



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**Laine Cancian da Silva**

**A DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA: A SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO “VEM SER  
MULHER”**

CAMPINAS - SP

2020

**LAINÉ CANCIAN DA SILVA**

**A DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA  
FAMÍLIA: A SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO “VEM SER  
MULHER”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de mestra em Saúde Coletiva, Área de Concentração – Ciências Sociais em Saúde.

**ORIENTADOR: PROF DR JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ**

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LAINÉ CANCIAN DA SILVA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Silva, Laine Cancian, 1984-  
Si38d A dimensão clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família : a sistematização da experiência do grupo "Vem Ser Mulher" / Laine Cancian daSilva. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Juan Carlos Aneiros Fernandez.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção da saúde. 2. Prática psicológica. 3. Análise qualitativa. 4. Processos grupais. 5. Autonomia. I. Aneiros Fernandez, Juan Carlos, 1961- . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The clinical-assistencial dimension of Family Health Support Unit : the systematization of experience from the group "Vem Ser Mulher" (Come and be a woman)

**Palavras-chave em inglês:**

Health promotion  
Psychological  
practiceQualitative  
analysis Group  
processes Autonomy

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Juan Carlos Aneiros Fernandez [Orientador]  
Cláudia Maria Bógus  
Daniele Pompei Sacardo

**Data de defesa:** 11-12-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-4497-0394>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8251733780091996>

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

LAINÉ CANCIAN DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

### **MEMBROS:**

1. PROF. DR. JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

---

2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CLÁUDIA MARIA BÓGUS

---

3. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. DANIELE POMPEI SACARDO

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

Data: 11/12/2020

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, como eu, estão no fazer diário do SUS e acreditam nele.

Dedico a todas as mulheres que fizeram parte dessa experiência, tanto às usuárias da unidade de saúde, quanto à ex ACS Lilian.

Dedico, também, à minha família. Ao meu pai pelo apoio e pelas horas de estrada passadas juntos.

À minha mãe pela paciência, incentivo e por estar sempre com meu filho para que eu pudesse percorrer meu caminho.

Aos meus filhos, Lucas e Helena, por serem a minha vida.

Ao meu marido, Kael, por tanto amor.

## EPÍGRAFE

Por trás das aparências há, e haverá sempre, outras aparências.

Cornelius Castoriadis

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Juan pela orientação e por todo o aprendizado que me proporcionou, me aproximando cada vez mais do que é ser uma pesquisadora.

Aos colegas do NASF pelo incentivo em permanecer firme ao longo desta jornada.

À amiga Flávia, parceira de escuta, que por muitas vezes me trouxe de volta a motivação para continuar.

À amiga Alessandra, que por toda a vida esteve ao meu lado me mostrando muito mais sobre mim do que eu já havia sido capaz de ver.

À Dr<sup>a</sup> Marta, profissional incrível e que sempre acreditou, confiou e se interessou pelo meu trabalho, com quem aprendi o que é estar no SUS lutando com vontade e amor.

À Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, por permitir a realização da pesquisa em uma de suas unidades de Saúde da Família.

A todos os colegas das unidades de Saúde da Família.

A todas as mulheres que fizeram parte da história do grupo “Vem Ser Mulher”.

## RESUMO

### **A DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: A SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO "VEM SER MULHER"**

A discussão acerca da Promoção da Saúde (PS) tem crescido nas últimas décadas e ganhado força principalmente a partir da realização da Primeira Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, a Conferência de Ottawa, realizada em 1986. Nesse momento foi elaborado o conceito de PS mais utilizado até os dias atuais, dando lugar aos sujeitos quanto ao seu papel no que tange aos cuidados de sua saúde. Desde então, muitas mudanças têm ocorrido na área da saúde pública, culminando na criação e implantação do Programa de Saúde da Família e, posteriormente, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tendo em vista o lugar que o psicólogo do NASF ocupa dentro do contexto da Atenção Básica à Saúde e partindo dos pressupostos da Promoção da Saúde, a presente pesquisa buscou lançar seu olhar para as práticas grupais desenvolvidas por esse profissional dentro de uma unidade de Saúde da Família. O objetivo foi estudar a questão da autonomia dos sujeitos a partir da sistematização da experiência de um grupo de mulheres desenvolvido na lógica da Promoção da Saúde numa unidade de Saúde da Família. Assim, foi necessário reconstituir o grupo de mulheres e, para percorrer os caminhos pretendidos, foi utilizada a metodologia participativa denominada Sistematização de Experiências (SE). A SE valoriza os saberes dos sujeitos que participaram da prática, colocando-os como protagonistas e envolvendo-os nas reflexões e escolhas a serem feitas. Essa metodologia é desenvolvida em cinco tempos: o ponto de partida, o qual é sempre uma experiência prática concreta; as perguntas iniciais, momento no qual o objeto, o objetivo e o eixo da sistematização são definidos; a recuperação do processo vivido, com a reconstrução histórica da prática e a presença das diferentes interpretações dos sujeitos; a reflexão de fundo, a qual realiza a interpretação crítica do processo vivido; e os pontos de chegada, que representa a formulação de conclusões e a construção de conhecimentos acerca da prática e que devem ser comunicados. No que tange à autonomia dos sujeitos, a mesma sempre esteve presente, contudo, de forma implícita. Foi possível observá-la no agenciamento feito

pelas mulheres, tanto na prática grupal desenvolvida, quanto no processo da SE. No entanto, sistematizar essa experiência possibilitou ir além: revelou a potência das ações grupais na Atenção Básica e permitiu pensar acerca da atuação do psicólogo do NASF para além da prática centrada na clínica.

Palavras chaves: Promoção da Saúde; Prática Psicológica; Análise Qualitativa; Psicologia Social; Processos Grupais; Autonomia dos Sujeitos.

## **ABSTRACT**

### **THE CLINICAL-ASSISTENTIAL DIMENSION OF FAMILY HEALTH SUPPORT UNIT: THE SYSTEMATIZATION OF EXPERIENCE FROM THE GROUP “VEM SER MULHER” (COME AND BE A WOMAN)**

The discussion about Health Promotion (HP) has grown in the last decades and gained power mainly since the implementation of the First International Conference on Health Promotion, the Conference of Ottawa, held in 1986. At that moment, the most used concept of HP until today was elaborated, giving way to individuals on their role referring to their health care. Since then, many changes have happened in public health area, culminating in the creation and implantation of Family Health Program and, later, the Family Health Support Unit (NASF in Brazil). Bearing in mind the place where the NASF psychologist takes inside the context of Primary Health Care and on the assumption from the Health Promotion, the current research aimed to release its look to the group practices developed by this professional in a Family Health Unit. The goal was studying the matter of the individuals' autonomy since the systematization of experience from a group of women developed in the logic of Health Promotion in a Family Health unit. Thus, it was necessary to rebuild the group of women and, to go through the intended ways, the participatory methodology called Experience Systematization (ES) was used. The ES valorizes the individuals' knowledge who participated the practical, putting them as protagonists and involving them in the reflections and choices to be made. This methodology is developed in five moments: the starting point, which is always a concrete practical experience; the initial questions, moment in which the object, the objective, and the systematization axis are defined; the recovery of the lived process, with the practical historic rebuild and the presence of the individuals' different interpretations; the in-depth reflection, which makes the critical interpretation of the lived process; and the arrival points, which represent the formulation of conclusions and the building of knowledge about the practical and that must be reported. Referring to the individuals' autonomy, it has always been present, yet, in an implicit way. It was possible to observe it on the agency done by the women, either in the group practical developed, or on the ES process.

However, systematizing this experience made it possible to go beyond: it revealed the potency of group actions in Primary Health Care and allowed to think about the NASF's psychologist's performance for beyond the practical centralized in the clinic.

Key-words: Health Promotion; Psychological Practice; Qualitative Analysis; Social Psychology; Group Processes; Individuals' Autonomy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. OBJETIVOS	
2.1 Gerais .....	26
2.2 Específicos .....	26
3. METODOLOGIA .....	27
4. DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS .....	33
5. A COMUNICAÇÃO DA PRÁTICA .....	57
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
6.1 A autonomia em questão .....	58
6.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que a sistematização da experiência permite dizer .....	62
6.3 A potência das ações grupais desenvolvidas na ABS .....	66
7. CONCLUSÃO .....	75
8. BIBLIOGRAFIA .....	76
9. ANEXOS .....	82

## INTRODUÇÃO

A discussão acerca da Promoção da Saúde (PS) tem como marco importante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, e que teve como resultado a elaboração da Declaração de Alma-Ata. Apesar de a conferência não ter como tema principal a PS, acaba introduzindo-o, trazendo uma crítica ao paradigma biomédico de atenção à saúde (1), culminando na Primeira Conferência Sobre Promoção da Saúde, realizada quase uma década depois, em 1986, em Ottawa.

O documento resultante da primeira conferência, a Carta de Ottawa, pode ser considerado o mais importante como marco conceitual (2) e também porque, pela primeira vez, traz a prerrogativa de organizar as ações em saúde em torno da promoção. Ou seja, é o momento no qual o modelo biomédico, cujo foco de atenção recai sobre a doença, começa a ser questionado. Esse documento introduz o conceito de PS que predomina ainda na atualidade:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (3).

A Carta de Ottawa apresenta a saúde como um conceito positivo, ressaltando suas dimensões social e individual (4-2). Sendo assim, como aponta Westphal (2), “a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, mas ativação da potência de ação dos indivíduos e coletividades para construir ações, iniciativas, programas ou projetos de vida” (p. 697). Ganha força a ideia da importância da mudança do estilo de vida como forma de produzir saúde, já que parte do pressuposto de que, promovendo essa mudança, os sujeitos tornam-se mais saudáveis.

Outras sete conferências sobre PS se seguiram: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairoib (2006) e Helsinque (2013). Apesar do conceito de PS ter sido introduzido na Primeira Conferência, todas as outras contribuíram para o desenvolvimento de suas bases conceituais e políticas. BUSS (5), no ano de 2000, já apontava essas contribuições,

antes mesmo da realização das três últimas conferências nos anos seguintes, as quais seguiram esse caminho.

Em todas as outras conferências também foram geradas cartas de intenção, assim como a Carta de Ottawa, as quais dialogam com outros atores sociais ao longo do tempo – atores ligados ao meio ambiente e ao trabalho, por exemplo – adequando-se ao contexto social e temporal global (2). Ou seja, estratégias ou campos de ação da Promoção da Saúde começaram a ser traçados ao longo dos anos a partir da conferência realizada em Ottawa, tais como: o fortalecimento da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais; a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; e, a reorientação dos serviços de saúde” (4).

Seguindo, então, o caminho que passou a ser construído com os pressupostos da Promoção da Saúde tem-se que, para o alcance de um bom estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos, deve-se expandir o foco de atenção e da ação para outros contextos e setores da vida cotidiana que interferem, positivamente ou não, na produção da saúde. Assim, determinantes sociais, econômicos e políticos passam a ocupar cada vez mais espaço no que tange às preocupações relacionadas à PS (6-4). Dessa forma, essa expansão do foco de atenção e da ação possibilitou, pois, colocar como imprescindíveis as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de outros setores – intersectorialidade (5) – atuando de forma a pensar nos reflexos na qualidade de vida dos sujeitos em geral. Com os pressupostos da Promoção da Saúde tem-se a responsabilização múltipla dos diversos atores sociais. Não obstante predomine, ainda, uma postura de imposição do saber advindo do conhecimento científico que permeia as práticas de saúde, o qual é colocado à mostra através de protocolos e prescrições engessadas de condutas que devem ser adotadas pelos usuários dos serviços

Dentre os vários campos para as ações em PS destacamos dois que consideramos importantes para a discussão proposta na presente pesquisa: o fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais (7).

As ações de PS podem ser encontradas, então, em diversas áreas e sendo desempenhadas por diversos atores. No entanto, a presente pesquisa objetivou lançar seu olhar sobre aquelas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente na qual há a participação do psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com o objetivo de aumentar os níveis de equidade e eficácia das ações do SUS, em 1991 foi implantado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Este último, posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), vem com o objetivo de mudar o modelo de atenção, sendo a porta de entrada para os serviços de saúde e constituindo-se como uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde, visando promover o acesso da população que anteriormente apresentava dificuldade de acessar os serviços oferecidos (8-9).

A ESF trouxe como proposta a aproximação entre as ações em saúde e as famílias, com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional através de trabalhos contínuos voltados para as demandas apresentadas pela comunidade atendida. Essa equipe deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo, ainda, acrescentar profissionais da saúde bucal (10). Além de ser considerado o local de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a ESF também busca a continuidade e a integralidade da atenção (8-9-11).

Posteriormente, foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup>, criado através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (12), buscando apoiar a implementação da ESF. Porém, em 21 de outubro de 2011 uma nova portaria – a portaria nº 2.488 – foi publicada, revogando a primeira. O novo documento aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, incluindo, também, as novas disposições referentes ao NASF (13).

Com a implantação desses núcleos almeja-se ampliar o escopo das ações da Saúde da Família (SF) com maior abrangência e resolubilidade a partir das demandas apresentadas (13). Contudo, o NASF não representa mais uma porta de entrada para os serviços de saúde, e sim se caracteriza como apoio às equipes de Saúde da Família (eSF). Esse núcleo é multiprofissional, reunindo profissionais de diversas áreas do conhecimento, mas que devem trabalhar de forma integrada, tanto entre si, quanto em relação às eSF que ficam no território de sua responsabilidade (8-

---

<sup>1</sup> A nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS trouxe a extinção do NASF, já que, a partir da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, passou a vigorar um novo modelo de custeio da AB, o qual não contempla verba específica de financiamento das equipes do NASF. As equipes multiprofissionais deixam, então, de estarem vinculadas à tipologia de equipe do NASF.

13). O NASF é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica: cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (14). Dentro do escopo de suas ações, desenvolve seu trabalho no intuito de ampliar o acesso às ações como reabilitação, promoção e prevenção. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família prioriza, também, ações interdisciplinares, promovendo a troca de saberes com as equipes de SF, superando a lógica da fragmentação para construir redes de atenção e cuidado, de maneira corresponsabilizada (13).

Esse núcleo apresenta como requisitos:

... além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (8).

Nesse sentido, as ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família são prioritariamente desenvolvidas sempre em conjunto com as equipes de Saúde da Família, podendo realizar intervenções diretas com os usuários, individualmente ou em grupo, projetos de saúde no território, enfrentamento de situações de violência, educação continuada com as equipes e com os usuários, e trabalhos em conjunto com a rede de serviços: saúde, educação, promoção social, dentre outros (8).

Ressalto que vários trabalhos publicados que têm como objeto as diversas ações do NASF contemplam, em sua maioria, o apoio matricial – ou matriciamento. Isso se deve ao fato de que o trabalho desse Núcleo tem como referencial teórico-metodológico o apoio matricial, que se caracteriza por uma estratégia de organização do trabalho em saúde, onde a eSF é a equipe de referência para os usuários e o NASF, a equipe de apoio para a eSF. Isso significa que a equipe de referência tem um caráter generalista no que tange aos cuidados das situações/problemas comuns de seu território. Já a equipe de apoio deve oferecer o suporte especializado com vistas ao aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, ampliando a abrangência das ações e articulando-as com outros pontos de atenção da rede (promoção social e educação, por exemplo). Ou seja, o NASF é a retaguarda especializada para a ESF, a qual se dá nas dimensões clínico-assistencial (ação

clínica direta com os usuários) e técnico-pedagógica (ação de apoio educativo com e para as equipes de referência) (14).

Objetivando ampliar a implantação do NASF, foram realizadas várias revisões da política referente a ele, bem como a construção de um material que agrega suas diretrizes: os Cadernos de Atenção Básica nº 27 (2011) e, posteriormente, o nº 39 (2014). Em 28 de dezembro de 2012, a Portaria nº 3.124 redefiniu os parâmetros de vinculação das equipes do NASF às equipes de Saúde da Família, possibilitando que todos os municípios que possuem ESF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas possam implantar esses núcleos.

Uma das funções do NASF é auxiliar as equipes de SF na identificação de suas demandas, bem como traçar estratégias em conjunto que deem conta dos problemas de saúde existentes em cada território. Sendo assim, ganham força as ações grupais de PS desenvolvidas pela ESF e pelo NASF. O trabalho grupal possibilita aos sujeitos se identificarem, compartilharem experiências e trocarem informações; em conjunto, os sujeitos sociais questionam o determinismo da realidade na qual se encontram, abrindo espaço para a emancipação e transformações coletivas (15).

A Educação Popular em saúde é uma das possibilidades de se trabalhar com grupos na Atenção Básica. O Ministério da Saúde a aponta como "inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS" (16); é um dispositivo de crítica social que possui um papel de agenciador a fim de fomentar atitudes de participação no sentido de mudar realidades e mobilizar autonomias individuais e coletivas (16).

A Política Nacional de Atenção Básica aponta que um dos fundamentos e diretrizes da AB é "estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território" (10). O NASF atua, portanto, de acordo com essas diretrizes, tendo como um dos objetivos contribuir para a ampliação do grau de autonomia tanto dos usuários quanto das próprias equipes de Saúde da Família.

Aqui, portanto, encontram-se pontos que devem ser discutidos. De que autonomia se está falando? De que maneira a *práxis* do NASF pode contribuir para o aumento do grau de autonomia dos sujeitos? A questão da autonomia deve ser, portanto, explorada e investigada.

A discussão acerca da autonomia dos sujeitos perpassa a dimensão das relações sociais, as quais produzem sentidos que são internalizados pelo sujeito no

processo dialético de constituição de sua subjetividade sendo esse sujeito sempre atravessado pelos outros e pelo mundo. Dessa maneira, pode-se dizer que cada um apresenta em suas ações e em seu discurso as marcas imbricadas pelo discurso do outro. A autonomia pressupõe, porém, que o discurso de cada sujeito tome o lugar do discurso do outro, “de um discurso estranho que está em mim e me domina” (17).

Não queremos dizer que a autonomia pressupõe a supressão total do que provém de fora, pelo contrário, não se trata de ignorar por completo o que parte dos outros atores sociais. Mas sim, colocar nas mãos do sujeito o poder de decisão, o poder de construir sua própria verdade, seja ela negando ou afirmando o discurso externo, permitindo que suas ações sejam de acordo com sua verdade construída (17);

... não é a liberdade absoluta do contexto, mas sua refunção com a sensibilidade do ambiente, conhecimento pelo sujeito da necessidade social e da valorização-escolha das alternativas dentro das bifurcações possíveis, próprias da ordem não linear (18).

Quando o sujeito adota de forma alienada o discurso do outro, sua fala fica impregnada por tal discurso. Dessa maneira, o que ela representa está mais relacionado ao imaginário do outro do que do próprio sujeito que fala. “O sujeito não se diz, mas é dito por alguém, existe, pois como parte do mundo de um outro” (17). Assim, a autonomia passa a ser entendida para além da ideia de independência, passando a ser entendida como uma relação social. Ela não representa a total liberdade, já que é sempre relativa, ou seja, a possibilidade de autonomia é sempre em relação aos outros e ao coletivo (7).

Nos serviços de saúde observa-se que inúmeras vezes os sujeitos não encontram espaços que criem condições para serem sujeitos autônomos. As ações acabam sendo produzidas muito mais por prescrições pré-estabelecidas de comportamentos, a partir de práticas que se tornaram padrões estáticos que afetam a interação pessoal e podem representar uma barreira para as transformações da dinâmica social (18). Ignoram-se, assim, os aspectos subjetivos de cada sujeito, ou seja, existe um espaço limitado para que o sujeito faça parte da construção e promoção de sua saúde de maneira autônoma.

Os sujeitos sofrem, portanto, com a vigilância e a regulação do social a partir das regras sobre o viver saudável. As políticas públicas e as informações preconcebidas de profissionais acabam por limitar a decisão autônoma dos sujeitos,

abrindo espaço para o questionamento acerca do real afastamento do modelo biomédico possibilitado pela ênfase na escolha individual e na autodeterminação. Se não é mais o modelo biomédico que está no centro das questões de saúde dos sujeitos, os próprios sujeitos também não estão. Ou seja, apesar de diversos discursos apontarem o contrário, os sujeitos têm sofrido com uma forma sutil de coerção, tendo dificuldades em alcançar a decisão autônoma; é uma autonomia regulada.

Muitas vezes, lidar com um sujeito autônomo traz uma nova demanda. Deve entrar em cena a negociação e o respeito pela vontade que o mesmo apresenta. Torna-se mais difícil quando o desejo desse sujeito vai de encontro com os protocolos e concepções que permeiam as práticas de saúde. Tais concepções podem estar relacionadas a diversas questões sendo uma delas a ideia de que, para se alcançar o bem-estar, o sofrimento e a dor devem ser eliminados, deve-se corrigir as anomalias, fazer com que as doenças desapareçam e deve-se lutar contra a morte (19). Permeia essa ideia a noção de que são os profissionais da saúde os que detêm o saber e as condições para tal.

Percorrendo, ainda, o que Illich aponta, o sofrimento deixa de ser entendido como algo inerente à subjetividade, ou seja, como experiência subjetiva que emana sentidos próprios para cada sujeito. A dor, também nesse sentido, passou a ser compreendida pela civilização moderna como um problema técnico, o qual, como dito anteriormente, deve ser eliminado. E, nesse sentido, não somente a dor física é significada dessa maneira, mas também a dor emocional ou psíquica. Os sujeitos acabam sendo levados, portanto, a sentirem-se incapazes de lidar com suas próprias questões. E muitos profissionais que atuam na área da saúde parecem acreditar nisso, reforçando cada vez mais o funcionamento dos serviços de saúde como lugares de expropriação da saúde dos sujeitos ou de expropriação da capacidade de agência, ou autonomia, desses sujeitos.

Seguindo por esse caminho, pode-se dizer que há um forte discurso sobre a responsabilidade ou corresponsabilidade – como aparece em muitos materiais referentes ao NASF – do sujeito no que tange aos processos de PS. Porém, em inúmeras situações ele é colocado “como incapacitado para agir e tomar decisões corretas relacionadas a sua condição de vida e a sua saúde” (20). Observa-se, dessa maneira, a expropriação da saúde, já que os profissionais tornam-se responsáveis pela definição dos problemas de saúde, os quais acabam sendo considerados como

questões passíveis de solução pelo saber técnico. Com isso, cabe aos profissionais apontar as estratégias e as decisões a serem seguidas (7).

Para Illich (19), a necessidade por esse bem-estar leva os sujeitos a sempre buscarem reparos para as suas fragilidades. No entanto, a busca não está em si próprios, mas “a instituição assume a gestão da fragilidade, e ao mesmo tempo restringe, mutila e finalmente paralisa a possibilidade de interpretação e de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida” (p.103).

Além dos aspectos subjetivos presentes na questão da autonomia, devemos considerar que, como já apontado, a autonomia é uma relação social, e deve ser pensada também em sua relação com as instituições. Fernandez (4), baseando-se nas considerações de Castoriadis, aponta que a autonomia deve ser inscrita no campo do instituinte; campo esse que está em tensão constante com o instituído, o que traz a necessidade de inserir a autonomia nas discussões sobre a forma de lidar com as instituições.

As instituições instauram relações e práticas através das quais podem ser apreendidas (21). Acabam por colocar limites, assim determinando possibilidades, levando os atores sociais a articulações (ou tensões) entre o instituído e a força instituinte. Retomando novamente as considerações de Castoriadis apresentadas por Fernandez (4), temos que as instituições autonomizam-se uma vez que estejam estabelecidas, tendo sua função e suas finalidades abrangidas por uma inércia e lógica próprias que se estabelecem quando assume o lugar de ‘instituição’. Essa inércia parece exercer força até mesmo quando se busca romper com ela, fazendo com que os atores institucionais corram o risco de reproduzirem suas próprias instituições, apesar da busca por modificá-las (4).

Sendo assim, o NASF tem um papel importante no que tange a criar condições (ou não) para que os sujeitos possam exercer sua autonomia com um maior potencial. Alguns conceitos importantes para a prática do NASF são apresentados no material desenvolvido pelo Ministério da Saúde: territorialização e responsabilidade sanitária; trabalho em equipe; integralidade; autonomia dos indivíduos e coletivos. Esse último conceito, a autonomia, é assim definido:

... compreendida como um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção básica (ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida), fruto tanto de ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (com um

cuidado: não se dá autonomia a alguém, mas é possível “interferir” sobre a capacidade e o modo de conduzir a vida) (14).

Existe, pois, uma potência inerente às possibilidades de ação e atuação do NASF junto aos sujeitos usuários dos serviços de saúde. Ainda mais quando se passa a considerar a possibilidade de relação entre as metodologias participativas e a discussão acerca da autonomia dos sujeitos na lógica da Promoção da Saúde. É este o caminho que pretendo percorrer.

A presente pesquisa se propôs, portanto, a sistematizar uma experiência a partir da intervenção em um grupo de mulheres desenvolvido por mim enquanto psicóloga do NASF. Entende-se nesse trabalho as relações entre os usuários dos serviços de saúde da ESF e os profissionais das mesmas – incluindo as equipes do NASF – como fenômenos sociais que devem ser compreendidos em seu aspecto mais amplo, ou seja, em toda sua complexidade, rompendo com a tendência à separação, cortes e fragmentações. Porém, pensar em complexo vai muito além de pensar em “complicado”. Como aponta Martínez (22), “... complexidade constitui um modo de compreender a realidade no qual é reconhecido o caráter desordenado, contraditório, plural, recursivo, singular, indivisível e histórico que a caracteriza” (p.04).

É de relevância, assim, recorrer à ideia de complexidade desenvolvida por Edgar Morin (23), o qual, percorrendo as oito avenidas da complexidade - como ele mesmo traz em sua obra - aborda essa temática. Traz à tona a discussão acerca do acaso e da incerteza, questões essas que assombram a ciência moderna, mas, segundo ele mesmo, “o próprio acaso não está certo de ser acaso” (p.178), o que cria a necessidade de uma nova forma de pensar a ciência e suas respostas diante da incerteza presente nos fenômenos. Percorre, também, a avenida da transgressão da abstração universalista, e propõe não a contraposição entre o singular e o universal, e sim a unificação.

Morin prossegue sua caminhada pela avenida dos conceitos fechados e claros. Na verdade, ele faz uma crítica a esses conceitos, apontando que eles entram em crise diante da ambiguidade e da aparente confusão. Sendo assim, Morin aponta que a certeza absoluta da ciência depende da clareza dos conceitos fechados, os quais se abalam diante das ambiguidades, não reconhecendo que as verdades podem delas brotar. Dessa maneira, a complexidade, tal como esse mesmo autor discorre, reintroduz a incerteza e rompe com a noção de certeza absoluta, o que traz à luz o acaso, a desordem, renuncia ao mito da elucidação completa do universo, entra no

jogo do claro-escuro e "permite avançar no mundo concreto e real dos fenômenos" (p.191).

Sendo assim, a pesquisa buscou, também, possibilitar a construção de um conhecimento que não suprima o lugar ou retire de cena aquilo que brota de mais genuíno, incoerente, contraditório e caótico dentro das práticas do NASF. É romper com a lógica clássica que tinha a contradição como um sinal que indicava o erro, já que se opunha à verdade absoluta (23). A presente pesquisa objetivou, então, construir:

Um saber que seja capaz de integrar o caos ou que, pelo menos, conceda a este o lugar que lhe é próprio. Um saber que saiba, por mais paradoxal que isso possa parecer, estabelecer a topografia da incerteza e do imprevisível, da desordem e da efervescência, do trágico e do não-racional. Coisas incontroláveis, imprevisíveis, mas não menos humanas (24).

O encontro entre os sujeitos, e as experiências que nele emergem, são processos em constante movimento, portanto, históricos, dinâmicos e complexos. Sendo assim, sistematizar experiências possibilita obter aprendizagens críticas a partir de experiências práticas concretas, de forma a melhor compreendê-las (25).

Portanto, a escolha por sistematizar uma experiência permite compreender os caminhos percorridos ao longo da prática concreta, bem como extrair seus ensinamentos e partilhá-los com todos os sujeitos. Nesse processo todos os envolvidos, e não apenas o pesquisador, constroem um saber, um conhecimento acerca do lugar que ocupam, do que por eles foi vivenciado.

A presente pesquisa buscou, então, romper com paradigmas que focam a técnica, o biológico, a gestão. Propõe-se, pois, produzir um conhecimento que reconheça o lugar de cada sujeito, que considere as subjetividades e os "modos de ser" de cada um.

A partir do que foi apresentado, pode-se dizer que o NASF é uma proposta recente e ainda em processo de implantação em muitos municípios brasileiros e que traz consigo todas as dificuldades, desafios e potencialidades de uma estratégia inovadora. É por esse motivo que surgiu o desejo em tê-lo como objeto da presente pesquisa. No próprio material elaborado pelo Ministério da Saúde a criação do NASF é apontada como o início de uma política audaciosa (14).

Trabalhos que abordam a dimensão clínico-assistencial são em número escasso, já que a maioria lança o olhar para o apoio matricial em sua dimensão

técnico-pedagógica. O foco da presente pesquisa encontra-se, portanto, na primeira dimensão, já que se propõe a sistematizar a experiência de um grupo desenvolvido pela psicóloga do NASF em parceria com uma Agente Comunitário de Saúde (ACS) e possui como sujeitos mulheres de uma mesma comunidade. Uma contribuição importante, então, para as práticas do NASF para além do apoio matricial, bem como para a reflexão e o debate em torno das potencialidades das ações grupais na ABS a partir da utilização de metodologias participativas.

Nos últimos anos no cenário da Promoção da Saúde, as ações que permitem perceber e refletir acerca da questão da autonomia dos sujeitos ganham espaço. Intervenções grupais podem ter reflexos tanto na autonomia individual quanto da coletividade. Por esse motivo é que surgiu o desejo em sistematizar uma experiência grupal.

O grupo, denominado “Vem Ser Mulher”, cujo nome fora escolhido pelas próprias mulheres participantes, foi realizado entre abril de 2010 e setembro de 2011 na ESF Sul 2, na cidade de Poços de Caldas. A iniciativa de constituir um grupo de mulheres partiu da ACS, a qual observava em seu cotidiano profissional a grande demanda por uma atenção voltada para as mulheres, já que apresentavam queixas recorrentes de sintomas depressivos e ansiosos, bem como de dificuldades em lidar com situações vividas. O objetivo inicial foi de "Promover a saúde mental das mulheres, prevenindo e tratando os transtornos depressivos e ansiosos que acometem as mulheres assistidas pela ESF Sul 2".

Sendo assim, as mulheres de toda área de abrangência dessa unidade de saúde foram convidadas para o primeiro encontro. Foi confeccionado um convite para ser entregue às mulheres pelos ACS's no momento das visitas domiciliares, bem como pela médica da unidade e pela psicóloga do NASF ao longo dos atendimentos clínicos.

No primeiro encontro, a proposta do grupo foi apresentada, momento no qual todas se apresentaram e deram sugestões para a continuidade da proposta. O segundo encontro foi marcado para dali um mês e, a partir de então, a realização do grupo passou a ser quinzenal devido a solicitação das mulheres participantes, as quais escolhiam o tema do encontro seguinte. A escolha sempre gerava negociação entre elas, ficando definido aquele mais votado. Foram abordadas as seguintes temáticas ao longo desse período de encontros: o que é ser mulher, auto-estima, ciúmes, autoconhecimento, processo de elaboração do luto, o que é a felicidade, relacionamentos, dentre outros.

Para o desenvolvimento do trabalho diversos recursos foram utilizados: vídeos, músicas, imagens, textos, poesias, fotos, dinâmicas de grupo, roda de conversa. A cada encontro buscava-se diversificar as formas de abordar as temáticas, de forma a envolver cada vez mais as mulheres, visando criar condições para a participação ativa de cada uma delas. Durante toda a experiência a média de participantes era de quinze mulheres, no entanto, aquelas que se tornaram frequentes em quase todos os encontros totalizavam dez.

Os encontros ocorreram entre abril de um ano e setembro do ano seguinte, como apontado anteriormente. Participei e conduzi o grupo até o mês de julho de 2011, quando fui transferida para o NASF de outra região do município. A psicóloga que assumiu o cargo antes ocupado por mim deu continuidade às ações do grupo até início do mês de setembro, quando veio a falecer vítima de um acidente. Diante disso, as próprias mulheres avaliaram que era o momento de finalizar o grupo. Dessa forma, sistematizar essa experiência possibilitaria emergir os significados até então desconhecidos. Ou seja, seria a oportunidade de observar de que maneira as subjetividades individuais e coletiva foram atravessadas pelo processo vivido, bem como de dar sentido a ele.

Desenvolver trabalhos com grupos na Atenção Básica costuma ser apontado como um desafio devido à baixa adesão dos usuários dos serviços de saúde. Contudo, não é meu objetivo discutir essa questão. Mas sim ressaltar que o vínculo estabelecido entre todos os envolvidos nessa experiência grupal – mulheres da comunidade, ACS, psicóloga do NASF e equipe da ESF Sul 2 – foi sendo construído e fortalecido ao longo do tempo o que possibilitou a continuidade do grupo durante vários meses. Ausências eram sentidas, aniversários passaram a ser comemorados e, o mais importante, histórias de vida foram compartilhadas e acolhidas por todos.

Em fevereiro de 2015 retornei para o NASF Sul e pude reencontrar diversas mulheres que participaram do grupo “Vem Ser Mulher”. Todas elas mostraram interesse em retomar os encontros e, sendo assim, surgiu a possibilidade de sistematizar essa experiência. Há, portanto, diversos interesses envolvidos – pessoais, profissionais e acadêmicos.

No momento do desenvolvimento do processo grupal não era um objetivo explícito trabalhar a questão da autonomia, mas pressupõe-se que o grupo tenha contribuído para a constituição de novos modos de ser e que tenha refletido na

autonomia de cada mulher participante. A escolha por abordar essa questão – a da autonomia - deve-se ao fato de que se trata de um dos pressupostos da Promoção da Saúde, ocupando importante lugar nas ações da AB, incluindo, assim, as ações da ESF e do NASF. Como dito anteriormente, a autonomia é um dos principais resultados esperados com as ações na Atenção Primária à Saúde, no entanto, somente ao longo do processo de sistematização da experiência é que se observará como ela apresenta-se (ou não) nas falas e significados dados pelas mulheres a partir dessa experiência concreta.

## **OBJETIVOS**

### Gerais

Estudar a questão da autonomia dos sujeitos a partir da sistematização da experiência do grupo de mulheres “Vem Ser Mulher”, desenvolvido na lógica da Promoção da Saúde entre abril de 2010 e julho de 2011.

### Específicos

- Reconstituir, para efeitos da sistematização da experiência, o grupo “Vem Ser Mulher”;
- Investigar como a questão da autonomia dos sujeitos pode ser abordada a partir da experiência da sistematização;
- Discutir a potência das ações grupais desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde a partir do uso de uma metodologia participativa.

## METODOLOGIA

Para introduzir essa seção trago as considerações de Minayo (26 et seq.), a qual tendo em vista as especificidades da pesquisa em Ciências Sociais, salienta alguns pontos:

- 1) O objeto das Ciências Sociais é histórico: assim, tudo (incluindo leis, instituições, visões de mundo) está “em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado”;
- 2) Do primeiro ponto decorre que o objeto das Ciências Sociais possui consciência histórica: o processo histórico é a base do pensamento e da consciência, frutos, também, da necessidade do tempo histórico no qual se inserem. Os sujeitos “são dialeticamente autores e fruto do seu tempo histórico”;
- 3) O terceiro ponto é a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação: o pesquisador e o seu objeto possuem a mesma natureza; “tem um substrato comum que os tornam solidariamente imbricados e comprometidos”;
- 4) As Ciências Sociais são intrínseca e extrinsecamente ideológicas: ao longo da história visões de mundo são construídas e interesses veiculados. Tem-se que “toda ciência é comprometida” com o seu tempo histórico; e,
- 5) O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo: seria, portanto, uma redundância dizer que uma pesquisa social utiliza como metodologia a pesquisa qualitativa.

Todos os cinco pontos apresentados por Minayo foram considerados neste trabalho. No entanto, recorro à redundância apontada no quinto: a de dizer que a presente pesquisa é de caráter qualitativo. E assim o faço com o objetivo de tornar clara a justificativa pela escolha do método da “Sistematização de Experiências”.

Pesquisas de cunho qualitativo permitem considerar o fenômeno a partir de seu contexto, sendo esse último entendido como uma realidade dinâmica e complexa que deve ser captada. Essa forma de considerar o fenômeno deve-se à sua abordagem naturalística, já que o estudo se dá no cenário natural no qual os fenômenos ocorrem. Lança-se, então, o olhar para além das dicotomias

objetivo/subjetivo, mundo real/sujeito. Tal como apontam Fernandez e Sacardo (27), o fenômeno é carregado de significados atribuídos pelos sujeitos. Um fenômeno, para ser investigado, deve ser interpretado considerando não apenas os dados empíricos, mas também os sentidos que os sujeitos envolvidos atribuem a ele, significando-o.

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa requer métodos que possibilitem descrever “momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos” (28), é que se optou por utilizar como metodologia a Sistematização de Experiências (SE), tal como foi proposta por Oscar Jara Holliday, a qual se caracteriza como um instrumento voltado para experiências práticas concretas. (25). A pesquisa qualitativa debruça-se sobre o mundo vivido, onde emanam as crenças individuais e a cultura, e onde as ações dos sujeitos se mostram e, nesse sentido, ter a SE como instrumento metodológico é contribuir para estar nesse mundo vivido, inserir-se na experiência concreta dos sujeitos da pesquisa.

Será considerada nessa pesquisa – e a SE abre espaço para isso – a proposta trazida por Michel Maffesoli (24): a substituição da noção de “*representação do mundo*”, pela “*apresentação das coisas*”. A primeira vem carregada dos traços da modernidade e de seus sistemas interpretativos, os quais buscam “representar o mundo em sua verdade essencial, universal e incontornável” (p. 20). Já a segunda, “se contenta em deixar ser aquilo que é, e se empenha em fazer sobressair a riqueza, o dinamismo e a vitalidade deste ‘mundo-aí’” (p. 20).

Para desenvolver, portanto, a proposta de SE, foi reconstituído o grupo de mulheres “Vem Ser Mulher” desenvolvido na unidade de Saúde da Família Sul 2, da cidade de Poços de Caldas, à qual está vinculado o NASF Sul. Os sujeitos foram as mulheres do grupo e, para reconstituí-lo, realizou-se a busca ativa para convidá-las a participar do processo. Um encontro inicial foi agendado na própria unidade de saúde onde o grupo era realizado. Os objetivos da pesquisa foram apresentados, bem como todas as demais informações pertinentes. Em seguida as mulheres que aceitaram participar do estudo preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1). A Secretaria de Saúde do Município tomou conhecimento da pesquisa através de ofício solicitando autorização para a realização do estudo nas dependências da ESF Sul 2. A ACS que participava do grupo já não trabalhava mais na unidade e, apesar de ter sido convidada, não pode participar do processo.

Para alcançar os objetivos propostos foram realizadas nove oficinas, sendo que o previsto no início do trabalho era entre oito e doze encontros, de acordo com a

necessidade para a conclusão do processo de SE. A frequência (semanal ou quinzenal) foi definida juntamente com o grupo no primeiro encontro, o que será descrito a seguir. Fez-se necessário realizar o registro dos mesmos, o que foi feito através da observação, a qual se caracteriza como instrumento que permite o registro e a descrição de dados relevantes (comportamentos, falas, contexto) no momento em que se dá o fenômeno estudado (27); outro instrumento foi o registro através da gravação de áudio para posterior transcrição.

A SE se assemelha ao estudo de caso, não somente porque “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (29), mas, principalmente, porque possibilita a generalização analítica em oposição à generalização estatística típica dos estudos quantitativos. Isso significa, como aponta Robert Yin (29), que o estudo de caso é generalizável a proposições teóricas, cujo objetivo é expandir e generalizar teorias. A SE possibilita a generalização analítica, fazendo uma discussão acerca do referencial teórico utilizado como base para a pesquisa e os dados obtidos empiricamente, ou seja, retorna à teoria, mas com a contribuição das discussões emergidas ao longo do processo. Possibilita, portanto, refletir acerca do que torna possível a produção da própria teoria e, “se ela (a teoria) não pode explicar, deve saber que o problema permanece” (23).

Para o desenvolvimento de todo o processo de SE faz-se o uso da Concepção Metodológica Dialética, a qual compreende a realidade como um processo histórico em permanente mudança. A SE lança seu olhar para os fenômenos sociais em sua totalidade, não como junção de partes, mas como articulação de todas elas e permite resgatar o processo vivido, indo muito além de uma classificação e ordenação de dados e informações (25). Sendo assim, possibilita compreender em profundidade nossas práticas e a obter aprendizagens críticas a partir de uma experiência.

Algumas possibilidades da SE foram importantes para a sua escolha como instrumento metodológico. Primeiro, porque valoriza os saberes dos sujeitos da experiência, colocando-os como protagonistas e envolvendo-os nas reflexões e escolhas a serem feitas; a SE é considerada uma metodologia participativa e, dessa maneira, considera os sujeitos da pesquisa como coprodutores do conhecimento (30). Segundo, porque complementa a investigação, abrindo espaço para a diversidade de realidades e o conhecimento destas.

Segundo Maffesoli (24), contemplar o mundo é participar de sua construção. Olhar para a vida e perceber o que está acontecendo faz com que o

sujeito se torne parte desse processo. Contemplar é conseguir perceber os significados. Deve-se fazer, como ele mesmo aponta, o bom uso da relativização. Ou seja, abandonar a imposição do “dever ser” e a necessidade de produção da verdade; é abrir espaço para o imprevisível e a incerteza. Tal contemplação e abertura para o relativismo encontram lugar na SE.

A SE é uma proposta em cinco tempos – ou passos – e, levando em consideração os inúmeros fatores que incidem na multiplicidade de experiências existentes, é possível que esses tempos sejam seguidos da maneira mais apropriada, mesmo que, para isso, a ordem seja quebrada. Para facilitar a compreensão do processo, os cinco tempos serão apresentados de forma ordenada:

1º - O ponto de partida

O ponto de partida é sempre a prática, apesar de a teoria ser uma referência. A sistematização é um segundo momento do processo e deve ser realizada por alguém que, de alguma maneira, tenha participado da prática. É necessário que haja registros das experiências (anotações, fotografias, vídeos, etc.) e que não se deixe transcorrer muito tempo entre a atividade realizada e o seu registro, o que facilita a reconstrução do processo vivido.

2º - As perguntas iniciais

É nesse momento que a sistematização se inicia. Faz-se necessário definir e delimitar o objeto, bem como definir o eixo de sistematização. Para dar continuidade à sistematização, é imprescindível que se tenha bem claro o que se quer sistematizar, o sentido, a utilidade, o produto e o resultado esperado.

3º - Recuperação do processo vivido

É o momento no qual se reconstrói a história e ordena e classifica as informações. A reconstrução histórica possibilita uma visão geral do processo vivido e geralmente se dá de forma cronológica, para facilitar o processo. É importante que as diferentes interpretações dos sujeitos da experiência estejam presentes nesse momento e outros acontecimentos do contexto que podem interferir nos caminhos da sistematização. Em seguida, as informações são ordenadas e classificadas, tendo como base a delimitação do eixo de sistematização.

4º - A reflexão de fundo: por que aconteceu o que aconteceu?

Realiza-se, nesse momento, a interpretação crítica do processo vivido. É um exercício analítico, que deve fazer emergir as contradições e tensões para, em

seguida, rever todo o processo vivido, realizando uma síntese “que permita elaborar uma conceitualização a partir da prática sistematizada” (25).

#### 5º - Os pontos de chegada

Com o enriquecimento possibilitado por todo o processo de sistematização (ordenação, reconstrução e interpretação crítica da experiência vivida). Nesse momento, formulam-se as conclusões, tanto teóricas como práticas, as quais são uma resposta aos objetivos propostos no início do processo. E, ao final, os conhecimentos emergidos devem ser comunicados e partilhados com os envolvidos e com as demais pessoas para as quais os resultados façam sentido. Para isso, materiais devem ser elaborados e a imaginação e a criatividade devem estar presentes no momento de tornar “comunicável” a experiência, ou seja, é a possibilidade de objetivação da experiência vivida, da produção da generalização analítica.

Diante do que foi apresentado, estruturamos as oficinas da seguinte maneira:

#### **1. Primeira oficina**

- dinâmica para recepção das participantes;
- apresentação da proposta da pesquisa;
- assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

#### **2. Segunda oficina**

- delimitação do objeto;
- definição do eixo da sistematização.

#### **3. Terceira oficina**

- resgate do processo vivido – reunindo os diversos materiais da época.

#### **4. Quarta oficina**

- continuando com o resgate do processo vivido;
- reconstrução histórica;
- ordenação e classificação das informações.

#### **5. Quinta oficina**

- a reflexão de fundo – interpretação crítica do processo vivido.

## **6. Sexta oficina**

- construção de uma síntese do processo.

## **7. Sétima oficina**

- ponto de chegada: formulação das conclusões teóricas e práticas.

## **8. Oitava oficina**

- partilhar os conhecimentos emergidos através de materiais que possibilitem a comunicação da experiência.

Um ponto deve estar claro: a discussão acerca da autonomia dos sujeitos é questão central na presente pesquisa, contudo, não foi definida como eixo *a priori*. Partiu-se do pressuposto de que essa questão estivesse presente de alguma maneira, como será discutido mais a frente. E esse é um dos ganhos que se tem com a SE, compreender a experiência, possibilitar perceber os motivos pelos quais a prática aconteceu como aconteceu.

Sendo assim, abrimos espaço para trilhar caminhos para além do determinismo e da noção de causalidade. E o “não-causal” será interpretado não como “imprevisível”, mas sim como “criador”, tal como aponta Castoriadis (17). O “não-causal” é a criação “dos indivíduos, dos grupos, das classes ou das sociedades inteiras” (p.58); é o que não pode ser apreendido pelas situações precedentes.

## DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS

### Primeiro encontro

Para o primeiro encontro foi realizado contato telefônico com oito mulheres que haviam participado dos encontros do grupo “Vem Ser Mulher” entre os anos de 2010 e 2011, e também com a ex ACS, convidando-as para o primeiro encontro do grupo. Foi dito a elas que o grupo seria reconstituído e se teriam interesse em participar novamente. Também expus acerca do processo de sistematização da experiência do grupo, mas de forma breve, ficando combinado que falaríamos a respeito no primeiro encontro. No dia marcado seis mulheres compareceram: Roberta, Bruna, Fernanda, Lúcia, Aparecida, Juliana. No entanto, a ex ACS não compareceu, a qual, posteriormente relatou que não estava com disponibilidade para participar dos encontros.

Como esperado, nosso primeiro contato foi um momento de rememorar, de trazer as lembranças de cada uma em relação aos encontros passados. Todas elas relataram o quanto estavam satisfeitas com o retorno do grupo, e lamentaram que as outras mulheres não tenham podido retornar devido à falta de disponibilidade. Foi recorrente a volta ao passado, a comparação de como estavam suas vidas nos anos de 2010 e 2011 e como estavam nesse momento da pesquisa. Demonstraram o desejo em retomar o grupo apontando que ele representou um espaço para dividir as experiências de vida, os sofrimentos e dificuldades, partilhando suas histórias e aprendendo umas com as outras. Roberta trouxe isso em sua fala, indicando que, quando uma mulher compartilhava seus problemas e dificuldades, contribuía para todas avaliarem e refletirem, aprendendo com as experiências das outras mulheres participantes.

Nesse dia, apresentei a proposta da pesquisa e relatei o que me motivou a escolher o grupo “Vem Ser Mulher” como objeto do meu trabalho. Fiz o convite para participarem da pesquisa e apresentei o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido para todo o grupo e, em seguida, assinado por todas as seis mulheres que aceitaram participar do processo. Optaram por realizarmos os encontros quinzenalmente e solicitaram que fosse abordado o tema "O valor da mulher" no encontro seguinte. Ressalto que tal solicitação se deve ao fato de estarem habituadas a escolher temas para os encontros seguintes. Sendo assim, os encontros

sequenciais não se ativeram apenas à sistematização da experiência, mas, também, atenderam à solicitação das mulheres para que temas fossem abordados

Após esse encontro me questionei acerca da maneira que deveria conduzir os encontros do grupo. Inicialmente eu havia programado os encontros em torno apenas da sistematização da experiência. No entanto, a solicitação para abordar novos temas ao longo dos encontros surgiu, o que me levou à avaliação de que isso não deveria ser desconsiderado. Pude perceber que a expectativa delas girava em torno de retomar o grupo tal como era, com temas a serem abordados, discussões, reflexões, dinâmicas de grupo, etc., o que poderia representar uma dificuldade quanto à proposta de sistematizar essa experiência. Pareceram não compreender realmente as contribuições da SE e como seria realizada, mas aceitaram participar talvez pelo vínculo criado entre nós.

Apenas o desenvolvimento dos encontros seguintes, que ocorriam quinzenalmente como já indicado, possibilitariam avaliar a maneira mais adequada de conduzir a sistematização dessa experiência.

### **Segundo encontro**

Para o segundo encontro preparei o material sobre "O valor da mulher" e iniciei o grupo com essa discussão. Estavam presentes Bruna, Lúcia e Roberta. Busquei incentivá-las a pensar sobre o que já havíamos discutido nos encontros anteriores acerca desse tema, nos anos de 2010 e 2011, como se sentiam naquela ocasião e como se sentiam no momento da sistematização; pensar, também, em como estavam as suas vidas e como elas estavam na reconstituição do grupo e todas as mudanças que ocorreram. Foi recorrente essa volta ao passado e a comparação de como estavam as suas vidas antes e no momento da sistematização. Todas apontavam se sentirem mais felizes e satisfeitas, já que o contexto de suas vidas mudou e, como algumas apontaram, o que não mudou em suas vidas e permanece sendo um problema acaba desencadeando novas estratégias de enfrentamento. Ou seja, como disse Fernanda: "o problema continua, eu é que olho pra ele de outra forma".

Juliana relatou como se sente mais valorizada pelo seu marido, o que não acontecia antes. O descreve como um homem que sempre foi muito machista, mas que agora tem aceitado e apoiado mais algumas iniciativas suas como, por exemplo, voltar a estudar.

Roberta, que ficou viúva há pouco mais de um ano, relata que o valor da mulher está nela mesma, nela se valorizar.

Fernanda aponta que tem se valorizado muito mais e que faz questão de se olhar no espelho e dizer a si mesma o quanto é bonita e especial. Sempre se refere à personagem de uma novela, a qual se olhava no espelho e dizia a si mesma "você 'tá' gata", "você é demais". Não esperava mais que isso partisse de outra pessoa.

Nesse encontro tive como objetivo me valer do material preparado sobre "O valor da mulher" para incentivá-las a fazer a volta no passado, a volta no processo vivido, visando incentivá-las a lembrar e trazer à tona parte de como significaram aquele momento (o qual desejo sistematizar) em suas vidas. De forma geral, seus relatos giravam em torno de como suas vidas mudaram, o quanto se sentiam mais fortalecidas e preparadas para enfrentar diversas situações em suas vidas, principalmente aquelas relacionadas ao contexto familiar e aos relacionamentos amorosos. Apontaram, também, o quanto se sentiram mais valorizadas, tanto por outras pessoas, mas, principalmente, por si próprias. Não sugeriram tema para o próximo encontro, mas solicitaram que eu escolhesse algum tema para ser abordado.

### **Terceiro encontro**

Estavam presentes no terceiro encontro todas as seis mulheres, o que representa uma boa oportunidade para dar início à definição do objetivo e do eixo da sistematização. O objeto já estava definido, já que era o próprio grupo "Vem Ser Mulher".

Nesse encontro foi utilizado como material uma mensagem apresentada através de vídeo, a qual já havia sido utilizada como recurso para a reflexão em um encontro do momento que escolhi sistematizar. O objetivo de seguir esse caminho era o de contribuir para a lembrança dos encontros anteriores, buscando facilitar a recuperação do processo vivido. Ao longo da apresentação do vídeo comentários eram feitos, tanto por mim, quanto pelas mulheres. As falas delas giraram em torno do que mais fazia sentido de acordo com o que viviam naquela época e o que viviam nesse outro momento. Ao final, solicitei que escrevessem em um papel três palavras que representassem o que o grupo significou para elas, ao que responderam:

*"Superação; mudança; decisões muito importantes" Roberta*

*"Superação; realizada; autoconfiança para meus sonhos" Juliana*

*"Evolução; decisão; pessoal melhor" Fernanda*

*"Autoconfiança; determinação; coragem" Aparecida*

*"O grupo me ajudou a ter reações diferentes com as mesmas situações" Bruna*

*"Reflexão; compreensão; evolução" Lúcia*

Em seguida, todas leram para o grupo o que haviam escrito e fizemos uma reflexão acerca do que foi apontado por cada uma das mulheres. Eu esperava poder estimular a definição do objetivo e do eixo da sistematização, o que ainda não havia sido feito. O que pude perceber era minha dificuldade em conduzir o processo nesse momento inicial, o que poderia estar refletindo na maneira que entendiam e se dispunham a participar do processo da SE. Como já apontei, mostram-se mais interessadas em participar dos encontros do grupo tal como eram realizados anteriormente, não demonstrando real interesse em sistematizar a experiência.

No momento em que realizei o relato da experiência percebi que tinha buscado fazer a reconstrução do processo vivido, no entanto, não havia, ainda, a definição do objetivo nem mesmo do eixo da sistematização, o que poderia corromper ou impossibilitar o processo de SE. Refleti, então, acerca da necessidade de voltar ao método e, para isso, deveria buscar mais informações a partir dos materiais acerca da SE e de como desenvolvê-la.

#### **Quarto encontro**

No quarto encontro, quatro das seis mulheres estiveram presentes: Bruna, Aparecida, Lúcia e Roberta. A partir da volta aos materiais sobre a SE percebi que não estava seguindo esse método como deveria, o que me pareceu justificar a dificuldade encontrada ao longo dos primeiros encontros. Percebi, também, que o processo só poderia ser realizado a partir da definição do objeto, do objetivo e do eixo da sistematização. Sendo assim, esse encontro teve como objetivo tal definição.

Os encontros anteriores podem ser vistos, portanto, como tentativas de estimular as mulheres a pensar e refletir acerca do processo vivido ao longo do grupo "Vem Ser Mulher". No entanto, a condução desses encontros não se ateve adequadamente ao método da SE, e apenas contribuiu para emergirem alguns aspectos subjetivos (como aconteceu no encontro anterior) inerentes a como essas mulheres percebem a experiência que viveram. Deve ser ressaltado que a Sistematização de Experiências visa ir além desses aspectos subjetivos e o quarto encontro marca a volta ao método. Assim, o objetivo foi o de definir em conjunto com as mulheres qual o objeto que queremos sistematizar, qual o objetivo da

sistematização, bem como o eixo em torno do qual manteremos o foco ao longo do processo. Foi percebida a necessidade de apresentar novamente o que é a "Sistematização de Experiências" e suas contribuições. Havia, também, a necessidade de trabalhar com elas a importância do papel de cada uma ao longo do processo, buscando instigá-las a sentirem realmente o desejo de participar da sistematização.

Em um cartaz fixado na parede da sala utilizada para os encontros do grupo deixei escrito 'objeto', 'objetivo' e 'eixo', com um espaço entre as palavras para ir acrescentando o que fosse dito pelas mulheres ao longo do encontro. Optei pelo cartaz por facilitar a visualização e contribuir, assim, para o encaminhamento da definição do objeto, do objetivo e do eixo. A seguir, descrevo o que foi definido em comum acordo:

- **Objeto:** Grupo Vem Ser Mulher (já estava definido *a priori*).

- **Objetivo:**

Ver o que melhoramos

Aparecida sempre trazia essa fala de maneira bem direta ao longo dos encontros, demonstrando seu interesse em avaliar os resultados alcançados com o grupo. Sua fala é a seguinte: *“acho que temos que ver o que melhoramos, pra mostrar para quê o grupo serve, para mostrar aos outros o que conseguimos melhorar nas nossas vidas e que elas podem melhorar na delas”*. As demais mulheres concordaram com essa ideia, mas também trouxeram outros pontos que poderiam ser objetivos da sistematização dessa experiência.

Avaliar se atingimos nossos objetivos pessoais

Aparecida também trazia essa fala, seguindo a ideia do item anterior.

Mostrar que o grupo pode contribuir para melhorar a autoestima das mulheres

A questão da autoestima foi levantada por Roberta e obteve a concordância das outras mulheres. No entanto, Aparecida apontou que a melhora da autoestima pode estar relacionada ao primeiro objetivo sugerido por elas.

Pensar o grupo como espaço de trocas de experiências e de convivência, não expondo as mulheres participantes

Roberta traz essa fala relatando que certa vez uma mulher que fora por ela convidada para participar do grupo argumentou que não participaria já que não gostaria de ter sua vida exposta, de que não se sentiria à vontade para partilhar com o grupo questões pessoais. A mesma mulher relatou que não gostaria de ver as pessoas falando sobre sua vida e seus problemas. Dessa forma, Roberta acredita que algo essencial acerca do grupo que deva ser partilhado com outras pessoas é justamente essa característica, ou seja, o grupo como um espaço de trocas de experiência e de convivência, sem expor as mulheres participantes. Nesse momento, as demais mulheres do grupo também trouxeram sua visão a esse respeito. Aparecida disse que *"não tem dessa não"*, Disse ainda: *"eu sou desbocada, falo o que quero mesmo, não tenho vergonha, todo mundo aqui conhece minha história e nunca tivemos problemas com isso"*.

Como veremos mais adiante, tal preocupação com uma exposição está relacionada às condições espaciais e físicas dadas para os encontros, que não asseguravam o sigilo, e não ao compartilhamento de experiências pessoais entre as participantes.

- **Eixo:** a definição do eixo gerou uma discussão entre as mulheres. Algumas apontaram que o processo de sistematização dessa experiência deveria focar na contribuição do grupo para a melhora e o alcance dos objetivos pessoais. No entanto, chegaram ao consenso quando uma delas (Aparecida) apontou que o importante seria debruçar sobre o aspecto do grupo como um espaço de trocas de experiências e de convivência. O argumento utilizado foi de que, para pensarmos no grupo como sendo esse espaço, todos os outros aspectos deverão ser pensados e levados em consideração. Tomaram a escolha por esse eixo como uma forma de sintetizar todos os outros eixos possíveis. Sendo assim, o eixo definido foi "**pensar o grupo "Vem Ser Mulher" como um espaço de trocas de experiências e de convivência**". O encontro foi encerrado logo após esse momento.

Foi possível perceber que as mulheres estavam mais implicadas com o processo, sentindo-se à vontade para participarem. Isso pode ser um reflexo da mudança da maneira de conduzir a SE e da volta ao método, que tem como pré-requisito o interesse do grupo em sistematizar a experiência. Pude perceber que nesse encontro não demonstraram estar desapontadas por não haver um tema específico para ser abordado e discutido. Elas sempre voltavam no tempo, lembrando como estavam suas vidas naqueles dois anos e nas mudanças que ocorreram. Esse encontro parece ter representado a oportunidade de revisitar aquela experiência e refletir sobre o que fez com que o grupo funcionasse e permanecesse ativo durante um ano e meio.

No entanto, para o encontro seguinte pensei ser necessário retomar a escolha do eixo. Percebi que sempre traziam falas sobre as mudanças ocorridas em suas vidas que foram impulsionadas pelo que viveram no grupo. Mas esse ponto não surgiu como um objetivo da SE. "Ver o que melhoramos" e "Avaliar se atingimos nossos objetivos pessoais" estão mais ligados a uma avaliação e reflexão subjetivas, portanto, pessoais de como cada uma melhorou ou alcançou seus objetivos. Poderia ser que ainda surgisse algum ponto que nos orientasse a lançar o olhar para o que o grupo "Vem Ser Mulher" tem que possibilitaria a mudança e o alcance dos objetivos de cada uma. Ressalto, portanto, que a volta ao eixo seria feita de forma cuidadosa para não induzir as mulheres de forma a comprometer processo.

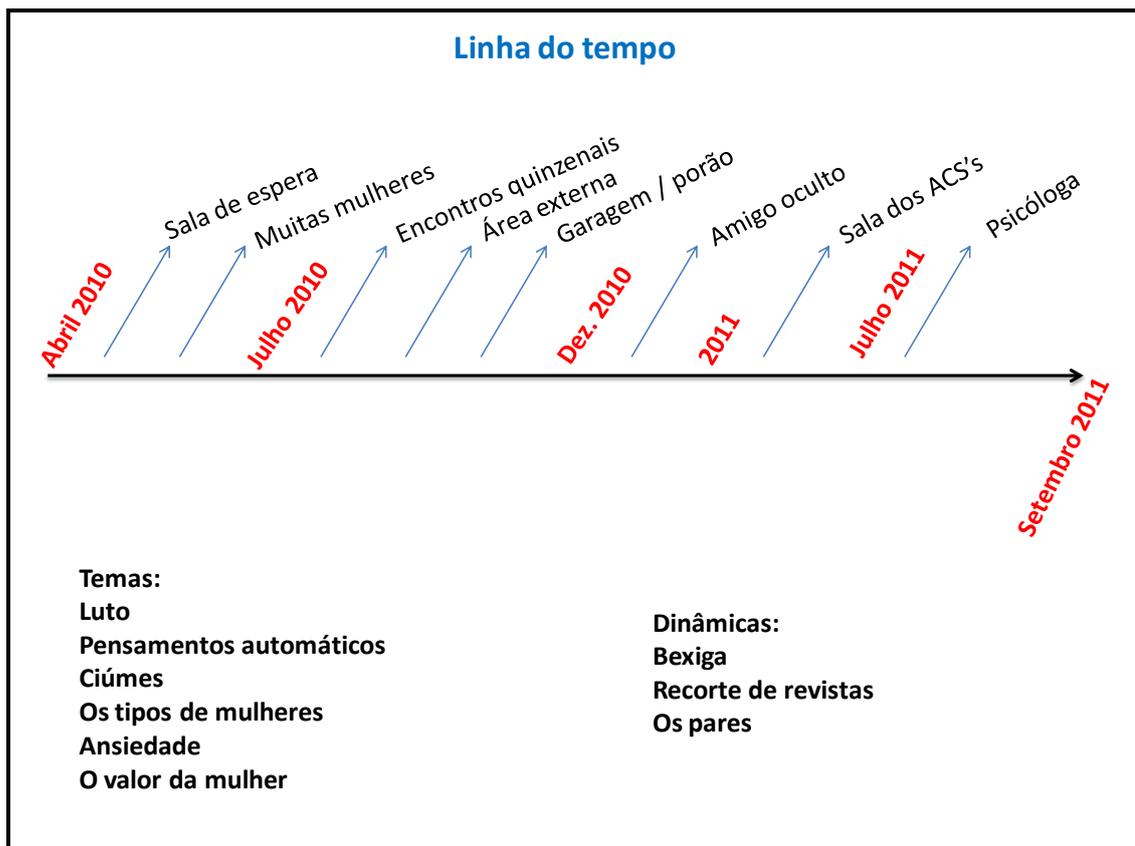
### **Quinto encontro**

Nesse encontro uma estagiária de psicologia estava presente. A mesma solicitou autorização para participar do grupo apenas como observadora, já que se tratava de um estágio de observação. Avaliando que a presença dela não prejudicaria o processo de SE foi permitida a sua presença ao longo do encontro. Estavam presentes quatro mulheres - Roberta, Juliana, Bruna e Lúcia. Iniciamos, então, relatando a ela o que estávamos pretendendo realizar e fizemos uma volta no caminho já percorrido com o objetivo de sistematizar a experiência do grupo. Essa volta mostrou-se importante, já que não se ateuve apenas ao meu relato do que já havíamos realizado. Algumas mulheres se sentiram à vontade para explicar partes do processo, o que demonstrava estarem sentindo-se parte da sistematização. Neste ponto, o interesse da pesquisa já não era apenas meu.

Também relatamos como haviam sido os encontros do grupo nos anos de 2010 e 2011 e que várias mulheres participavam. Abordaram o quanto se sentiam beneficiadas devido à participação no grupo. A presença da estagiária funcionou, então, como um facilitador para a elaboração da linha do tempo, já que funcionou como um impulsionador para a volta no tempo, a volta àquela prática.

Propus a elaboração de uma linha do tempo ao que demonstraram um pouco de dificuldade e disseram que não conseguiam precisar datas, nem reconstruir a ordem dos encontros. Falei que não precisávamos nos ater a uma reconstrução ordenada, mas o que importava era que fosse possível voltar àquele momento, entre seu início e fim, e que relembrássemos acontecimentos e situações vivenciadas ao longo dos encontros. Fiz a pergunta: *"Se fôssemos contar a história do grupo e seus acontecimentos, o que diríamos?"*.

Assim, elaboramos a linha do tempo da seguinte maneira:



Abril de 2010 marca o início dos encontros do grupo, que eram realizados na sala de espera da ESF Sul 2. Relembrou o grande número de mulheres que participavam dos encontros iniciais e as dinâmicas realizadas.

*"... muita, muita gente, lembram? Nossa Senhora!..."* Lúcia.

Foi salientada a falta de privacidade, já que a rotina da unidade de saúde não era interrompida para a realização dos encontros do grupo. Com isso, haviam diversas interferências e muitas mulheres mostravam-se incomodadas com a exposição de questões pessoais. Naquele momento, avaliamos que seria necessário dar continuidade ao grupo em um outro espaço. Optamos, então, por usar o espaço externo da ESF.

Nesse momento, voltaram à questão de que algumas mulheres não aceitaram participar do grupo acreditando que teriam suas vidas expostas. Assim, surgiram as seguintes falas:

*“... você fala o que você acha que pode falar...” Fernanda*

*“... o que a gente conversa aqui entre nós fica entre nós, não sai daqui; ninguém vai sair falando da vida da Fernanda, do problema da Bruna, das dificuldades da Lúcia, dos meus problemas, ninguém vai falar, fica entre nós aqui...” Roberta*

A partir de julho de 2010 os encontros já eram realizados quinzenalmente e na área externa da ESF. No entanto, estávamos expostas às condições do tempo e, quando chovia, voltávamos para a sala de espera. Pensamos, então, na possibilidade de utilizar a garagem nos fundos da unidade de saúde, chamada por elas de porão. Era um espaço pequeno, escondido atrás da ESF, e que tinha um forte mau cheiro que piorava nos dias de sol. Apesar das condições do espaço físico, foi naquele local que o grupo mais estabeleceu vínculo e pareceu afetar as mulheres de alguma forma que as faziam querer voltar para o próximo encontro. Relataram que naquele local sentiram-se à vontade para colocarem suas questões pessoais e que aquele espaço era nosso. Apontaram que assim foi possível compartilharem suas experiências pessoais e as contribuições desse espaço como possibilidade de troca de experiências:

*“... serve pra outra, às vezes o problema de uma, o que eu acho que pra mim é difícil, a outra também passa igual, de uma maneira diferente, mas serve às vezes o que eu falar, o que eu tô passando também às vezes serve pra outra pessoa essa experiência...” Fernanda*

*“... a gente pra se ajudar sozinha é muito difícil, tem que ter a intervenção de um, de outro. Isso ajuda muito...” Lúcia*

Assim foi até o encerramento do ano de 2010 com a realização de um amigo oculto e uma festinha. Esse fato foi muito comentado por todas, as quais puderam recordar o momento através das fotos levadas por mim. Tentaram lembrar quem havia saído com quem no amigo oculto e o que haviam ganhado. Em meio aos relatos sempre apontavam o quanto o grupo as afetou positivamente.

Quando retomamos os encontros no ano de 2011, passamos a utilizar a sala dos ACS's. Esse fato foi apontado por elas como tendo trazido mais conforto já que não havia mau cheiro nem interferências das mudanças climáticas, além de continuar preservando a privacidade das mulheres.

Acredito ser importante apontar aqui o contexto institucional no qual se encontrava o grupo no momento que escolhemos sistematizar. A proposta de constituição do grupo em 2010 foi trazida por uma ACS que se sentia incomodada com a grande queixa das mulheres assistidas pela ESF Sul 2. Tais queixas giravam em torno de sintomas depressivos e ansiosos, principalmente, mas que estavam diretamente relacionados às situações que as mulheres haviam vivido ou estavam vivendo naquele momento (conflitos familiares, ciúme exagerado do filho, insegurança e medo de dirigir, opressão do marido, etc.). Essa ACS apresentava um histórico de crises depressivas, ficando afastada várias vezes das atividades laborais e dizia compreender o que essas mulheres sentiam e que as mesmas precisavam de algo que fosse oferecido a elas. Insistiu, portanto, na constituição do grupo, até que isso aconteceu. No entanto, os demais profissionais da ESF Sul 2 tinham um olhar de preconceito com relação à iniciativa. Sempre surgiam comentários de que aquelas mulheres tinham que procurar algo para fazer, que o fato de terem essas queixas era "falta de serviço" ou "falta de vergonha na cara"; que a participação delas no grupo era para "fofocar" e "dar risadas", que elas tinham muito tempo para estar ali. Dessa forma, não encontramos naquela ocasião a colaboração dos demais integrantes da equipe da ESF Sul 2, mas a ACS sempre dizia que estava acostumada com isso e que focar nas mulheres do grupo era mais importante do que tentar convencer a equipe dessa unidade de saúde acerca da importância do grupo. Durante um tempo, como já apontado na linha do tempo, os encontros foram realizados na garagem que ficava na parte de trás da unidade de saúde, um local isolado e sujo. Mas fizemos dele o nosso lugar. Todos os dias nos quais o grupo seria realizado, nós limpávamos o local e sempre procurávamos aliviar o mau cheiro, que ficava pior nos dias de calor (fato esse lembrado por Aparecida ao longo do processo de SE). Com o passar do tempo, depois da insistência, conseguimos uma sala no interior da unidade de saúde e começamos a convidar os demais integrantes da ESF Sul 2 para participar dos encontros, o que amenizou os comentários. A sensação era a de que quanto mais o grupo fortalecia seu vínculo e progredia, mais incômodo causava em algumas pessoas da equipe. A ACS sempre dizia "incomoda (aos outros) ser feliz". Julguei

importante apontar essas questões institucionais que não eram conhecidas pelas mulheres do grupo, mas com certeza refletiam em todo o processo do grupo “Vem Ser Mulher”.

Dando continuidade à linha do tempo, em julho de 2011 fui transferida para o NASF de outra região do município e uma nova psicóloga daria continuidade aos trabalhos. Durante todo o mês de julho, ela me acompanhou em todas as unidades de saúde da região sul e as equipes foram informadas da mudança. Isso ocorreu também nos encontros do grupo “Vem Ser Mulher”, quando ela participou pela primeira vez. No último encontro do mês de julho, realizaram uma festa de despedida para mim e deram as boas-vindas à nova psicóloga. Durante o mês de agosto, a psicóloga deu continuidade aos encontros, mas logo no início de setembro, poucos dias após a realização de mais um encontro, veio a falecer em decorrência de um atropelamento. Com esse fato, as mulheres decidiram encerrar o grupo, não dando continuidade com a psicóloga que assumiu, posteriormente, o cargo no NASF. Relataram que apesar de terem estado com ela apenas por três encontros, haviam se identificado muito e que haviam sentido duas perdas, minha saída e sua morte, não tendo vontade mais de continuar.

Conforme construíamos a linha do tempo, elas relembavam alguns temas abordados e dinâmicas que haviam sido realizadas, o que registramos num canto da linha do tempo.

Foi possível perceber que as condições do espaço físico ao qual o grupo estava submetido foram importantes marcadores para todas elas. As referências dos temas abordados e as dinâmicas realizadas foram vindo à tona tendo como base o local no qual foram realizados.

Encerramos a linha do tempo, mas deixei claro que ela ficaria fixada na parede caso mais alguma informação surgisse. Em seguida, buscando voltar ao objetivo da sistematização dessa experiência, solicitei a todas que respondessem em um papel a seguinte pergunta: *“Qual o objetivo de re-olhar a experiência do grupo Vem Ser Mulher para você? Qual o sentido de revisitar essa prática?”*.

Respostas:

*“A maneira como enxergo os meus problemas; e tendo o sentido de resolvê-los de uma maneira que ainda não tentei, procurando sempre acertar”* Fernanda

*“Reolhar quem éramos e quem somos hoje... Grande foi a mudança. Só crescimento...”*

Lúcia

*“Mostrar para nós que muitas vezes os problemas continuam, mas a forma com que conseguimos superar é totalmente diferente! Pois recordamos e não sentimos mal como antes!” Bruna*

*“Quanto foi bom para mim hoje conseguir me olhar no espelho sinto [que] minha autoestima está mais elevada. Me sinto mais segura mais confiante” Roberta*

*“Olhar de outra forma, porque em outras épocas estávamos em conflito não sabíamos resolver, hoje significa que o que vale são experiências vividas e que elas são oferecidas de melhorar a autoestima e de encarar de frente, aprendi que o calar e o afastar, dos fantasmas são onde eu aprendi a lidar com essas situação” Juliana*

O propósito de lançar essa pergunta no quinto encontro foi de voltar à definição do objetivo da sistematização, já que ele não havia ficado bem definido nos encontros anteriores. Levantei junto às mulheres no quarto encontro a discussão acerca do objetivo e do eixo, expus aqui suas opiniões e colocações a respeito, no entanto, não finalizamos o processo delimitando-os claramente. Sem a definição clara do objetivo e do eixo não é possível seguir com o processo de sistematização dessa experiência.

A partir das respostas trazidas no presente encontro e o que já haviam apontado no encontro anterior, iniciamos uma nova discussão acerca do objetivo a ser definido, bem como do eixo. Mostrei a elas a presença da necessidade que elas têm de avaliar mudanças, realizando comparações entre suas vidas antes e no momento da sistematização. Também expus que no processo de SE não focamos nos objetivos individuais, devendo ser estabelecido um objetivo coletivo referente à experiência. Desta maneira, não seria possível ter como objetivo a reflexão acerca das mudanças ocorridas na vida de cada uma delas e os elementos que funcionaram como impulsionadores dessas mudanças de maneira individualizada. Mas salientei que poderíamos pensar acerca de como o grupo "Vem Ser Mulher" contribui para mudanças nas vidas das mulheres de uma maneira geral, buscando focar nos elementos presentes no grupo que poderiam contribuir para tais mudanças. Após algum tempo de debates, delimitamos assim o objetivo:

***"Refletir acerca da experiência do grupo "Vem Ser Mulher".***

Na sequência, expus também a necessidade de voltar ao eixo definido anteriormente, já que havíamos redefinido o objetivo. No entanto, em função do tempo, o encontro foi encerrado sem tal definição. Sendo assim, o próximo encontro teria como objetivo a delimitação do novo eixo. Pude perceber, nesse momento, que tínhamos conseguido caminhar com o processo de sistematizar essa experiência.

Ainda antes de encerrarmos o encontro, entreguei às mulheres uma folha contendo duas perguntas:

- *Conte o que você estava vivendo entre os anos de 2010 e 2011, quando o grupo foi realizado pela primeira vez.*
- *Conte como está a sua vida hoje (o que mudou, o que está diferente, o que permanece igual, etc.).*

Solicitei que respondessem a tais perguntas por perceber a necessidade que elas tinham de sempre compararem o antes e o depois, ou seja, como estavam suas vidas na época da realização e grupo e como estão suas vidas no momento da sistematização. Também avaliei que apresentar um pouco da história das mulheres participantes do grupo “Vem Ser Mulher” que se dispuseram a participar do processo de sistematização dessa experiência poderia trazer contribuições para a compreensão de algumas falas trazidas por elas. Solicitaram que pudessem levar para casa para responder com tranquilidade, o que foi permitido. Portanto, apresento a seguir o perfil delas, utilizando seus próprios relatos e transcrevendo-os de acordo com a maneira que foram escritos por elas.

**Lúcia** – 71 anos, viúva, “do lar”, renda familiar de até 3 salários mínimos. Reside sozinha.

- Como estava sua vida entre 2010 e 2011

Lúcia já residia sozinha, mas ao lado da casa da filha e do filho. Já estava separada do marido, mas o mesmo residia nos fundos de sua casa até que veio a falecer. Assim, ficou numa situação financeira difícil e lutou alguns anos para conseguir a pensão por morte do marido.

*Estava na fase pior da minha vida. A parte emocional como também a financeira. Todos os atropelos que tive que passar foi neste período. Tinha momentos que pensei que não ia ter fim. Mas tudo passa. Vem a tempestade, depois a bonança.*

- Como está sua vida no presente

*Hoje estou totalmente passada de todas as tribulações. Hoje vejo que foi necessário. Que tornei uma pessoa melhor, em pensamentos, atitudes e crescimento. Agradeço a Deus e também ao “Grupo Vem ser mulher” !!!*

**Roberta** – 49 anos, divorciada, renda familiar de até 3 salários mínimos. Reside com o companheiro e o filho.

- Como estava sua vida entre 2010 e 2011

Roberta era dona de um restaurante junto com seu marido, filho de Lúcia (que também participa do grupo), o que tomava muito tempo do seu dia. Por esse motivo começou a participar do grupo meses após seu início. Após o encerramento dos encontros do grupo, divorciou-se e seu ex-marido faleceu pouco tempo depois. Passou a residir apenas com o casal de filhos e seu genro. Como ela mesma relata:

*... minha vida tava um tumulto só, meu pai acamado eu cuidando dele, meu marido bebendo muito. Eu estava com problemas sérios de saúde com crises de arritmias. Só Deus na minha vida. E sem contar que ainda tinha um restaurante que loucura.*

- Como está sua vida no presente

Roberta reside com o filho e, após, iniciar um novo relacionamento seu companheiro passou a morar com eles. A filha se casou e teve uma filha, indo morar em outra casa com a nova família. Passou por uma cirurgia cardíaca, a qual aponta que foi um marco em sua vida, já que a colocou diante do medo da morte. Roberta relata:

*...não está tudo igual; tudo passou graças a Deus. Muita coisa mudou para melhor. Meu pai faleceu. Meu marido também, minha filha casou; hoje tenho uma netinha linda que amo muito. O restaurante está alugado, sinto em paz mais feliz. Tenho mais tempo para cuidar da minha casa da minha vida. Sinto mais feliz.*

**Bruna** – 43 anos, casada, renda familiar acima de 5 salários mínimos. Reside com o esposo, um casal de filhos e uma neta.

- Como estava sua vida entre 2010 e 2011

*... entre 2010 e 2011 estava passando por uma ansiedade muito forte que causava insônia e sintomas que aparentava estar infartando quando comecei a participar do grupo com orientação da Vivian (enfermeira responsável pela ESF Sul 2 na época em que o grupo era realizado) que na época estava no PSF. Já havia feito terapia individual mas confesso que não me ajudou muito quanto a de grupo, fui medicada uns dois anos pois só dormia com medicamentos trabalhava umas doze horas diárias e por conta disso que talvez tenha desencadeado essa ansiedade que foi diagnosticado por “distúrbio de ansiedade moderada” por uma psiquiatra pela qual fui atendida por aproximadamente uns dois anos, que também me orientou a estar mudando minha rotina p/ que me ajudasse, a dormir melhor*

*ou dormir mesmo pois haviam noites que passava acordada. Na época fazia uniformes por facção para uma empresa que pagava por produção e tinha uma meta para cumprir diária, e no final de 2012 parei de trabalhar p/ essa empresa e montei uma loja p/ locação de trajes p/ festa. Com isso pude administrar melhor meus horários e me ajudou muito em relação a ansiedade pois era muito pressionada a cumprir a meta diária, pois como não dormia bem à noite meu dia ficava muito cansativo. E por qualquer motivo talvez sem mais nem menos tinha crises e muitas vezes fui levada ao P.S. com sintomas de infarto e tinha que tomar medicamentos fortíssimos que me fazia dormir muitas horas p/ acalmar. Mas graças a Deus hoje estou livre de tais calmantes e com ajuda do grupo e da Laíne pela qual agradeço.*

- Como está sua vida no presente

*... sem dúvida muito melhor em todos os sentidos, durmo todas as noites muito bem, sem medicamentos e consegui administrar melhor meu tempo e com isso minha ansiedade está controlada sem medicamentos. Com isso tudo realmente mudou em todos os sentidos e voltar ao grupo e analisar como nos fez bem participar do grupo “Vem ser mulher”.*

**Fernanda** – 48 anos, divorciada, não declarou sua renda familiar, apenas que é autônoma (manicure). Reside com a filha e a neta.

- Como estava sua vida entre 2010 e 2011

Fernanda sempre se queixa de seu relacionamento com a filha, motivo de sua preocupação, nervosismo e elevação de sua pressão arterial. Na época estava separada de seu marido, pai de seus filhos, mas esteve em um relacionamento por um período. Ela relata que estava vivendo:

*...conflitos, entre perder meu pai e ganhar uma neta, foi difícil mais aprendi muito com as duas experiências, são 6 anos de luta e aprendizado. Minha vida mudou nessa questão, não fiz pra mim em particular.*

- Como está sua vida no presente

*... mudou minha maneira de ver as coisas, percebi que meus problemas estão aí, só que estou na tentativa de mudar porque eles permanecem.*

**Aparecida** – 48 anos, amasiada, não declarou sua renda familiar, apenas que é autônoma. Reside com seu companheiro.

Aparecida não respondeu às perguntas feitas às outras mulheres acerca de como estava sua vida entre 2010 e 2011 e como está agora no presente. Começou a participar do grupo “Vem Ser Mulher” pois sofria muito com a necessidade excessiva

de proteção do filho. Na época já não estava mais se relacionando com o pai de seu filho e moravam apenas os dois e, como ela mesma relata, sua vida girava em torno do filho e de pensar como seria sua vida quando ele começasse a namorar e se casasse. Buscou o grupo como forma de buscar auxílio para enfrentar o que sentia.

No momento o filho está residindo em outro estado para cursar a faculdade. Aparecida começou um novo relacionamento e está residindo com seu companheiro. Relata o sentimento de vitória devido à forma como enfrentou a mudança do filho.

OBS: Falta a descrição do perfil de uma das seis mulheres (Juliana), já que não forneceu as informações.

### **Sexto encontro**

Com a presença de três mulheres nesse encontro, Fernanda, Bruna e Roberta, voltamos à discussão referente ao eixo da SE. Todas apontaram que a participação no grupo contribuiu sim para mudanças em suas vidas, e consideraram que elementos diferentes afetaram de maneira diferente cada mulher participante. Ressalto que reconheceram que muitas mudanças se deram, também, em virtude de outros acontecimentos em suas vidas não relacionados ao grupo, muitos deles independentes de suas vontades. No entanto, apontam que o grupo "Vem Ser Mulher" trouxe contribuições na maneira de fazê-las enfrentar mudanças sobre as quais não tiveram controle como, por exemplo, a maneira como Roberta enfrentou o falecimento do marido. Elas entenderam, portanto, que o grupo promoveu mudanças na forma de enfrentar as situações vividas. Sendo assim, reconheciam as mudanças ocorridas em suas vidas como não decorrentes apenas da participação no grupo, mas viam como um resultado de sua participação nele as mudanças que permitiram a elas enfrentarem de maneira menos negativa essas situações novas.

Dessa forma, chegamos ao consenso de que há elementos no grupo "Vem Ser Mulher" que promovem mudanças nas mulheres participantes e que esses elementos podem afetar de maneiras diferentes cada uma delas.

Fernanda traz a seguinte fala: *"... às vezes, o que mexeu comigo, o que fez sentido é uma coisa e pra outra é outra..."*.

Assim, após o debate, definimos o seguinte eixo:

***"Os elementos presentes no grupo "Vem Ser Mulher" que contribuem para mudanças na vida das mulheres participantes."***

Conseguimos, então, finalizar a definição do objeto, do objetivo e do eixo:

Objeto	<i>Grupo "Vem Ser Mulher" entre o período de abril de 2010 e julho de 2011</i>
Objetivo	<i>Refletir acerca da experiência do grupo "Vem Ser Mulher".</i>
Eixo	<i>Os elementos presentes no grupo "Vem Ser Mulher" que contribuem para mudanças na vida das mulheres participantes.</i>

A partir da definição do eixo, fiz a seguinte pergunta: o que vocês consideram que o grupo "Vem Ser Mulher" tem que faz com que a vida das mulheres participantes mude? Conforme a discussão seguia, anotamos nas fichas os elementos que surgiram a partir da fala de cada uma.

Iniciaram falando da união existente entre as mulheres do grupo, o que reflete na maneira como se sentem apoiadas de alguma forma. A união e o apoio foram apontados por elas como sendo um incentivo, tanto para continuar participando do grupo, quanto para a maneira de enfrentar seus problemas.

Bruna apontou que prefere participar do grupo, que fez acompanhamento psicoterápico por um tempo, mas não gostou. Foi convidada, então, pela enfermeira da ESF a participar dos encontros do grupo, o que a fez se sentir bem com a troca de experiências, percebendo que cada mulher sempre está enfrentando algum problema. Isso a fez pensar que não está sozinha passando por situações difíceis.

Fernanda, seguindo essa fala de Bruna, acrescentou que via uma direção a partir daquilo que as outras mulheres relatam. Pode não ser a mesma situação ou o mesmo problema, mas sempre contribui de alguma forma.

Consideraram, também, os temas abordados e os debates realizados como elementos que contribuíram para mudanças. Ressaltaram, ainda, a questão do respeito vivido no grupo, o respeito por cada mulher e por cada história de vida trazida.

Assim, foram levantados os seguintes elementos:

- *União de todas*

- *Apoio*
- *Partes (experiências) que as outras trazem que nos dão a direção*
- *Temas e debates sobre eles*
- *Respeito*
- *Incentivo*

Tendo em vista que nosso tempo já havia se esgotado encerramos o encontro, mas continuaríamos essa etapa do processo no encontro seguinte. Estava previsto para esse encontro que os elementos apontados fossem fixados na cartolina de acordo com a classificação das mulheres: objetivo, subjetivo ou contextual. No entanto, em função do tempo, não conseguimos seguir com essa classificação.

### **Sétimo encontro**

No sétimo encontro participaram cinco mulheres: Roberta, Lúcia, Fernanda, Bruna, Juliana. Para dar sequência ao encontro anterior, fixei na parede a cartolina contendo as colunas: objetivo, subjetivo e contextual.

No momento em que o cartaz foi fixado, as mesmas puderam visualizar o que nele continha e se puseram a pensar novamente. Peguei as fichas elaboradas no encontro passado e expliquei que deveríamos pensar em qual das colunas - objetivo, subjetivo, contextual - cada um dos elementos escritos se inseria. Assim fizemos e, a partir de então, demos continuidade à discussão acerca dos elementos existentes no grupo e que possibilitariam mudanças. Vale ressaltar que a grande maioria dos elementos foi inserida na coluna dos elementos subjetivos, conforme será exposto mais adiante.

Bruna voltou à discussão do encontro anterior trazendo novamente sua fala acerca do que a motivou a participar do grupo e apontou que reconhecer que outras pessoas também passam por situações difíceis mostra a ela que não está sozinha sentindo-se da maneira como se sente. Isso a fez repensar na maneira de enfrentar o transtorno de ansiedade pelo qual passava naquele momento e a buscar soluções para a maneira como estava se sentindo. Todas elas trouxeram relatos de situações que vivenciaram e que possibilitou amenizarem os sentimentos negativos em função de ver que outras mulheres também têm problemas e, como diz Fernanda, “... se elas continuam de pé, por que eu não vou continuar?”.

Outro caminho percorrido ao longo da discussão apareceu na fala de Fernanda, a qual apontou que é preciso aprender a enfrentar o problema. Essa fala sempre aparecia, já que Fernanda tem um problema que considera ser de difícil solução, já que envolve seu relacionamento com a filha. Dessa maneira, ela sempre considera que é importante não apenas solucionar um problema, mas “... *aprender a enfrentar aqueles que não tem solução ou quando essa solução não depende de você...*” (Fernanda).

Dando sequência à fala de Fernanda, Juliana aponta que buscaram mudanças quando decidiram participar do grupo "Vem Ser Mulher", mas que é preciso aceitar a mudança. Nesse momento, a discussão girou em torno de como as mudanças acontecem, por iniciativa de cada sujeito ou não, mas que precisamos saber aceitá-las. Não focaram nas mudanças extrínsecas, mas sim intrínsecas a cada uma delas, aquelas que envolvem as suas subjetividades.

Fernanda apontou que o fato de haver o ACS foi o que possibilitou a existência do grupo, lembrando a história de como ele foi criado a partir do desejo de uma ACS. Seguindo esse pensamento, Bruna relata que outro elemento importante foi a existência de um profissional especializado, no caso o psicólogo. Apontou que aceitou o convite de participar do grupo porque sabia que este era conduzido por um profissional da psicologia. Essa fala surgiu logo após considerarmos que ao longo do tempo percebemos que o grupo "Vem Ser Mulher" não dependia da presença do psicólogo para continuar acontecendo, visto que durante as férias desse profissional os encontros eram conduzidos por elas próprias. Nesse momento, Roberta disse em tom de brincadeira que eu estava as preparando para seguirem com o grupo sozinhas, que eu as abandonaria.

Em seguida, apontaram que deveríamos considerar que a existência da ESF e do trabalho "corpo a corpo" realizado através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS's são elementos importantes. Consideraram a existência do NASF nesse mesmo sentido. Nesse momento, quando estavam focando em elementos contextuais, pareceu-me, a princípio, ter havido uma fuga do eixo da sistematização, já que os elementos apontados nesse momento foram pré-condições para a criação do grupo. Consideraram importante já que, sem a existência de uma ESF na comunidade não haveria o trabalho do ACS, bem como também não haveria o NASF e, por conseguinte, não haveria o psicólogo. Em seguida, Juliana considerou que o

fato de haver na comunidade mulheres com necessidade de acompanhamento psicológico foi, também, um elemento importante para a constituição do grupo.

Ao final, elaboramos as fichas com os seguintes elementos:

- Demanda das pessoas
- Reconhecer que não está sozinha sentindo o que sente
- Aceitar a mudança
- Aprender a enfrentar o problema
- Existência da ESF - trabalho corpo a corpo
- Existência do NASF e do psicólogo do NASF
- Trabalho dos ACS's
- Trocas de experiências

Ao final, o quadro foi elaborado da seguinte maneira:

OBJETIVO	SUBJETIVO	CONTEXTUAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temas e debates sobre eles</li> <li>• Demanda das pessoas (das mulheres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• União de todas</li> <li>• Apoio</li> <li>• Partes (experiências) que as outras trazem que nos dão direção</li> <li>• Respeito</li> <li>• Incentivo</li> <li>• Reconhecer que não está sozinha sentindo o que sente</li> <li>• Aceitar a mudança</li> <li>• Aprender a enfrentar o problema</li> <li>• Trocas de experiências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência do PSF – trabalho corpo a corpo</li> <li>• Existência do NASF e do psicólogo do NASF</li> <li>• Trabalho dos ACS's</li> </ul>

No momento da transcrição do encontro, percebi que essa fuga do eixo talvez pudesse representar o elemento central, mais significativo para elas no que se refere ao grupo. Conseguimos, enfim, fazer a recuperação do processo vivido e percebi, também, que iniciamos o quarto tempo da Sistematização de Experiências, ou seja, a fase da análise crítica do processo, na qual respondemos “por que aconteceu como aconteceu?”.

Ao longo da discussão acerca dos elementos levantados a partir do eixo escolhido, o fato de ter sido apresentado por elas a importância do psicólogo, me

surpreendeu. Em encontros anteriores algumas falas já sinalizavam nesse sentido, no entanto, foram por mim suprimidas. Como já apontei anteriormente, fui a psicóloga que conduziu o grupo desde seu início até dois meses antes de seu encerramento, portanto, quando surgiram falas apontando a importância e a relevância do psicólogo, eu acreditava ser uma gentileza das mulheres, não relatando, por isso, essas falas.

Considero, portanto, ser importante apresentar aqui algumas considerações acerca da minha atuação junto ao grupo “Vem Ser Mulher”. Muitas ações grupais desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde são desencadeadas por metas e protocolos existentes, tornando essas ações rígidas, com caráter prescritivo e com tom de cobrança de comportamentos saudáveis que devem ser adotados pelos usuários dos serviços de saúde. Já a proposta para a criação do grupo de mulheres não se pautou em metas impostas ou protocolos existentes. Desde o princípio estive em cena o respeito pelas necessidades, desejos e questões trazidas por cada uma das mulheres. As vozes das mulheres foram ouvidas e o grupo assim foi se firmando. Elas puderam participar do processo, fizeram o grupo delas, da maneira delas.

Encerramos, então, o presente encontro com a discussão acerca da importância dada por elas ao fato do grupo ser conduzido por um psicólogo, como relatado anteriormente na fala de Bruna. Tal discussão seria retomada no próximo encontro, com o objetivo de verificar dentro de todos os elementos apresentados por elas, qual é realmente o mais significativo, qual diz mais a respeito dessa experiência, qual deve ser aprofundado e comunicado, tal como preconizado pelo método.

### **Oitavo encontro**

Com a proximidade do fim do ano, as mulheres demonstraram interesse em falar sobre os projetos e expectativas para o ano seguinte. Sendo assim, o oitavo encontro foi iniciado criando um espaço para tal discussão a partir de uma atividade reflexiva que propus.

Utilizando uma frase iniciei a reflexão acerca do significado que tem para muitas pessoas um ano que termina e outro que começa. Falamos a respeito da sensação da possibilidade do novo quando um novo ano se inicia e dos projetos e expectativas que nutrimos no início de cada ano. Três mulheres estavam presentes: Lúcia, Roberta e Bruna. Todas relataram como tem sido a maneira que planejam cada ano que se inicia. Refletimos acerca da necessidade de uma expectativa mais racional e realista, ou seja, aquela que é viável dentro das possibilidades de cada mulher.

Após esse momento, tentei retomar com elas a discussão do encontro anterior, porém, sempre voltavam ao tema do ano novo. Como já disse anteriormente, demonstraram a necessidade em falar desse tema e percebi que não deveria forçá-las a voltar à discussão do encontro anterior, já que não era o desejo delas no momento.

Ressalto que duas das mulheres presentes pretendiam se mudar para outros municípios devido a algumas situações que vinham enfrentando. Com isso, sentem-se apoiadas em dividir com o grupo suas angústias, receios e inseguranças diante de uma importante decisão a ser tomada por elas. Fernanda, devido aos seus problemas com a filha pretendia se mudar para a mesma cidade que seu filho reside e, para isso, deixaria tudo para trás, inclusive sua casa e as clientes que conquistou ao longo de anos de trabalho. Já Roberta, que se tornara viúva há pouco mais de um ano, pensava em se mudar para outro estado no segundo semestre do ano seguinte junto com sua filha, seu genro e sua neta. A família de seu genro reside no município no qual pretendiam ir morar. Sendo assim, o presente encontro foi a oportunidade para falarem a respeito e, principalmente, contarem com o respeito de todas pelas decisões por elas tomadas. Dessa maneira, concluímos o encontro com a reflexão que estava sendo realizada.

Pensei, então, que esse encontro no qual não consegui dar continuidade ao planejado talvez represente aquilo que elas realmente querem dizer sobre o grupo. Ele parece representar o espaço necessário para falarem a respeito de suas aflições, angústias e receios sem serem julgadas ou criticadas. Sentem-se apoiadas de alguma forma, o que não encontram em outros contextos. Encontra-se, aqui, um ponto para discussão acerca da agência dessas mulheres, de tornarem esse espaço do grupo “Vem Ser Mulher” como um espaço que lhes pertence.

Portanto, para o próximo encontro avaliei ser necessário expor a elas dois pontos que poderiam realmente estar falando sobre a experiência do grupo “Vem Ser Mulher”:

1. O papel do psicólogo e do ACS como indutores que tenham tornado o grupo viável, e
2. A função do grupo quanto a um espaço de agenciamento, de sujeitos fazendo suas escolhas e seus enfrentamentos.

### **Nono encontro**

Tendo em vista que houve um intervalo de um mês entre o oitavo e o nono encontros devido a uma confraternização para encerramento do ano, recordei brevemente com as mulheres presentes o caminho já percorrido por nós. Em seguida, apresentei os dois pontos relatados no encontro anterior expondo os motivos por ter acreditado serem importantes para o processo de sistematização dessa experiência.

Estavam presentes quatro mulheres: Roberta, Fernanda, Lúcia e Bruna. Os dois pontos para discussão foram apresentados separadamente, visando contribuir para o debate sobre eles.

Quanto ao papel dos profissionais (psicólogo e ACS) como indutores e viabilizadores do grupo, as mulheres trouxeram novamente os relatos referentes à atuação desses profissionais, como já apontado em encontros anteriores. Falar sobre o papel desses dois profissionais desencadeou um debate sobre a postura dos profissionais de saúde como um todo.

Fernanda comparou a atuação dos ACS apontando que, há alguns anos, eles se preocupavam mais em ouvir os usuários, bem como, segundo Bruna, buscavam junto a eles conhecer o melhor horário para realizar a visita domiciliar para cada família. Para elas, essa postura demonstra um real interesse e preocupação com os usuários do serviço e não meramente estarem preocupados apenas em cumprir com as obrigações inerentes ao cargo de ACS. Relembrou, nesse momento, como se deu a criação da ESF Sul 2, contando a história desse serviço a partir de seus olhares, ou seja, a história da criação da ESF a partir do olhar de usuários do serviço.

Falar da postura dos profissionais do serviço de saúde levou à discussão sobre a humanização em saúde. Segundo Roberta, “*está (o serviço de saúde) mais humanizado, as pessoas ouvem mais*”. Com essa fala, elogiou a atuação da médica que está atendendo no momento na ESF Sul 2. Relataram diversas experiências que tiveram com distintos médicos que passaram pela unidade até o momento e apontaram o quanto têm se sentido satisfeitas e bem atendidas pela médica atual. Novamente apontaram a escuta realizada por essa profissional como um ponto importante para elas. Relacionaram a escuta dos profissionais da saúde como um sinônimo de sincera preocupação com os usuários e se sentiam acolhidas diante desses profissionais. Nesse momento falamos sobre as experiências de cada sujeito nos serviços de saúde como experiências subjetivas.

Bruna, seguindo essa discussão trouxe outro ponto muito debatido por todas: a postura do profissional quando este se coloca na mesma posição que o

paciente, ou seja, a quebra de hierarquias. Essa quebra representa se sentirem à vontade diante desses profissionais, sentem mais empatia por parte deles.

Após ter esgotado essa discussão, entramos no segundo ponto: a função do grupo quanto a um espaço de agenciamento, de sujeitos fazendo suas escolhas e seus enfrentamentos. Iniciaram apontando que o grupo é um grupo leve, um lugar onde é possível debater. Voltaram ao debate sobre a hierarquia e Bruna trouxe a seguinte fala: *“quando se dá ordens, cria uma barreira, uma hierarquia”*. Nesse momento, foi possível perceber um cruzamento da discussão dos dois pontos apresentados: o grupo enquanto espaço de agenciamento está entrelaçado ao papel exercido pelos profissionais envolvidos.

Quando falaram sobre a hierarquia, apontaram que dependendo da maneira que o profissional conduz o grupo uma barreira pode ser criada. Assim, *“as pessoas travam e não querem falar”* (Lúcia). Sentem, muitas vezes, que alguns grupos funcionam como lugar no qual ordens são dadas, o que não acontece no grupo “Vem Ser Mulher”, já que é *“um grupo que deixou cada uma a vontade, livre”* (Roberta); é um lugar onde se pode *“falar e ser ouvida”* (Bruna); e que possibilita a *“liberdade para falar, porque não temos coragem para falar com qualquer pessoa”* (Fernanda).

Nesse momento da discussão, lembraram o receio que outras mulheres tinham acerca da exposição e apontaram que elas precisam ter conhecimento de que há o respeito, a liberdade e a cumplicidade permeando o grupo. Assim, relataram o desejo de que as mulheres que utilizam os serviços da ESF, bem como aquelas *“que estão no casulo do seu lar”* (Fernanda), tenham o conhecimento sobre como é realmente o grupo “Vem Ser Mulher”. Esse relato delas já apontava o que seria definido quanto à comunicação da experiência e seria levado em conta no momento dessa definição.

Dessa maneira, o presente encontro foi encerrado e, posso ressaltar, que o material produzido até o momento possibilitará discussões importantes e pertinentes de acordo com os objetivos desta pesquisa.

## **A COMUNICAÇÃO DA PRÁTICA**

Conforme já descrito na metodologia, é parte do processo de SE realizar a comunicação da prática. Esta se caracteriza como a última etapa do processo, momento no qual os conhecimentos emergidos devem ser compartilhados. A comunicação dos conhecimentos emergidos a partir da SE da prática do “Grupo Vem Ser Mulher” será realizada com a equipe da ESF Sul 2 e demais unidades de SF do município de Poços de Caldas. É importante, também, incluir os profissionais da gestão nesse momento. Contudo, como discutido em um dos encontros com as mulheres que participaram do processo, é de interesse de todas que as demais mulheres da comunidade atendidas pela ESF Sul 2 tomem conhecimento daquilo que o grupo representou e possibilitou.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A autonomia em questão

A questão da autonomia dos sujeitos constitui o objetivo geral da presente pesquisa e, como já apontado em outro momento, não apareceu de forma explícita nas falas das mulheres ao longo do processo de sistematização da experiência do grupo “Vem Ser Mulher”. No entanto, com a análise da descrição dos encontros, é possível dizer que esta questão sempre esteve presente.

Para iniciar a discussão acerca da autonomia dos sujeitos, abordarei uma característica do grupo que mostrou ter importância para as mulheres: a função do grupo como espaço de troca de experiências. Aponto como sendo importante devido ao fato de ter sido representado dessa maneira ao longo do processo de SE, o que representa, também, uma potencialidade dos grupos na ABS.

Citando a pesquisa realizada por Furlan (31), a troca de experiências foi apresentada pelos profissionais como uma especificidade dos grupos na ABS. A autora aponta que fazer emergir as experiências das pessoas com o adoecimento apareceu como uma tentativa das práticas grupais o que ela aponta que seria a incorporação do campo da subjetividade nessas práticas. Também revela que esperavam que os profissionais apontassem apenas a educação em saúde como uma especificidade dos grupos na ABS, o que revela uma mudança de olhares em torno das ações grupais na ABS, mudança essa que parece surpreender:

... grupo então consistiria não somente em lócus para a educação, mas na produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e as formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se, apoiem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Podemos ver aqui a função do coletivo operando para efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais. Este é um dos grandes eixos para nossa composição da função do trabalho em grupos (31).

Ao longo do processo de sistematização da experiência do grupo “Vem Ser Mulher”, ele foi apontado por diversas vezes como um espaço de trocas de experiências e de convivência. No quarto encontro, quando iniciei com as mulheres a discussão acerca do objeto, do objetivo e do eixo da SE, o primeiro eixo a ser pensado

foi justamente “*pensar o grupo “Vem Ser Mulher” como um espaço de troca de experiências e de convivência*”, definido a partir da fala de Aparecida e com a concordância das demais mulheres de que se tratava de um aspecto importante do grupo.

A SE desse grupo possibilitou, portanto, a discussão acerca da importância de espaços de trocas, os quais contribuem para considerar a singularidade de cada indivíduo e das subjetividades envolvidas, e os reflexos podem ser sentidos no espaço além grupo, na vida cotidiana de cada mulher. Demonstra uma consonância entre a visão dos profissionais (apresentada na pesquisa de Furlan) e a dos usuários (apresentada pelas mulheres do grupo) quanto a um elemento importante nas práticas grupais. Assim, o grupo torna-se um espaço que produz efeitos terapêuticos a partir da troca de experiências, a qual viabiliza também, a circulação de afetos (31). Tais efeitos terapêuticos podem atuar como fatores de proteção à saúde mental dessas mulheres.

Por que, então, iniciei a discussão sobre a autonomia dos sujeitos abordando esse aspecto do grupo? Porque o espaço de trocas de experiências pode representar, também, as mulheres fazendo agenciamentos. Quando se troca experiência, não se faz necessário nenhum conteúdo programático, nenhum conhecimento técnico, nem mesmo um conteúdo que seja pensado e repassado pelos profissionais. São as mulheres em cena, aquilo que elas têm a oferecer e a dizer. Há, portanto, a possibilidade de aumento nos graus de autonomia, tanto individual, quanto grupal.

A técnica e o saber das profissionais da saúde – ACS e psicóloga – tiveram, portanto, papel coadjuvante ao longo da experiência do grupo “Vem Ser Mulher”. A autonomia estava presente representada, muitas vezes não pelas falas, mas pelas atitudes, posturas e agenciamentos por parte das mulheres, que acabaram por construir e constituir um grupo único, singular. Pensando, assim, na autonomia não no aspecto individual, mas sim grupal, pode-se dizer que o grupo “Vem Ser Mulher” era regulado por si próprio, conseguindo romper com a heteronomia fortemente presente nas instituições da saúde. Possivelmente esse rompimento foi responsável pelo mal-estar nos demais profissionais, como apontado anteriormente, já que seguia uma lógica de funcionamento que divergia da lógica instituída.

Diversos momentos e falas possibilitam pensar acerca do agenciamento que essas mulheres fizeram ao longo da realização do grupo. Apropriaram-se do

espaço grupal como sendo seu, podendo ser notado que apenas os primeiros encontros foram conduzidos pelas profissionais já que, em seguida, eram feitos à maneira delas.

No processo de SE não foi diferente e apropriaram-se de tal forma desse espaço grupal que algumas dificuldades foram sentidas por mim, visto que elas estavam habituadas a delinear os encontros ao seu modo e de acordo com seus interesses, necessidades e desejos. Já no primeiro encontro decidiram por ter um tema a ser abordado por mim no encontro seguinte (O valor da mulher). Seguir com os passos da SE me fez ter que assumir, de certa forma, a condução dos encontros e a insistência em manter o foco na sistematização da experiência do grupo. Ressalto que o desejo de sistematizar essa experiência partiu de mim e não do grupo e, apesar de terem demonstrado o interesse após eu ter exposto a proposta da presente pesquisa, a reconstituição do grupo para elas foi sentida, inicialmente, como uma retomada de onde havíamos parado.

As profissionais, portanto, ocupavam o papel de viabilizar a existência do grupo e de proporcionar condições para que ele pudesse ser desenvolvido na ESF. As mulheres do grupo reconheceram e valorizaram a técnica, a dinâmica dos encontros e os temas abordados, mas elaboraram à sua maneira o que estava sendo-lhes oferecido. O espaço foi sentido por elas como lhes pertencendo, como um espaço de possibilidades, e elas foram fazendo escolhas, enfrentamentos e construindo espaços.

Existe, portanto, uma força que parte dessas mulheres para que sejam considerados seus desejos, necessidades, opiniões e saberes, incluindo suas estratégias de vida – inclusive os cuidados com a própria saúde – e sendo ditas por si mesmas e não por outros. Nesse sentido é que aponto que a autonomia esteve sempre presente.

Portanto, o quanto a prática do grupo “Vem Ser Mulher” contribuiu para o aumento no grau de autonomia das mulheres? A prática grupal teve reflexos na saúde mental das mulheres e possibilitou a construção de novas formas de enfrentamento diante de situações que afetam suas emoções. A postura das profissionais viabilizou não somente a existência do grupo, bem como proporcionou o espaço necessário para que a autonomia das mulheres fosse capaz de produzir agenciamentos no contexto grupal e, de certa forma, no contexto da ESF. A autonomia não foi ‘dada’ às mulheres pela intervenção grupal e/ou pela atuação profissional; ela é uma dimensão

inerente a cada sujeito, e o espaço grupal funcionou como possibilidade de (re)ação autônoma dos sujeitos envolvidos.

Ao longo da prática do grupo “Vem Ser Mulher”, as mulheres assumiram os agenciamentos e a autonomia encontrou lugar, o que trouxe para elas a possibilidade de se pensarem enquanto sujeitos ativos diante das questões de suas vidas, incluindo aquelas que tangem à sua saúde mental.

Essa mudança na maneira das mulheres se inserirem no contexto da ESF Sul criou a necessidade de mudanças também na lógica desse serviço de saúde. O grupo passou a funcionar como uma força instituinte que confrontou, de certa forma, o já instituído e é nesse sentido que a autonomia se apresenta em relação com a instituição. Contudo, até que o grupo “Vem Ser Mulher” conseguisse realmente se instituir no contexto da ESF, teve que lidar com a inércia – e com a força que vem dela – da instituição na qual estava inserido.

Nessa relação (autonomia do grupo x instituição) uma das condições que se impuseram às mulheres diz respeito aos enfrentamentos que o grupo teve que fazer para possibilitar sua existência. O grupo realizou um enfrentamento das condições dadas, ou seja, também um enfrentamento institucional, podendo ser notado um incômodo da equipe da ESF quando da realização dos encontros grupais, e isso tem algo a dizer.

O enfrentamento estava presente, por exemplo, na apropriação do território por parte das mulheres. O porão foi o local no qual essa apropriação ficou mais evidente e mais forte, no entanto, ele ficava no exterior da unidade de saúde. A ida do grupo para o interior da ESF quando os encontros começaram a ser realizados na sala dos agentes comunitários de saúde acabou por fazer brotar um incômodo maior por parte da equipe. Contudo, tal incômodo não se relacionava apenas ao fato de que esse espaço até então pertencera somente aos profissionais. Parecia surpreender o fato de o grupo estar ainda existindo apesar dos obstáculos que já havia enfrentado e de funcionar às avessas daquilo que a equipe da ESF estava habituada. Até então, as experiências que a equipe tinha quanto à realização de grupos não se assemelhava em nada à experiência do grupo “Vem Ser Mulher”.

Outro enfrentamento importante diz respeito à maneira como lidaram com a ideia de que são os profissionais quem mandam a partir de uma perspectiva de moralização. Tal situação ficou evidente quando do julgamento que alguns profissionais faziam sobre o espaço grupal (momento para fofoca; lugar de quem não

tinha o que fazer; etc.). Há um lugar de poder, expresso de modo heteronômico, e que possui uma cara moralizadora que exclui a subjetividade, e toda diversidade, em razão de padrões morais fixos. Essa moralização também parece já estar instituída no contexto dos serviços de saúde.

A autonomia das mulheres e a autonomia do grupo não foram percebidas de maneira explícita pelas envolvidas, mas a sistematização dessa experiência contribuiu para que essa questão ganhasse visibilidade. Há, portanto, muito potencial nas ações grupais na ABS, potencial esse que ultrapassa a dimensão da educação em saúde, ainda que retoricamente ela possa referir à questão da autonomia.

### **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o que a sistematização da experiência permite dizer**

A produção científica, seja referente ao NASF como um todo ou apenas ao psicólogo do NASF, é ainda muito escassa (32). Além disso, como já apontado em outro momento neste trabalho, grande parte das publicações referentes a esse núcleo abordam a questão do apoio matricial. A SE do grupo “Vem Ser Mulher” rompeu com essa tendência em abordar a dimensão técnico-pedagógica – não é a intenção minimizar ou desconsiderar a importância que o trabalho técnico-pedagógico representa – e focou naquilo que é chamado de aspecto clínico-assistencial, ou seja, na intervenção direta do profissional do NASF com o(s) usuário(s) dos serviços de saúde.

O termo *clínico-assistencial* pode parecer uma referência às intervenções apenas clínicas e individualizadas, até mesmo porque é o modelo ainda hegemônico que permeia o trabalho do psicólogo e que marca a história dessa profissão no Brasil, o que representa um desafio para a atuação desse profissional no que tange aos paradigmas da saúde pública brasileira. No entanto, as diretrizes do NASF direcionam para outras formas de intervenção junto aos usuários, incluindo o trabalho com grupos.

A profissão de psicólogo é relativamente recente no Brasil já que somente em 1962 é que foi regulamentada. A prática, inicialmente, apresentava cunho elitista e era pautada no modelo médico-normativo. A atuação desse profissional estava associada, principalmente, à prática clínica, e, como apontam Furtado e Carvalho (32), “nem sempre abarcou as camadas menos favorecidas, o que se caracteriza por uma

onipotência clínica em detrimento de ações de cunho social” (p. 12-13).

Somente em meados da década de 1970 é que a psicologia passou a fazer parte do campo da saúde pública. Essa década foi marcada por um período de crise financeira, o que fez com que a classe média acessasse menos os consultórios particulares (33). Aguiar, Holanda e Monteiro (2007), citados por Furtado e Carvalho (32), trazem que, apesar de a inserção no campo de saúde pública ter ocorrido na década de 1970, é apenas em 1998 que o Ministério da Saúde realiza a catalogação dessa profissão enquanto profissão da saúde e teve na saúde mental o maior número de profissionais inseridos no campo da saúde pública.

Inicialmente, quando da inserção do psicólogo na saúde pública, sua prática era fortemente marcada pelo modelo da clínica privada, com foco apenas no paciente de forma individualizada e fragmentada (32-33). Com o passar do tempo e o crescimento do número de profissionais da psicologia inseridos na Atenção Básica à Saúde, tendo a criação do NASF contribuído para esse fato, criou-se a necessidade de interface com outros campos da psicologia, como a psicologia social, por exemplo. Essa necessidade tem sido observada nas instituições de ensino que formam esses profissionais através do crescimento de oferta de disciplinas ligadas à saúde pública (32).

Abordei a inserção do psicólogo na saúde pública brasileira com o objetivo de trazer a compreensão das dificuldades enfrentadas pelos psicólogos do NASF, os quais devem atuar numa nova lógica de fazer saúde, num cenário onde a antiga lógica curativa ainda está fortemente presente.

Analiso, nesse momento, alguns pontos referentes aos objetivos do NASF e como o grupo pôde contribuir para alcançá-los.

Com base na experiência do grupo “Vem Ser Mulher” é possível dizer que ações grupais como essa contribuem para cumprir com o objetivo do NASF de ampliar o escopo das ações. É claro que, havendo novas possibilidades de se fazer os cuidados em saúde, nem todas elas serão inicialmente bem aceitas em virtude das lógicas de cuidado predominantes, como a com foco individual. Meu trabalho de quase uma década no Núcleo de Apoio à Saúde da Família me permite dizer que há ainda uma resistência por parte dos usuários dos serviços de saúde em participar de ações grupais no que se refere às ações de promoção da saúde na AB. Um exemplo disso é o pequeno número de mulheres participantes do grupo quando comparado com a quantidade de mulheres que foram convidadas e/ou encaminhadas por algum

profissional. Esse fato pôde ser observado, também, ao longo do processo de SE do grupo de mulheres. Tal resistência pode estar relacionada a alguns fatores: hegemonia do modelo clínico-individual; predominância do paradigma médico-centrado; e receio de exposição num contexto grupal.

Há que se considerar, também, que a adesão de um usuário do serviço de saúde a um grupo proposto muitas vezes é atravessada pelo poder conferido pelo saber técnico e científico. Ou seja, quando o grupo é conduzido por um profissional avaliado como “capacitado” – o detentor do saber – a resistência em participar da ação grupal tende a ser reduzida. É a legitimação do saber científico e da racionalidade científica. O que me leva a tal apontamento é o fato de que, quando o grupo “Vem Ser Mulher” foi iniciado, o que motivou muitas usuárias a participar dos encontros foi justamente o fato de haver uma psicóloga conduzindo o grupo. Em alguns relatos já apresentados ao longo do processo de SE, é possível observar tal fato.

A presença de um psicólogo pode ter dois significados: a soberania do saber científico em detrimento do saber popular; e a ideia de que os cuidados em saúde devem ser agenciados pelos detentores dos saberes e das técnicas, portanto, por aqueles qualificados para tal tarefa, o que corrobora o entendimento de Illich (19) sobre a expropriação da saúde e de agência dos sujeitos.

E esse poder é conferido ao profissional especialista não apenas pelos usuários, mas também por profissionais não-psicólogos da ESF, os quais se avaliam como não capacitados para desenvolver tal prática. Entendo que a prática grupal cria condições para que o profissional do NASF atue seguindo o princípio segundo o qual deve estar comprometido com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe – NASF. Como já relatado em outros momentos, a prática grupal que foi sistematizada provocou reações da equipe da ESF Sul 2, o que representou justamente a dificuldade em mudar atitudes até então predominantes e instituídas. Convidar outros profissionais da equipe para participar dos encontros grupais e realizar educações continuadas abordando as práticas grupais foram estratégias adotadas para buscar a promoção de mudanças quanto às atitudes e aos olhares direcionados a esse tipo de intervenção.

Várias práticas grupais na AB, quando há o apoio do NASF, acabam, então, sendo vistas como “grupos do NASF” ou “grupo do psicólogo do NASF”, por exemplo. O que implica que, sem a presença do profissional desse núcleo, o grupo não é realizado, sendo um grande desafio mudar essa lógica. Nesse sentido, um elemento

importante presente no contexto do grupo “Vem Ser Mulher” refere-se ao fato de haver a continuidade do trabalho mesmo sem a presença do profissional do NASF. A ACS sempre esteve, também, à frente de todo o processo, conduzindo o grupo sozinha quando necessário. Havia, nesse caso, um sentimento de que o grupo também lhe pertencia, visto que a proposta de criação do mesmo partiu dela. Outro desafio enfrentado pelos profissionais do NASF é justamente quanto a contribuir para que os profissionais das equipes da ESF construam um novo sentido em relação às intervenções grupais, que se sintam parte do processo, como algo que também lhes pertence.

A maneira, portanto, como o grupo era conduzido possibilitou às mulheres começarem a perceber que não dependiam apenas de uma intervenção profissional para mudanças na maneira de se sentirem e na forma de enfrentarem as situações. Passaram a se reconhecer nas falas umas das outras e a sentirem-se apoiadas de alguma forma, além de perceberem a potencialidade de cada uma. Sentiam-se mais confiantes, seguras e capazes consigo mesmas e com o grupo, independente da presença de um profissional “especialista”. Tal posicionamento das mulheres ficou nítido quando, no período das minhas férias, davam continuidade aos encontros juntamente com a ACS e sempre relatavam de forma positiva esse momento, não demonstrando a dependência pela presença da “especialista”, e empoderadas por poderem dizer isso.

A sistematização da experiência do grupo “Vem Ser Mulher” revelou, também, a maneira como as mulheres entendem a existência da ESF e do NASF. Consideram que a existência da ESF aproximou as ações em saúde e os usuários dos serviços, abrindo novas possibilidades desses últimos se inserirem nesse contexto. De acordo com o que foi apontado por elas, a existência do NASF na ESF Sul 2 também seguiu esse caminho, o que pode ser interpretado, também, como estando cumprindo com o seu objetivo de ampliar o escopo de ações ofertadas pela ESF, como já abordado anteriormente.

Pensando, portanto, na atuação do NASF frente aos grupos na ABS, esse núcleo tem a possibilidade de trazer a possibilidade de rompimento com a lógica até então dominante e contribuir, então, para a construção de novas formas de olhar e de *práxis* no contexto da saúde pública brasileira.

Isso é o que preconizam os materiais referentes ao NASF. No entanto, na prática do grupo “Vem Ser Mulher”, a ACS também apresentou essa postura e esse

movimento de rompimento com o já instituído, trouxe para o cenário grupal a escuta, o respeito às diversidades, a quebra das hierarquias e a disposição para as trocas intersubjetivas presentes na realização do cuidado.

Fica então a pergunta: A contribuição para uma nova forma de atuar frente aos grupos na AB viabilizando um espaço dialógico, com condições que respeitem a autonomia de cada sujeito e que possibilite e estimule agenciamentos está mais ligada à formação dos profissionais ou a outras características que escapam ao que as instituições educacionais estão priorizando “ensinar” no momento?

Sendo assim, apesar de ser possível dizer que a experiência do grupo “Vem Ser Mulher” foi promotora de mudanças individuais e coletivas – no que tange às participantes do grupo – e de mudanças dentro da própria equipe da ESF, ainda assim surgem outras questões. Tais mudanças podem ser observadas sempre que há a presença de um profissional do NASF? A postura da profissional de psicologia estava mais ligada às suas atitudes, características pessoais e compreensão de NASF e Saúde Pública na AB? Ou devia-se à formação previamente recebida? Questões essas que emergiram, mas que não serão respondidas nesse trabalho.

### **A potência das ações grupais desenvolvidas na ABS**

A SE que se caracteriza como uma metodologia participativa, busca emanar os sentidos e os conhecimentos construídos pelos sujeitos em relação a uma experiência prática concreta da qual tenham feito parte. Nesse sentido, a presente pesquisa cumpriu com seu objetivo. Contudo, enquanto pesquisadora, lanço também meu olhar para além do que foi percebido pelas mulheres, o que não caracteriza uma fuga da proposta do presente trabalho, mas sim uma contribuição para pensar acerca das práticas grupais na ABS e suas potencialidades. Pode-se dizer, então, que a SE do grupo “Vem Ser Mulher” funcionou como um disparador para a discussão de outras questões referentes aos grupos na ABS. É justamente o que discorro a seguir.

A prática grupal é um processo de intervenção com coletivos e apresenta as suas singularidades. É marcada pelo encontro de diversos sujeitos – cada um deles trazendo sua singularidade e subjetividade – pelo jogo de forças, de poderes e afetos (31). Deve ser considerada como um processo singular, atravessada pelo contexto e instituição na qual se encontra e/ou, que de certa forma, se relaciona. Falar em grupos

na ABS sendo desenvolvidos por profissionais do NASF apresenta, também, as suas singularidades.

O trabalho com grupos foi abordado anteriormente, mas referindo à sua utilização como uma das ferramentas de trabalho do NASF visando, principalmente, as práticas de educação em saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde. Após a realização da sistematização da experiência do grupo “Vem Ser Mulher” a potência desses espaços coletivos que são os grupos na ABS será discutida, já que aponta caminhos para além de uma ação com caráter educativo.

Muitos materiais (portarias, resoluções, diretrizes) do Ministério da Saúde trazem a importância, a potencialidade e os desafios para o desenvolvimento das práticas grupais, principalmente nas ações de prevenção e de promoção. Contudo, são raros os que relatam experiências grupais concretas (31).

Uma das dificuldades apontadas refere-se à falta de capacitação dos profissionais para desenvolverem ações grupais. Muitos atribuem à falta de qualificação o motivo por centrarem as ações em saúde em torno do atendimento individual (34). Romper com a lógica do espaço individualizado da relação profissional-usuário dos serviços, das abordagens prescritivas e do foco nos sintomas e nas patologias, é ainda um grande desafio. Diversas práticas grupais parecem levar essa lógica para o espaço que deveria ser coletivo, assim, faz-se uma clínica individual num contexto grupal.

Vale ressaltar que a formação também interfere na possibilidade de atuação dos profissionais com grupos. Digo isso porque aqueles que possuem uma formação que possibilita intervenções analíticas, como no caso do psicólogo, acabam tendo (em teoria) mais facilidade para estarem a frente de grupos chamados terapêuticos. Esses grupos são focados nas questões subjetivas e “apostam na análise das atitudes, ações e suas relações com a vivência com familiares e amigos, exigindo uma introspecção e olhar cuidadoso sobre as vivências e histórias passadas” (31).

Parece existir, também, uma supervalorização das práticas assistenciais realizadas na forma de atendimentos individuais em detrimento das ações em grupo. Tanto minha experiência como profissional da ABS, quanto os materiais encontrados referentes aos grupos na ABS indicam que eles são considerados atividades secundárias, complementares e coadjuvantes nos cuidados em saúde. Nos Cadernos HumanizaSus, por exemplo, considera-se que os grupos tendem a ser práticas

complementares na ABS brasileira e são desenvolvidos “seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda, e não (como) um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas” (34). O foco principal das ações ainda está nas práticas individuais, com caráter curativo, focadas na doença e marcadas pela verticalidade da relação profissional-usuário. Na ESF Sul II a realidade não era diferente e o foco principal eram os atendimentos individuais médico-centrados.

A justificativa de falta de capacitação para exercer algumas práticas grupais também foi observada quando da criação do grupo “Vem Ser Mulher”. Esse grupo tornou-se existente apenas quando passei a fazer parte da equipe do NASF de referência para aquela equipe de Saúde da Família. Até então, não havia um psicólogo para apoio das equipes, apenas alguns profissionais da psicologia atuando nos núcleos de especialidades e exercendo somente os atendimentos individuais, principalmente os processos psicoterápicos. A equipe justificava que não havia um profissional que pudesse conduzir um grupo como o “Vem Ser Mulher”, já que nenhum possuía formação para tal tarefa. Assim, a equipe realizava ações grupais apenas para as demandas exigidas pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, o grupo de gestantes e o de diabéticos e hipertensos. Na época, eu realizava o apoio a sete equipes de Saúde da Família e em todas elas os grupos desenvolvidos eram sempre grupos programáticos e com caráter educativo exigidos por outros níveis de gestão, bem como pelo Ministério da Saúde, por exemplo.

Existe, como abordado até então, uma dificuldade real em desenvolver grupos na ABS e em certos casos é possível apontar o que traz a dificuldade em realizar ações grupais, contudo, nem sempre isso é possível. Furlan (31) realizou uma pesquisa destacando as práticas grupais coordenadas por profissionais de saúde com usuários da ABS da cidade de Campinas e, de 21 grupos elencados pelos profissionais participantes como dentro dos quesitos para a pesquisa, apenas 5 ocorridos no cotidiano das unidades de saúde foram observados. Muitos já haviam sido encerrados, outros estavam em fase de planejamento e outros se encontravam ainda em pensamento. Aponta, portanto, que não é possível sempre dizer o motivo pelo qual os grupos não existiam, mas que é possível dizer que existe uma dificuldade real em desenvolvê-los.

Quando encontramos práticas grupais na ABS, muitas vêm carregadas do caráter educativo, o que acabam sendo chamadas de grupos de educação em saúde,

os quais têm como objetivo principal a obtenção de conhecimento pelos usuários de modos de cuidar de si. Essas ações geralmente se dão em forma de palestras, nas quais determinado conteúdo é repassado do profissional para os usuários. O cuidado em saúde é, então, agenciado pelos profissionais, numa relação mais parecida com a de professor-aluno. Inicialmente, as ações de educação em saúde na ABS, almejaram mobilizar saberes, tanto dos profissionais, quanto dos usuários, para a prática do cuidado (31), bem como promover práticas grupais pautadas numa relação dialógica e na autonomia dos sujeitos. Contudo, o que presenciamos são ações nas quais o saber dos profissionais se sobrepõe ao dos usuários que muitas vezes são colocados num lugar de passividade quanto ao cuidado de si e da sua saúde.

Assumir essa postura quando da realização de ações grupais possibilitando pouco espaço para a participação do usuário pode trazer para o profissional mais segurança, já que abrir espaço para uma relação dialógica que esteja aberta às diversas falas – e subjetividades – pode representar uma ameaça. Nem todos conseguem lidar com os sujeitos que entram em cena, que questionam, que se posicionam, que trazem suas angustias e afetos. Sendo assim, desenvolver a ação de forma rígida e fechada pode trazer mais segurança para aquele que a desenvolve.

Para James Hillman, em texto intitulado “Ensinar, aprender, educar” que infelizmente não está mais disponível na internet, o ensinar e o aprender são inerentes ao ser humano e, como ressalta ele, não devem ser confundidos com a educação. Ao longo do tempo, o ato de ensinar e de aprender foi institucionalizado através da educação dita formal. Essa educação institucionalizada afastou-se do desejo inato, portanto natural, de cada ser humano de querer ensinar e aprender produzindo consequências e, uma delas é que somente alguns podem ocupar o lugar daquele que ensina (na escola, o professor; nos serviços de saúde, os profissionais da saúde).

As práticas grupais na ABS com caráter educativo tendem a seguir essa lógica, já que ela não se restringe apenas às instituições educacionais (escolas, universidades). A institucionalização da educação perpassa os mais diversos setores da sociedade, e a saúde não está imune a ela. A ideia de Hillman, portanto, parece ser uma justificativa para o fato de haver uma hierarquia dos saberes nos serviços de saúde, a qual é marcada pela soberania do saber médico/científico em detrimento daquele trazido pelos usuários dos serviços de saúde. Dessa maneira, esses serviços – representados pelos seus profissionais – acabam por deslegitimar o saber dos usuários e, conseqüentemente, a sua participação de fato.

Além da institucionalização da educação abordada por James Hillman que produz essa hierarquia que determina quem deve ensinar e quem deve apenas aprender, incluo, também, neste exame as considerações de Santos (35). Segundo esse autor, existe uma racionalidade hegemônica – a qual possibilita a soberania do saber médico/científico – pautada na ciência e no poder que ela confere a quem detém o conhecimento legitimado. Ela é assentada na *monocultura do saber* e do *rigor do saber*, considerado por Santos (35), como “o modo de produção de não-existência mais poderoso” que reconhece a ciência moderna como a única verdade e que detém a exclusividade de produção do conhecimento.

Para esse autor, existe a produção de não-existências através de certas lógicas, como a lógica da *monocultura do saber* e do *rigor do saber*. Um saber é deslegitimado, portanto, por algumas lógicas (incluindo a já citada) que fazem parte do que Boaventura de Sousa Santos chama de razão indolente. Segundo ele, essa razão transforma interesses hegemônicos em conhecimentos verdadeiros e permeia as experiências e práticas sociais. Existe, a seu ver, uma totalidade imposta pela razão metonímica (uma das formas da razão indolente), a qual “se reivindica como a única forma de racionalidade e, por conseguinte, não se aplica a descobrir outros tipos de racionalidade ou, se o faz, fá-lo apenas para as tornar em matéria-prima” (p.240). Considera, portanto, como não-existente aquilo que não está nessa totalidade. Assim, justifica-se a legitimação e hegemonia do conhecimento científico em detrimento de outros saberes que escapam a ele. Essa hegemonia perpassa saberes e práticas também nos contextos de saúde e, com isso, um saber popular, por exemplo, pode ser desqualificado e tornado invisível.

Ainda segundo essa lógica da *monocultura do saber* e do *rigor do saber*, a não-existência assume a forma de ignorância ou de incultura. Se pensarmos, então, em como ela se apresenta no contexto das unidades de saúde é possível compreender que o lugar destinado aos usuários dos serviços é, justamente, o lugar do ignorante que precisa ser ensinado sobre modos de cuidar de si e da sua saúde por aqueles que detêm o saber de como deve ser esse cuidado. Pode-se dizer, portanto, que essa lógica dá sentido para o caráter educativo dos grupos.

Outra lógica de produção de não-existência – e que permeia também os serviços de saúde – é a lógica da *classificação social*, segundo a qual as diferenças são naturalizadas e, com isso, ocorre também a naturalização das hierarquias. Segundo Boaventura de Sousa Santos, existe uma lógica de dominação determinada

pelas hierarquias e aqueles que ocupam o lugar de superioridade tem a obrigação – já que a hierarquia é algo natural – de desempenhar a dominação sobre aqueles classificados como inferiores. É uma obrigação vinda a partir do lugar que ocupam e, com isso, resta aos inferiores serem dominados. Em outras palavras, é uma dominação legitimada pelo lugar que cada sujeito ocupa e “a não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural. Quem é inferior, porque é insuperavelmente inferior, não pode ser uma alternativa credível a quem é superior” (p.248).

Ao longo do nono encontro do processo de sistematização da experiência do grupo “Vem Ser Mulher” iniciou-se o debate acerca da relação de horizontalidade entre os profissionais e as mulheres – relação essa marcada pelo espaço para a escuta. A escuta que os profissionais da ESF Sul 2 realizavam demonstrava real preocupação e as mulheres sentiam-se acolhidas. Assim, falaram acerca da quebra de hierarquias quando um profissional se coloca na mesma posição que o paciente, o que representa para essas mulheres a possibilidade de se sentirem a vontade diante dos profissionais. Segundo elas, era menor o receio em expor algumas questões para esses profissionais com postura mais acolhedora, mais empática.

Esse debate sobre a relação horizontal entre usuários dos serviços de saúde e os profissionais não se restringiu apenas ao contexto do atendimento individualizado. Apontaram também as implicações em contexto grupal dizendo que a maneira como o profissional conduz o grupo pode representar uma barreira ou não. Em grupos marcados pela hierarquia e pela relação de dominação e superioridade dos profissionais “*as pessoas travam e não querem falar*” (Lúcia). Essa discussão realizada no nono encontro demonstra que, por mais que haja uma naturalização das hierarquias, romper com elas representa construir outros modos de se relacionar com os sujeitos e de promover saúde.

Sem reduzir a educação em saúde a essa perspectiva, chamo a atenção para o quanto a crítica acadêmica a trata como recorrente, a exemplo do que foi discutido até aqui. Sendo assim, os grupos com caráter educativo são apontados, portanto, como apresentando características que limitam a atuação dos diversos sujeitos envolvidos, primeiro porque possuem um caráter normativo que limita uma postura ativa dos usuários, os quais têm a possibilidade de agenciamento limitada. Reduz-se assim, o grau de autonomia dos sujeitos quanto ao modo de cuidar de si e de sua própria saúde.

Esses tipos de grupo assemelham-se ao que Guattari chamou de grupo sujeito. Barros (36) traz os conceitos de grupo sujeito e de grupo sujeitoado, formulados por Guattari. E por que aponto que as práticas grupais com caráter educativo se assemelham ao grupo sujeitoado? Porque é um grupo marcado pela hierarquia e pela verticalidade. Há uma hierarquia sustentada pelo saber (no topo os profissionais e, na parte inferior, os usuários). Também porque o grupo sujeitoado é aquele que busca preservar os mecanismos de auto conservação e que impede os cortes criativos. “Opera por totalização, unificação, substituindo as condições de enunciação coletiva por agenciamentos estereotipados, cortados ao mesmo tempo do real e da subjetividade” (p.113).

O grupo “Vem Ser Mulher”, além do caráter terapêutico, teve o caráter educativo presente quando do seu início. Tendo em vista o grande número de mulheres que apresentavam queixas semelhantes (quadros depressivos e ansiosos), um dos objetivos iniciais do grupo era abordar temas relacionados a essas queixas. Pressupunha-se que levar ao conhecimento dessas mulheres informações inerentes aos quadros ansiosos e depressivos, facilitaria ‘ensinar-lhes’ outras formas de lidar com o que estavam enfrentando. A potencialidade desse grupo está, justamente, no que ele trouxe para além do caráter educativo.

Apesar de sua criação ter tido o caráter educativo presente, o grupo “Vem Ser Mulher” não ocupou o lugar de um grupo sujeitoado. Esse fato pode ser considerado como um elemento importante que possibilitou traçar outro caminho para além do que costumeiramente se observa nos serviços de saúde quando falamos em práticas grupais. Posso dizer que se tornou um grupo sujeito, o qual:

... propõe-se a pensar sua própria posição, abrindo-se para o outro e para processos criativos. É uma tendência grupal, que conjura as hierarquias e totalidades, que se deixa confrontar com seu próprio limite, sua finitude, que não busca garantias transcendentais e que se define por um coeficiente de transversalidade ampliado (36).

Outro motivo que pode levar à limitação da possibilidade de agência dos sujeitos e à redução do grau de autonomia pode estar relacionado a uma característica muito frequente nas práticas grupais: o caráter programático. O desenvolvimento de grupos na ABS pode ter o caráter programático como força motriz. Muitas vezes são criados como forma de dar conta do excesso de demanda das unidades de saúde, funcionando, portanto, como uma estratégia associada a outras formas de condutas

assistenciais. Outras vezes são criados devido a obrigatoriedade de existência de alguns grupos, como o de gestantes, por exemplo. Assim, quando um grupo é criado, muitas vezes se estabelece um programa, um roteiro que traz certa rigidez para a ação, como, por exemplo, define-se que pacientes hipertensos sejam acompanhados em grupos específicos nos quais a pressão arterial é aferida e a dispensação de medicamentos é realizada, mas sem espaço para os sujeitos se sentirem à vontade para trazer aquilo que realmente representa sua necessidade. Esse tipo de grupo apresenta o caráter programático, já que seu funcionamento é enrijecido e pré-estabelecido pelos profissionais (quase nunca com a participação dos usuários), o que impede qualquer tipo de agenciamento ou postura autônoma dos usuários.

Quando nos deparamos com uma prática grupal que rompe com essa lógica parece haver um incômodo, além de questionamentos quanto à eficácia da ação. Um grupo que rompe com o caráter educativo e programático e acaba sendo delineado a partir de cada encontro leva a questionamentos quanto à própria capacidade dos profissionais envolvidos. Digo isso porque, por diversas vezes, houve questionamentos e falas no sentido de que desenvolver o grupo “Vem Ser Mulher” de forma aberta e sendo construído a cada encontro em conjunto com as participantes era não saber o caminho que buscávamos percorrer e que não havia, portanto, objetivos claros para atingir os resultados esperados. Em alguns momentos foi falado que o objetivo do grupo era jogar conversa fora e “fofocar”, ao invés de realmente trabalhar. Assim, a própria postura das profissionais envolvidas (psicóloga e ACS) era questionada. A equipe, de forma geral, parecia não acreditar que o grupo poderia proporcionar algo às mulheres, já que rompia com o que estavam acostumados em se tratando de uma prática grupal na ABS. Quebrar a hierarquia e estabelecer uma relação de horizontalidade com as mulheres parecia demonstrar que as profissionais (psicóloga e ACS) não sabiam o que estavam fazendo. Se eles é quem deveriam “dominar” (segundo a lógica da classificação social de Boaventura de Sousa Santos) por que não o faziam?

Outra questão que veio à tona ao longo do processo de sistematização da experiência do grupo de mulheres refere-se aos fatores de proteção. No contexto dos serviços de saúde é comum ouvir a referência aos fatores de risco, e as ações grupais, muitas vezes, seguem a lógica da educação em saúde com o objetivo de levar ao conhecimento dos usuários os fatores de risco envolvidos em determinadas patologias e como preveni-las eliminando tais fatores. Contudo, quase não é abordada e pensada

a questão dos fatores de proteção, nem como as práticas grupais podem atuar como fatores protetores.

Os fatores de proteção estão envolvidos no ganho de controle que cada sujeito tem sobre a sua vida, incluindo sua saúde mental, mesmo diante de situações que apresentem fatores de risco. Sendo assim, os fatores de proteção estão relacionados com o bem-estar de cada pessoa. (Trombeta e Guzzo, 2002, citados por 37). Diante de situações adversas e com a presença de fatores de risco os sujeitos podem apresentar um desequilíbrio, inclusive no que tange à sua saúde mental. Os fatores de proteção são elementos importantes para o restabelecimento do equilíbrio perdido ou produção de um novo equilíbrio, demonstrando a competência de cada sujeito em lidar com as adversidades, já que esses fatores podem provocar uma modificação nas respostas dos sujeitos frente às situações de risco (38).

O espaço grupal parece ter tido a função de proteção da saúde mental das mulheres participantes, pois, a partir do compartilhamento e da troca de experiências, criou-se a possibilidade de cada uma aprender novas formas de enfrentamento daquelas situações que representavam um risco à sua saúde mental. Assim como a convivência com outras mulheres que vivenciaram situações semelhantes e conseguiram ultrapassar as adversidades com sucesso pode ser uma fonte de proteção para as demais.

Já no segundo encontro foi possível ter contato com os relatos sobre as novas estratégias de enfrentamento apresentadas pelas mulheres, o que representa como o grupo funcionou como um fator de proteção para a saúde mental delas. Um exemplo é a fala de Fernanda que diz *“que o problema continua, eu é que olho para ele de outra forma”*. Outros relatos referentes à melhora da autoestima, otimismo e flexibilidade diante das situações adversas podem representar a presença de fatores de proteção, que revelam como *“encaram as dificuldades da vida e como dão significado às circunstâncias estressantes ou desvantajosas”* (37).

## CONCLUSÃO

O caminho percorrido mediante a SE do grupo “Vem Ser Mulher” abriu espaço para a discussão acerca dos processos grupais na ABS de uma forma mais ampla. Abriu para novas perspectivas e para a possibilidade de se pensar o trabalho com grupos na ESF para além da educação em saúde. Revelou, ainda, as relações estabelecidas com as instituições e as forças envolvidas nessa relação.

O grupo “Vem Ser Mulher”, portanto, não representou apenas a aquisição de conhecimento por parte das usuárias. Ele rompeu com a lógica de um grupo programático, possibilitando espaço para os agenciamentos feitos pelas participantes. Tornou viável a discussão acerca das forças instituintes exercidas pelo grupo em relação com a força da inércia da instituição saúde representada pela ESF Sul 2.

Esse estudo pôde, também, contribuir para o aprimoramento da atuação do NASF, tanto no que tange às ações que envolvem a questão da autonomia, quanto diante da produção científica que aborde a dimensão clínico-assistencial desse Núcleo, partindo da experiência concreta. Como dito anteriormente, essa dimensão ocupa lugar secundário nas produções científicas, necessitando assim de contribuições para o desenvolvimento de metodologias participativas no âmbito das pesquisas referentes ao NASF e à Promoção da Saúde. Além disso, como esse núcleo tem importante papel nas ações grupais desenvolvidas pelas unidades de Saúde da Família, os resultados obtidos através da SE mostram quão significativas podem ser essas ações quando delineadas de modo a contribuir, de fato, para a produção de autonomia.

Quanto à metodologia participativa utilizada, a Sistematização de Experiências, foi ela que criou condições para que toda a potencialidade do grupo “Vem Ser Mulher” pudesse vir à tona. Metodologias participativas ainda são pouco utilizadas nos serviços de saúde e poucos trabalhos contemplam essa questão. É necessário, portanto, dar continuidade aos estudos que abordem como as metodologias participativas podem fazer parte das ações grupais nos serviços de saúde, sua importância e potencialidades.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Fernandez JCA et al. Promoção da saúde: elemento instituinte? *Saúde soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 153-64; Mar. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 25 Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100014>.
- (2) Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. p. 681-717. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 p.
- (4) Fernandez JCA. *Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos sujeitos*. 2011. 292 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.
- (5) Buss PM. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77; 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 25 Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.
- (6) Andrade EA, André LM, Westphal MF. In: Fernandez JCA & Moraes M A (orgs.). *Avaliação de Projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. 1. ed. – São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis; 2014. 324 p.
- (7) Haeser LM, Buchele F, Brzozowski FS. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-20; jun. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

73312012000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos  
em 16 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200011>.

(8) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.

(9) Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rubio, 2004.

(10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 37 p.

(11) Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S203-S211; Jan. 2002. Disponível em  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso)>. acessos  
em 25 Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>.

(12) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 10 p.

(13) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 37 p.

(14) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39). 116 p.

(15) Amorim SMG, Vieira FS, Brancaleoni AP. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 525-535, Sept. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300016&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 26 Ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300016>.

(16) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 160 p.

(17) Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra; 1995.

(18) Hernández OD. Subjetividade e Complexidade: Processos de construção e transformação individual e social. In: González Rey F. (org.). Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005. 408 p.

(19) Illich I. A expropriação da saúde: nemesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira; 1975.

(20) Fernandez JCA, Westphal MF. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 595-608; set. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 ago. 2016. Epub 30-Ago-2012.

(21) Barus-Michel J. O sujeito social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2004. 312 p.

- (22) Martínez AM. A Teoria da Subjetividade de González Rey: Uma Expressão do Paradigma da Complexidade na Psicologia. In: González Rey F. (org.). Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.
- (23) Morin E. Ciência com consciência. 14 ed. Brasil: Bertrand Brasil; 2002.
- (24) Maffesoli M. Elogio da razão sensível. Petrópolis, RJ: Vozes; 1998.
- (25) Jara O. Para Sistematizar Experiências. 2ª Ed. Brasília, MMA; 2006.
- (26) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1993.
- (27) Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandez JCA, Campos M, Cazzuni DH (orgs.). Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco, SP. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2008.
- (28) Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- (29) Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. – Porto Alegre: Bookman; 2001.
- (30) Streck DR. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 58, p. 537-47; set. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000300537&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300537&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 ago. 2016. Epub 01-Mar-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0443>.

(31) Furlan PG. Os Grupos na Atenção Básica à Saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. Campinas, SP: [s.n.]; 2012.

(32) Furtado MEMF, Carvalho LB. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. Revista Psicologia e Saúde, v. 7, n. 1; jan/jun. 2015, p. 09-17. [Pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1003.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1003.pdf). acessos em 26 fev. 2018.

(33) Andrade JFSM, Simon CP. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. Paidéia,19(43); 2009, 167-75.

(34) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

(35) Santos BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63; Outubro 2002: 237-80. Disponível em [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociologia\\_das\\_ausencias\\_RC\\_CS63.PDF](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociologia_das_ausencias_RC_CS63.PDF)>. acessos em 21 Set. 2018.

(36) Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro / Regina Benevides de Barros. – 3ª edição 2013 – Porto Alegre: Sulina / Editora da UFRGS; 2009. 350 p.

(37) Oliveira MA et al. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 4, p. 754-67; 2008. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400008&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400008>.

(38) Pesce RP et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143; Aug. 2004. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

37722004000200006&lng=en&nrm=iso>.

access

on 16 Nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa: A DIMENSÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: A SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO “VEM SER MULHER”**

**Nome do responsável: Láine Cancian da Silva**

**Orientador: Prof. Dr. Juan Carlos Aneiros Fernandez**

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou desejar retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Objetivos e justificativa**

##### Objetivo Geral:

Estudar a questão da autonomia dos sujeitos a partir da sistematização da experiência do grupo de mulheres “Vem Ser Mulher”, desenvolvido na lógica da Promoção da Saúde entre abril de 2010 e julho de 2011.

##### Objetivos Específicos:

- Reconstituir, para efeitos da sistematização da experiência, o grupo “Vem Ser Mulher”;
- Contribuir para a discussão e o desenvolvimento de metodologias participativas nos serviços de saúde;

- Investigar como a questão da autonomia dos sujeitos aparece como eixo de análise do processo de sistematização da experiência.

Como apontado nos objetivos, refletir acerca da questão da autonomia dos sujeitos é um dos focos da presente pesquisa. Intervenções grupais realizadas pelo psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem ter reflexos tanto na autonomia individual quanto da coletividade e, por esse motivo é que surgiu o desejo em sistematizar uma experiência grupal.

A experiência a ser sistematizada é a vivida com o grupo de mulheres “Vem Ser Mulher”, realizado entre abril de 2010 e setembro de 2011, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Esperança 2 no município de Poços de Caldas, Minas Gerais. Você **não** deve participar deste estudo se não participou dos encontros do grupo “Vem Ser Mulher”.

A “Sistematização de Experiências” (SE) é um instrumento metodológico que permite resgatar o processo vivido. Sendo assim, possibilita compreender em profundidade nossas práticas e a obter aprendizagens críticas a partir de uma experiência, ou seja, permite a ressignificação conjunta da experiência vivida. A SE é uma proposta em cinco tempos:

1º - O ponto de partida

O ponto de partida é sempre a prática, apesar de a teoria ser uma referência. É necessário que haja registros das experiências (anotações, fotografias, vídeos, etc.).

2º - As perguntas iniciais

É nesse momento que a sistematização se inicia. Faz-se necessário definir e delimitar o objeto, bem como definir o eixo de sistematização

3º - Recuperação do processo vivido

A reconstrução histórica possibilita uma visão geral do processo vivido e geralmente se dá de forma cronológica, para facilitar o processo. É importante que as diferentes interpretações dos sujeitos da experiência estejam presentes nesse momento e outros acontecimentos do contexto que podem interferir nos caminhos da sistematização. Em seguida, as informações são ordenadas e classificadas, tendo como base a delimitação do eixo de sistematização.

4º - A reflexão de fundo: por que aconteceu o que aconteceu?

Realiza-se, nesse momento, a interpretação crítica do processo vivido. É um exercício analítico, que deve fazer emergir as contradições e tensões para, em seguida, rever todo o processo vivido.

#### 5º - Os pontos de chegada

Chega-se ao ponto de partida, porém, com o enriquecimento possibilitado por todo o processo de sistematização (ordenação, reconstrução e interpretação crítica da experiência vivida). Nesse momento, formulam-se as conclusões, tanto teóricas como práticas, as quais são uma resposta aos objetivos propostos no início do processo. E, ao final, os conhecimentos emergidos devem ser comunicados e compartilhados com os envolvidos e com as demais pessoas para as quais os resultados façam sentido através de materiais que devem ser elaborados.

### **Procedimentos**

Participando desse estudo você está sendo convidada a participar de **oito a doze** encontros de duas horas, a serem realizados ao longo de trinta dias, com o objetivo de sistematizar a experiência do grupo “Vem Ser Mulher”. Os encontros serão realizados na ESF Esperança 2 no período da tarde, durante o horário de funcionamento dessa unidade de saúde. As discussões serão gravadas em áudio, visando garantir a fidedignidade e a análise posterior das falas pelo pesquisador. O material gravado será armazenado até a publicação da dissertação, sendo descartado na sequência, não sendo utilizado para nenhum outro fim. Será utilizado, também, questionário sobre o perfil de cada mulher participante.

Cabe esclarecer que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, porém, no presente projeto de pesquisa como não há riscos mensuráveis, entendemos “não haver riscos previsíveis”.

### **Benefícios/Resultados esperados**

Ao final da pesquisa, espera-se contribuir para a discussão acerca da relação entre autonomia e Promoção da Saúde a partir do trabalho com as individualidades (de pensamentos, de percepções, de ações, etc.), o que pressupõe a existência de diferentes olhares para a mesma questão. Espera-se, também, como resultado, contribuir para o aprimoramento da atuação do NASF, tanto no que tange às ações que envolvem a questão da autonomia, quanto diante da produção científica que se debruce sobre a dimensão clínico-assistencial desse Núcleo, partindo da experiência

concreta. Outra contribuição refere-se ao desenvolvimento de metodologias participativas no âmbito das pesquisas referentes ao NASF e à Promoção da Saúde.

Os sujeitos participantes da pesquisa não terão benefícios diretos com a participação na pesquisa.

### **Sigilo e privacidade**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, em caso de necessidade será utilizado um nome “fantasia”, preservando a identidade dos participantes. Considerado tratar-se de pesquisa em grupo será realizado inicialmente contrato de sigilo e privacidade em todos os encontros.

### **Ressarcimento e indenização**

Não haverá ressarcimento por sua participação na presente pesquisa, visto que você não terá gastos de qualquer tipo, nem mesmo com deslocamento até o local da realização da pesquisa. Informo ainda que, caso você sofra algum dano resultante de sua participação na pesquisa, você terá direito a uma indenização a ser paga pela pesquisadora.

### **Contato**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Laíne Cancian da Silva, Rua Divilho Taconi, nº 318, apto 22, Jardim Quisisana, Poços de Caldas, MG. Contato telefônico (35) 98709-9443.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126; CEP 13083-887, Campinas – SP. Telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

### **Consentimento livre e esclarecido**

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pode acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

---

### **Responsabilidade do pesquisador**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos esta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Pesquisador

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

---