista Brasileira de Psicodrama, v. 20, n.1, p. 57-70, 2012. ISSN 01045393.

RUSSO, L. **Breve história dos grupos terapêuticos**. In: ALMEIDA, W. C. (org) **Grupos: a proposta do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1999

SAMPAIO, J. et al. **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano**. Interface (Botucatu) [online], v.18, suplemento 2, p.1299-1311, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601299](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299)> Acesso em: 02 set. 2016.

SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (org.) **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas-SP: Saberes Editora, 2014.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf> Acesso em 01 Abr 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986. 107p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e Pesquisa-Ação como Instrumentos de Reorientação da Prática Médica**. In: GONSALVES, E. P. (organizador) **Educação e Grupos Populares: temas recorrentes**. Campinas: Alinea Editora, p.99-116, 2002. Disponível em: <<http://23reuniao.anped.org.br/textos/0620t.PDF>> Acesso em 01 Abr 2014.

VASCONCELOS, E.M. (Org). **A Espiritualidade no Trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REDE NORDESTE EM FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_ para participar da Pesquisa intitulada **A Construção do Trabalho em Equipe na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista**, sob a responsabilidade da pesquisadora Janine Azevedo do Nascimento, aluna do Mestrado e Saúde da Família da RENASF/Universidade Federal da Paraíba, com orientação da professora doutora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, a qual pretende compreender o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família na USF Nova Conquista em João Pessoa, fomentando ações estratégicas de superação das dificuldades na constituição grupal da equipe de saúde.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de atividade de pesquisa-ação em reuniões, rodas de conversa e/ou sociodramas.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, no que se refere à possibilidade de algum constrangimento particular, que será evitado através dos cuidados metodológicos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de novas formas de construção do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, e o favorecimento de novas abordagens deste dispositivo, tanto no âmbito do trabalho e da educação permanente, como na formação profissional empreendida pelas instituições universitárias para os cursos da área de saúde.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora

no endereço, rua José Vitorino de Araújo, 16 – Bancários – CEP 58051-610, pelo telefone (83) 32354809, e-mail: janinenascimento@hotmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CCS/UFPB, no Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB, fone (83) 3216-7791, e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_

, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador