

feedback

LÍLIAM BARBOSA SILVA

**Comunicação nas práticas
de coordenação de grupos socioeducativos
na Estratégia de Saúde da Família**

MENSAGEM

COMUNICAÇÃO

BELO HORIZONTE - MG
2010

LÍLIAM BARBOSA SILVA

**Comunicação nas práticas
de coordenação de grupos socioeducativos
na Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

BELO HORIZONTE - MG

2010

S586c Silva, Lílíam Barbosa.
Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na estratégia de saúde da família [manuscrito]. / Lílíam Barbosa Silva. -- Belo Horizonte: 2010.
196 f.: il.
Orientadora: Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Programa Saúde da Família. 2. Comunicação. 3. Estrutura de Grupo. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermagem. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "**Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família**", de autoria da mestranda Líliam Barbosa Silva, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Paes da Silva - Escola de Enfermagem da USP

Prof^a. Dr^a. Aidê Ferreira Ferraz - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof^a. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 11 de junho de 2010

Dedico este trabalho

*A Deus, pela graça da vida. Quanto mais me aproximo do saber, mais torna-se concreta
minha certeza de Nossa Existência.*

*Ao Sr. Olinto e à Sr.^a. Teresinha, que tenho imensurável orgulho de chamar de pais, pelo
incansável e incondicional amor, pela dedicação e pela força. Recebam a eterna gratidão pela
vida que me proporcionaram. O dia é de alegria e de vitória.*

E, se minha, é muito mais de vocês.

Aos irmãos Adriano e Bruno, pelo companheirismo e convívio afetivo.

*À mana Patrícia, pela incansável união e cumplicidade, não apenas nos estudos, mas também
na vida. Saiba que nos méritos desta conquista há muito de sua presença. Caminharemos
juntas, sempre, unidas por um amor igualmente "gêmeo".*

*Aos familiares, pela torcida oficial e por compreenderem que, para todas as grandes coisas,
exigem-se lutas penosas. Desculpas pelas ausências. Foram necessárias.*

*À Prof.^a. Dr.^a. Sônia, que, com sua sensibilidade e seu pensamento crítico, apresentou-me o
campo da pesquisa. Sou grata pela orientação constante, pela dedicação e pelas renúncias
pessoais. Por partilhar sua experiência de vida e profissional e ajudar-me a trilhar este caminho.*

*Você me proporcionou não apenas conhecimentos. Deu-me o apoio de amiga desde os tempos
saudosos da Graduação. Foi fundamental sua postura aberta à criação e seu respeito às
particularidades de cada um, valorizando cada estilo de viver.*

A você, meu reconhecimento e minha estima.

A todos, meu respeito e admiração.



Dedicatória



*Meu reconhecimento e minha admiração a todos os **participantes deste estudo** que, dia após dia, dimensionam o impulso da criatividade ao encontro de novas formas comunicativas na direção da assistência aos clientes.*

*A minha amiga **Maria Teresinha**, que sempre me incentivou e fez críticas construtivas. Obrigada pelos momentos de reflexão e alegria. Nossas conversas renderam vários insights.*

*Às amigas **Aneilde, Gisele, Vera e Thabata**, pela sincera amizade, afeição e "exagerada" credibilidade.*

*Aos colegas de **Mestrado**, em especial à **Quésia**, pela confiança. Durante dois anos estivemos juntos, dividindo sentimentos de alegria e dúvidas que jamais serão esquecidos.*

*À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, pelo incentivo a meu crescimento profissional.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**, em especial, aos **Distritos Sanitários Norte e Barreiro**, por conceder espaço para a realização deste estudo.*

*À **PAZCOS**, pelo apoio financeiro por meio da concessão de uma bolsa de estudos.*

A todos os grupos que colaboraram de forma singular com este estudo, agregando-lhe grande riqueza de conhecimentos.

*À equipe do **Hospital Municipal de Betim**, pela acolhida. Respeito e interação são qualidades que sustentam nosso trabalho.*

*Vocês, de forma particular, foram luzes que iluminaram meu caminho.
Meus sinceros agradecimentos.*



Agradecimentos





Eu queria trazer-te uns versos muito lindos

Mário Quintana

*Eu queria trazer-te uns versos muito lindos
colhidos no mais íntimo de mim ...*

*Suas palavras
seriam as mais simples do mundo,
porém não sei que luz as iluminaria
que terias de fechar teus olhos para as ouvir ...*

*Sim! Uma luz que viria de dentro delas,
como essa que acende inesperadas cores
nas lanternas chinesas de papel!
Trago-te palavras, apenas ... e que estão escritas
do lado de fora do papel ...*

*Não sei, eu nunca soube o que dizer-te
e este poema vai morrendo, ardente e puro, ao vento
da Poesia ...*

como uma pobre lanterna que incendiou!

RESUMO

SILVA, L. B. **Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.** 2010. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

O presente estudo teve como objetivo desvelar o conteúdo e a forma da comunicação do coordenador de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida junto a vinte e cinco coordenadores de grupos socioeducativos que assistem à população idosa, distribuídos em oito unidades básicas de saúde de dois Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Brasil. A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2009 e constou de observação não participante e de entrevista em profundidade semiaberta. Na interpretação dos dados, empregou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin e o Modelo Teórico de Forrest. As informações coletadas foram organizadas em sete núcleos temáticos: Atmosfera grupal como fator determinante para a comunicação entre coordenador e membros; A diversidade de canais de comunicação veiculadores de mensagens nos grupos socioeducativos; A dinamicidade dos conteúdos discutidos nos grupos socioeducativos; A comunicação verbal do coordenador segundo os pressupostos de Forrest; "Eu quis saber o que a pessoa está me mostrando": a leitura do grupo a partir da comunicação não verbal; O grupo enquanto espaço de escuta; Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores na interação entre coordenador e grupo. A análise desses núcleos temáticos revelou que, apesar do grande incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, a prática discursiva dos coordenadores é prescritiva e comportamentalista, pouco sintonizada com o arcabouço filosófico-conceitual da promoção da saúde. Nesse sentido, houve predomínio da subcategoria dando informação que aparece associada às orientações dos profissionais de saúde sobre a adoção de comportamentos para prevenção de doenças, fundamentada na transmissão de conhecimentos de forma verticalizada. É necessário que se desenvolvam vários processos de escuta do grupo, levando-se em conta sua dimensão sociocultural para revelar questões mais profundas do que supõem as práticas discursivas de coordenadores que ainda alicerçam suas ações em políticas públicas verticais de saúde. Percebe-se que a comunicação, no contexto grupal, deve valer-se de uma abordagem que valoriza a expressão do participante, não estritamente da saúde em sua dimensão física, mas da vida de cada um, que pode ser melhor explorada por subcategorias que permitem, aos membros do grupo, verbalizarem suas percepções, como é o caso das subcategorias reconhecendo os sentimentos e verbalizando pensamentos subentendidos. Acredita-se que este estudo possa subsidiar o planejamento de oficinas junto às equipes de Saúde da Família, na busca de diferentes formas e meios de comunicação para efetivar a ação educativa dialógica e os espaços de interação nos grupos voltados para a construção de novas formas de consciência crítica em relação aos interesses público e coletivo.

Palavras-chave: Comunicação. Estrutura de grupo. Programa Saúde da Família. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SILVA, L. B. **Communication in the coordination practices of socio-educational groups in Family Health Strategy.** 2010. 196 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

The objective of this study is to reveal the content and form of communication of the coordinator of socio-educational groups in the Family Health Strategy. This is a qualitative, descriptive, exploratory research, developed with twenty-five coordinators of socio-educational groups that assist the elderly population, distributed in eight basic health units of two Sanitary Districts of Belo Horizonte, Brazil. The data collection was done from March to July 2009, and consisted of non-participant observation and in-depth semi-open interview. To interpret the data the Content Analysis of Bardin and the Theoretical Model of Forrest were used. The information was organized in seven thematic numbers: Group atmosphere as a determinant factor to the communication between coordinator and members; The diversity of communication channels backers of messages in the socio-educational groups; The content dynamicity discussed in the socio-educational groups; The verbal communication of the coordinator according to Forrest; "I wanted to know what the person was showing me": the reading of the group based on non-verbal communication; The group as a listening space; Communicational aspects hindering and facilitating in the interaction between coordinator and group. The analysis of these thematic groups showed that, despite the encouragement towards the adoption of healthy lifestyles, the discursive practice of the coordinators is prescriptive and behaviorist, out of tune with the philosophical and conceptual framework of health promotion. Accordingly, there was a predominance of subcategory giving information that is associated with the guidelines of health professionals on the adoption of behaviors for disease prevention, based on knowledge transfer so vertical. It is necessary to develop many listening processes in the group, taking into account its socio-cultural dimension, to reveal deeper issues than assume the discursive practices of coordinators who have founded their vertical public health policy actions. It is possible to perceive that the communication, in the group context, it should draw on an approach that values the expression of the participant, regarding not only health in its physical dimension, but also the life of each individual, which can best be exploited by subcategories that allow members of the group to verbalize their perceptions, as is the case for subcategories like recognizing the feelings and verbalizing thoughts implied. It is believed that this study can base the planning of workshops with the Family Health teams, in search of different forms and media to accomplish the dialogic action and the interaction spaces for groups focused on building new forms of critical awareness in relation to public and collective interests.

Key-words: Communication. Group Structure. Family Health Program. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Elementos da comunicação.....	31
Figura 2	- Representação gráfica do modelo informacional.....	37
Figura 3	- Distrito Sanitário Barreiro de Belo Horizonte/Minas Gerais.....	54
Figura 4	- Áreas de risco do Distrito Sanitário Barreiro de Belo Horizonte/Minas Gerais.....	55
Figura 5	- Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/Minas Gerais.....	56
Figura 6	- Áreas de risco do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/Minas Gerais.....	57
Figura 7	- Equipes de Saúde da Família que trabalham com grupos socioeducativos na assistência à pessoa idosa. Distritos Sanitários Norte e Barreiro. Belo Horizonte, 2008.....	61
Figura 8	- Esquema ilustrativo do cartaz de divulgação do grupo ofertado pela UBS "3".....	89
Figura 9	- Canais de comunicação utilizados nos grupos socioeducativos. Belo Horizonte, 2010.....	94
Figura 10	- Dinamicidade nas temáticas abordadas nos grupos socioeducativos. Belo Horizonte, 2010.....	104
Figura 11	- Estratégias do coordenador de grupo para romper a barreira do silêncio. Belo Horizonte, 2010.....	136
Figura 12	- Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores em grupos socioeducativos. Belo Horizonte, 2010.....	142
Quadro 1	- Categorias facilitadora e bloqueadora descritas por Forrest (1983), adaptadas para o trabalho com grupos, a ser testada.....	45
Quadro 2	- Distribuição dos grupos nos dias da semana.....	62
Quadro 3	- Categorias facilitadora e bloqueadora nos grupos observados.....	70
Quadro 4	- Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa segundo categoria e equipe pertencente.....	77
Quadro 5	- Perfil dos coordenadores de grupos na Estratégia de Saúde da Família.....	79

LISTA DE TABELAS

1	- Perfil dos integrantes dos grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.....	74
2	- Frequência de categorias facilitadora e bloqueadora emitidas pelos coordenadores de grupos na Estratégia de Saúde da Família.....	120

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	-	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AS	-	Assistente Social
CERSAM	-	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAT	-	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
COMPÓS	-	Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação
CRIA	-	Centro de Referência à Infância e Adolescência
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVD	-	Disco Digital Versátil
ENF	-	Enfermeiro(a)
ENM	-	Enfermagem Nível Médio
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
F	-	Feminino
FHEMIG	-	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
M	-	Masculino
MD	-	Médico(a)
NM	-	Notas Metodológicas
NO	-	Notas de Observação
NP	-	Notas Pessoais
NT	-	Notas Teóricas
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SIS	-	Sistema de Informação de Saúde
SMSA/BH	-	Secretaria Municipal de Saúde/Belo Horizonte
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contextualização do problema.....	15
1.2	Objetivo.....	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1	Aproximação teórica sobre o trabalho com grupos.....	23
2.2	Aproximação teórica sobre comunicação.....	27
2.2.1	Conceito de comunicação.....	27
2.2.2	Elementos da comunicação.....	30
2.2.3	Tipos de comunicação.....	33
2.2.4	Modelos de comunicação.....	36
2.2.4.1	Modelo informacional.....	36
2.2.4.2	Comunicação dialógica.....	40
2.2.4.3	Comunicação em dois fluxos.....	42
2.2.4.4	Teoria das mediações.....	43
2.3	Comportamentos verbais facilitadores e bloqueadores da comunicação segundo o Modelo de Forrest.....	44
2.4	A comunicação na prática do coordenador de grupos.....	47
3	TRAÇANDO O CAMINHO METODOLÓGICO	51
3.1	Tipo de estudo.....	52
3.2	Campo de estudo.....	53
3.3	Trabalho de campo.....	58
3.3.1	Análise documental.....	59
3.3.2	Inserção do pesquisador no campo.....	59
3.3.2.1	Critérios de seleção dos informantes da pesquisa.....	63
3.3.3	Observação não participante.....	64
3.3.4	Entrevista em profundidade semiaberta.....	65
3.4	Instrumentos de coleta de dados.....	67
3.5	Análise e discussão dos dados.....	68
3.6	Aspectos ético-legais do estudo.....	71

4	UM OLHAR PARA OS GRUPOS E OS INFORMANTES DO ESTUDO.....	72
4.1	Caracterização dos grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.....	73
4.2	Perfil dos coordenadores de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.....	76
5	DESVELANDO O CONTEÚDO E A FORMA DA COMUNICAÇÃO DO COORDENADOR DE GRUPOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	80
5.1	Atmosfera grupal como fator determinante para a comunicação entre coordenador e membros.....	81
5.2	A diversidade de canais de comunicação veiculadores de mensagens nos grupos socioeducativos.....	86
5.2.1	A música como canal facilitador de comunicação e interação do coordenador junto ao grupo.....	95
5.3	A dinamicidade dos conteúdos discutidos nos grupos socioeducativos.....	103
5.3.1	Comunicação sazonal nos grupos para prevenção e controle de doenças infectoparasitárias.....	114
5.4	A comunicação verbal do coordenador segundo os pressupostos de Forrest.....	119
5.5	“Eu quis saber o que a pessoa está me mostrando”: a leitura do grupo a partir da comunicação não verbal.....	129
5.5.1	“A gente quer ouvir a sua voz”: o coordenador frente ao silêncio do grupo.....	134
5.6	O grupo enquanto espaço de escuta.....	137
5.7	Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores na interação entre coordenador e grupo.....	141
6	ÚLTIMAS REFLEXÕES.....	154
	REFERÊNCIAS.....	161
	APÊNDICES.....	179
	ANEXOS.....	187



Introdução

1.1 Contextualização do problema

"Seria imoral fugir às incertezas dos riscos que envolvem a vida humana.

São as incertezas e as ameaças que constituem a essência da liberdade".

Kierkegaard, Soren

No decorrer de minha graduação em Enfermagem¹, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, tive a oportunidade de vivenciar diversas experiências no campo da Atenção Primária à Saúde, principalmente aquelas relacionadas às atividades com grupos socioeducativos ofertadas pelas equipes de Saúde da Família.

Inicialmente, no quarto semestre, durante as disciplinas Saúde Coletiva I e II, fui incentivada a desenvolver práticas educativas na modalidade grupal, com enfoque na promoção da saúde. Esse primeiro momento revelou minhas habilidades em desenvolver trabalhos com grupos a partir do delineamento de estratégias não convencionais. Busquei, assim, modalidades de ensino-aprendizagem criativas e integradoras, que intensificassem as diversas trocas de saberes, favorecendo o conhecimento e a construção de novas relações entre as pessoas e o ambiente.

No oitavo semestre, durante o Estágio Curricular I, tive a oportunidade de exercitar habilidades no campo da coordenação de grupos, junto a crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos, com o objetivo de estimulá-los para o autocuidado. Essas atividades eram vistas na comunidade como diferenciadas das habituais. Apesar de ser uma prática desprovida de qualquer base teórica sobre grupos, ocorria sem maiores dificuldades. Além disso, a realidade que se

¹ Por constituir uma experiência particular da pesquisadora, este capítulo foi redigido na primeira pessoa do singular. Os demais capítulos seguem na primeira pessoa do plural.

descortinava parecia reveladora de algo novo nesses espaços, algo que chamava a atenção do público e que deveria ser desvelado.

Em 2006, com o Curso de Graduação em Enfermagem já concluído, ingressei, como membro efetivo, no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da mesma Escola e fui convidada a participar da pesquisa “Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural”, de autoria de Fernandes (2007), na condição de colaboradora voluntária. Durante quatro meses, acompanhei, na qualidade de observadora silente, grupos constituídos por pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, e, posteriormente, auxiliiei na etapa de análise e discussão dos dados.

Esse momento foi determinante em meu processo de aprendizado na medida em que me oportunizou conhecer e, a partir de então, intensificar, de forma crítica e reflexiva, a leitura teórica sobre trabalho com grupos. Recém-formada e sem experiência profissional, pude manter contato contínuo com profissionais que já atuavam como coordenadores de grupos na Estratégia de Saúde da Família.

A partir dessa maior aproximação com o campo prático, constatei que o manejo do grupo não era fácil para os coordenadores. Eram frequentes os relatos sobre a necessidade de se apropriarem de um conjunto de habilidades técnicas e de conhecimentos científicos que lhes permitissem fazer uma leitura aprofundada do processo grupal, o que inclui necessariamente o entendimento de aspectos das relações interpessoais.

A possibilidade de expor os demais membros a consequências danosas, com desencadeamento de fenômenos grupais como aversão, conflitos desnecessários e perda do interesse e motivação para o cuidado era, portanto, uma realidade que emergia nesses grupos, sendo corroborado por outros estudos (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2008; MUNARI; RODRIGUES, 1997; SILVA *et al.*, 2003).

Ademais, apesar de todos os entraves vivenciados pelos coordenadores, percebi que esse tipo de atividade vem acontecendo e forçosamente é desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família. Para ilustrar essa situação, em Belo Horizonte, no ano de 2009, foram realizados 5111 e 3835 atendimentos da população na modalidade de grupo, nos Distritos Sanitários Barreiro e Norte, respectivamente, por

assistentes sociais, enfermeiros, profissionais de enfermagem de nível médio, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, com diferentes formações, capacitados ou não para coordenação dos grupos (BELO HORIZONTE, 2009a).

O dado acima indica que o trabalho com grupos é expressivo na produtividade das equipes de Saúde da Família, pois trata-se de cumprir uma exigência referendada, tanto pelas diretrizes políticas quanto pelos Manuais que normatizam a organização das atividades a serem desenvolvidas na rede de atenção básica no país.

A esse respeito, cito a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que, ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, estabelece, como características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, o “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” e o “desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2006a, p. 7).

A Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza a adoção de hábitos saudáveis e normatiza outras atividades a serem cumpridas, conforme especifica o trecho abaixo:

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável (BRASIL, 2006b, p. 5).

Essas são algumas das diretrizes das políticas públicas que reforçam a importância das ações educativas como parte do tratamento de doenças e manutenção de um estado ótimo de saúde das pessoas. Apesar de não explicitado, observo que muitas ações contidas nessas diretrizes são atualmente viabilizadas pelo trabalho com grupos.

Desde então, interessei-me ainda mais pela temática, o que estimulou meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, no intuito de aprofundar os estudos sobre o assunto.

No decorrer desse curso, tive contato com duas disciplinas "Metodologia do Trabalho com Grupos" e "Promoção da Saúde" que, não apenas somaram conhecimentos teóricos sobre os fenômenos grupais, mas também favoreceram a discussão com profissionais de outras áreas, ampliando meu olhar para vários aspectos relativos a essa prática.

Vivenciei, ainda, outras situações grupais, ao acompanhar estágio docente com acadêmicos de graduação em Enfermagem do sétimo período que cursavam a disciplina Saúde do Adulto e Idoso. Auxiliei-os no planejamento e na realização de grupos com pessoas que possuíam diabetes, em sua maioria idosos, assistidos em nível ambulatorial de um hospital público de Belo Horizonte, aumentando o escopo de minhas reflexões sobre essa modalidade de trabalho.

No conjunto de minhas experiências, despertou-me o interesse a comunicação do coordenador de grupos. Na prática, observei que o coordenador, quando lida com os processos decorrentes do acontecer grupal, pode mobilizar os participantes para manifestação de ansiedades, conflitos, e, até mesmo, conduzir os membros para situações que levam à depressão. A comunicação é, portanto, considerada como um vetor de avaliação da dinâmica grupal (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998), pois a forma como o coordenador pontua, questiona, assinala e interpreta os fenômenos grupais parece contribuir para o maior ou menor envolvimento dos participantes com a tarefa.

Entretanto, apesar de a comunicação ser vista como um aspecto que possibilita detectar e visualizar as perturbações nos vínculos entre as pessoas (OSÓRIO, 1986; PICHÓN-RIVIÈRE, 1998), nem sempre o coordenador tem habilidades na comunicação, seja para transmitir suas mensagens com clareza e objetividade, ou para motivar e energizar o grupo, propiciando abertura do diálogo entre os participantes.

Passei então a fazer leituras sobre o assunto que contribuíram para o aprimoramento do manejo de grupos, incitando novas inquietações a respeito dos processos comunicacionais que se colocam a essa prática.

Algumas dessas leituras apontaram a comunicação como ferramenta indispensável ao coordenador que deve não apenas compreendê-la no âmbito grupal, como também vislumbrá-la para além do que é dito ou explicitado verbalmente (CARTWRIGHT; ZANDER, 1975; MAILHIOT, 1981; PICHÓN-RIVIÈRE, 1998). Dessa forma, o coordenador poderá fazer uma leitura apurada do processo grupal, diferenciando inclusive necessidades e temores próprios daqueles que pertencem ao grupo (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Apesar da importância da comunicação como um indicador que permite o desenvolvimento da dinâmica grupal, ainda são poucos os estudos sobre a temática. Para exemplificar, em uma análise de pesquisa em comunicação segundo a abrangência da relação estabelecida entre os interlocutores, verificou-se que, do total de 754 teses e dissertações da área de comunicação, apenas 2,65% dedicaram-se à comunicação grupal e 1,49%, à comunicação interpessoal, com predomínio de pesquisas sobre comunicação de massa (60,78%) seguida de comunicação institucional (22,31%) e comunitária (12,77%) (ARAÚJO, 2007).

Na área de Enfermagem, estudo realizado por Bachion, Carvalho e Stuchi (1998), ao analisarem 154 trabalhos de temas livres apresentados nos quatro eventos do Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem (1988, 1990, 1992, 1994), constataram predomínio do âmbito interpessoal (48,1%), seguido pelo grupal (17,5%), intrapessoal (16,2%), de massa (9,7%) e organizacional (8,4%).

No Brasil, alguns grupos de estudo estruturam-se em torno de questões relacionadas à comunicação e saúde; entre eles, destaco o Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Grupo de Trabalho da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação (COMPÓS). Ambos propõem o desenvolvimento de referenciais teóricos que podem ser aplicados em situações de grupos.

Essa mobilização para ampliar estudos acerca da comunicação pode ser explicada até mesmo porque, frente ao modelo assistencial vigente, existe a necessidade simultânea de novos enfoques conceituais e novos desenhos práticos para as políticas públicas de saúde, o mesmo acontecendo quando a saúde interage com a comunicação em termos de demandas práticas e conceituais (SANTOS, 2008).

Nesse sentido e apesar da comunicação não ter sido objeto da pesquisa, menciono novamente o estudo de Fernandes (2007), para destacar o fato de que, em termos de grupo, mudanças no conteúdo e na forma de se comunicar acontecem de forma lenta e gradativa. Esse estudo forneceu subsídios que me fizeram acreditar que há coordenadores que buscam se aproximar de pressupostos do atual modelo de assistência em saúde, a partir de novas formas de se comunicar, de modo a permitir uma estreita relação com o outro, com base em uma prática humanizada e que representem o fruto de uma ação mais dialogada. Isso é o que considero fundamental para se avançar rumo aos novos e mais complexos modelos explicativos no campo do trabalho com grupos. E sem esquecer a necessidade do crescente aperfeiçoamento de novos enfoques de comunicação em saúde que merecem ser melhor explorados.

Desse modo, optei por delinear este estudo cujo objeto de pesquisa compreende a comunicação do coordenador na prática do trabalho com grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.

Sendo as atividades com grupos expressivas na produtividade das equipes de Saúde da Família, optei por limitar este estudo aos grupos socioeducativos que agregam idosos em sua maioria, visto o grande contingente de pessoas idosas que apresentam problemas de saúde crônicos e que demandam crescente expansão da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde.

Ressalto, entretanto, que alguns desses grupos enfatizam, num primeiro momento, o manejo adequado de doenças, destacando-se aqui os denominados grupos de hipertensos e diabéticos, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verdadeiro.

Vale lembrar que o envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. Aliás, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar independentemente o seu dia a dia (BRASIL, 2000), o que exige novas formas de cuidar, e, portanto, de se comunicar, para promover um envelhecimento ativo e saudável.

Nesse sentido, busco, com este estudo, contribuir para responder às seguintes questões: de que maneira os coordenadores se comunicam nos grupos socioeducativos no contexto da Estratégia de Saúde da Família? Qual o conteúdo

veiculado na mensagem? Quais as aproximações e os distanciamentos na comunicação entre os coordenadores e os participantes que interferem no alcance dos objetivos do grupo?

Justifico a realização deste estudo, considerando que, até o momento, pesquisas sobre grupos restringem-se a aspectos técnicos e não processuais (CÂMARA; DAMÁSIO; MUNARI, 1999; FERNANDES *et al.*, 2009; SILVA; FERNANDES; SOARES, 2008; SILVA; SANTOS, 2004; TORRES; MONTEIRO, 2006; VICTOR *et al.*, 2007). Além disso, a compreensão do processo grupal, a partir do vetor comunicação, é ainda pouco explorada na literatura científica, havendo a necessidade de apreendê-la criticamente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

1.2 Objetivo

Desvelar o conteúdo e a forma da comunicação do coordenador de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família.



2.1 Aproximação teórica sobre o trabalho com grupos



"As palavras que usamos não somente revelam nosso pensar, como também projetam o curso do nosso fazer".

Maturana, Humberto

O conceito de grupo é amplo e impreciso, apresentando diversas aplicações, como os grupos de autoajuda, ensino-aprendizagem, terapêutico, institucional e comunitário (CIAMPONE, 1998). Caracteriza-se não pelo número de indivíduos que o compõem, mas sim pelo conjunto de pessoas que interagem entre si e que se movem em torno de um objetivo comum. Possui identidade, leis e mecanismos próprios e específicos, com cada indivíduo influenciando o grupo a que pertence, assim como recebendo mutuamente a influência do mesmo (OSÓRIO, 1986).

Pichón-Rivière introduz o conceito de grupo operativo que se caracteriza como instrumento de trabalho, método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica, pois está centrado de forma explícita em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, entre outros. Esse autor define grupo como um conjunto limitado de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se, de maneira explícita ou implícita, à realização de uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998).

Para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o trabalho com grupos é definido como aquele que conta com, pelo menos, dez participantes e tenha duração mínima de 30 minutos para a realização de ações de educação em saúde. Pode ser coordenado tanto por profissionais de nível superior como por aqueles de nível médio (BELO HORIZONTE, 2007a).

Frente à imprecisão do termo e à multiplicidade de concepções (MUNARI; FUREGATO, 2003), optamos, neste estudo, por designar os grupos como socioeducativos na medida em que têm por finalidade promover a real participação das pessoas no intuito de que assumam gradativamente seu papel de atores na melhoria de suas condições de vida. Pressupõe, dessa forma, uma ação intencional do coordenador sobre o grupo com o objetivo de gerar mudanças e melhorias sociais. Para isso, o coordenador precisa incorporar princípios flexíveis capazes de contemplar as particularidades pessoais, culturais e sociais, visando os processos de desenvolvimento, autonomia, socialização e humanização (ÚCAR, 1993).

Munari e Zago (1997, p. 362) afirmam que o grupo permite ao homem

desenvolver habilidades nas suas relações pessoais, realizar tarefas, aprender e mudar seu comportamento, divertir-se, oferecer e receber ajuda. No interior dos grupos, é comum o desenvolvimento de um clima de solidariedade, companheirismo, trocas de experiência comuns. Esse movimento próprio pode oferecer aos seus membros, uma situação de conforto e segurança, o que facilita a unidade do grupo.

Zimerman e Osório (1997) também contribuem para o entendimento desse conceito e explicam que a essência dos fenômenos grupais é a mesma em quaisquer grupos. O que os diferencia é a finalidade para a qual foram constituídos. Ao serem criados e compostos, devemos estar atentos para alguns aspectos referentes a seu planejamento, como, por exemplo, sua finalidade, o público alvo a que se destina, seu funcionamento, sua coordenação, sua infraestrutura e a comunicação estabelecida entre seus membros.

Na área da saúde, observamos frequente organização de grupos como modalidade de assistência à população, os quais possuem como um dos critérios organizadores, diferentes patologias, tais como, diabetes, hipertensão e obesidade, ou o ciclo de vida (grupos de adolescentes, de gestantes, de idosos e outros) como estratégia de prevenção de doenças e de promoção de saúde (MUNARI *et al.*, 2008).

Vários são os autores que, ao refletirem sobre os benefícios dessa modalidade de trabalho, afirmam que, por meio do grupo, conseguimos avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde. Permite também a produção coletiva de conhecimento e a reflexão sobre a realidade

vivenciada por seus membros, sendo este um importante aspecto para o desenvolvimento de processos reflexivos que apontem estratégias de enfrentamento dos desafios que não raro fazem parte de suas situações de vida. Para tanto, é fundamental que o coordenador atualize sua competência técnica e, especialmente, sua habilidade de interação com o outro, de modo que esteja aberto para a construção conjunta de um novo conhecimento, o qual irá orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro (SILVA *et al.*, 2003; SOUZA *et al.*, 2005).

Cabe esclarecermos que a interação é entendida, neste estudo, como processo recíproco cujos indivíduos são confrontados com a tarefa de estabelecer ações pessoais, pela interpretação e definição das ações dos outros (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ademais, ao interagirmos no grupo, estabelecemos um equilíbrio estável entre as exigências da tarefa e as necessidades de solidariedade. Nesse sentido, o grupo é visto como um espaço de cuidado nos serviços de saúde, de modo a facilitar a expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam na saúde das pessoas e do grupo. Juntos podemos perceber o potencial do grupo para organizar e concretizar ações de mudança (FERNANDES, 2007; MAILHIOT, 1981; SOUZA *et al.*, 2005).

Dessa forma, o trabalho com grupos favorece ações de educação em saúde, de modo a desempenhar um importante papel social para a promoção de um viver mais saudável da população.

Particularmente, os grupos que agregam idosos destacam-se nos serviços de saúde como espaços promotores de autonomia, de integração e de participação dessas pessoas na sociedade, provendo acesso dos mesmos aos serviços e às atividades voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Não podemos esquecer, entretanto, que ainda coexiste nesses espaços a cultura comunicacional respaldada em teorias reducionistas cuja patologia é vista como fato isolado e simplesmente a partir de elementos biológicos, mantendo, muitas vezes, o idoso na situação de "sujeito-de-doença" (FARIA, 1995; HERZOG, 1991; PITTA, 1995).

A esse respeito, alguns autores alertam-nos para o fato de que a maior expectativa de vida da população "vai além do estar vivo, é o viver com qualidade,

isto é: querer viver, gostar de viver e poder viver com dignidade” (BIELEMANN; SILVA; RADTKE, 1999, p. 50).

Com esse entendimento, cabe ao coordenador potencializar abordagens dinâmicas em que os sujeitos possam se encontrar, atuando conjuntamente, fluindo expectativas numa interação entre falas e escutas. São necessários momentos de cumplicidade nos quais há uma corresponsabilização em torno do assunto a ser discutido, momentos de confiabilidade que produzem vínculos e aceitação (TEIXEIRA, 2007).

Mediante essas considerações, destacamos o papel fundamental de se promover a socialização durante o trabalho com grupos o que, por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa, a depender de sua situação familiar e comunitária, além de sua maior aceitação na sociedade (BRASIL, 2006c). Até mesmo porque a convivência em grupo pode contribuir tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais. Nessa faixa etária, o sentimento de pertencer a um grupo é valioso, dadas as tendências ao afrouxamento dos vínculos sociais e o surgimento da solidão, tão frequentes em decorrência da aposentadoria, independência dos filhos, viuvez, perdas afetivas, dentre outros. O grupo favorece trocas afetivas e processos motivacionais para buscar novas atividades e realizar velhos projetos (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002; LÓPEZ; CIANCIARULLO, 1999; PENNA; SANTO, 2006).

Na concepção de algumas autoras, esses grupos, ao possibilitarem o partilhar coletivo da experiência de vida e de doença, permitem estabelecer vínculo que fortalece seus membros no enfrentamento da doença crônica, que poderá influenciar na melhor qualidade de vida e na melhor apropriação da rede de apoio existente, para desenvolver suas atividades da vida diária com menor desgaste de energia. Contribuem, assim, para a otimização do trabalho com a redução de consultas individuais, participação ativa das pessoas no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o cliente (MUNARI *et al.*, 2008; SOARES; FERRAZ, 2007). Possibilitam, conseqüentemente, melhor controle da morbidade e até redução das complicações (TORRES, 2004).

Apesar disso, não podemos esquecer a necessidade de se abordar no grupo, não apenas os aspectos biológicos que envolvem o processo de envelhecimento, mas

também os aspectos sociais, culturais e econômicos, para romper com os estereótipos e preconceitos que ainda isolam e excluem essa parcela da população na sociedade.

2.2 Aproximação teórica sobre comunicação

2.2.1 Conceito de comunicação

Etimologicamente, a palavra comunicação deriva do latim *communicare*, e significa “ter algo em comum, repartir, compartilhar”, que posteriormente deu origem a “estar em contato ou relação com alguém” (OSÓRIO, 2007, p. 94).

Na literatura, as definições encontradas sobre esse termo indicam diversos significados, tornando-se terreno de confluência de estudos teóricos e empíricos com pressupostos filosóficos e epistemológicos muito diferentes entre si, como a cibernética, a semiótica, a linguística, a sociologia, a psicologia, a pedagogia, entre outros (MALDONATO, 2004). Mediante essa natureza interdisciplinar da comunicação, o domínio de seu campo, tão abrangente, torna ainda mais complexa a tarefa de identificar e analisar suas concepções e tendências (DONATO, 2000).

No campo da cibernética, Shannon e Weaver concebem a comunicação como uma transmissão linear de sinais. O sentido de informação, definido enquanto símbolo matemático veiculado por meio de canais, consagrou uma assimilação do conceito de comunicação à informação, entendida como inclusiva num modelo universal de ação-reação (MALDONATO, 2004; NASCIMENTO, 2004).

Na psicologia, autores como Berlo (2003) definem a comunicação como sendo um processo pessoal na medida em que não é algo estático, mas dinâmico. Seus componentes interagem, cada um deles influenciando nos demais. Ao transmitir ou receber alguma mensagem, o indivíduo procede de acordo com suas características pessoais, selecionando a mensagem, interpretando-a, modificando-a segundo sua subjetividade. A percepção é o elemento essencial para a comunicação, sendo, portanto, influenciada pelas próprias experiências vividas, pelos valores adotados, pelas emoções, pelas atitudes, pelos interesses, pela motivação, entre outros. Dessa

forma, comunicar não significa simplesmente informar. Envolve compreensão da mensagem e persuasão.

Não se pode entender o significado da mensagem fora do contexto cultural em que é mantida. Nesse sentido, o fator sociológico é outra variável fundamental que influencia a comunicação. É a cultura que dá o sentido das palavras, dos sinais e dos gestos. Riley e Riley (1978) definem a comunicação como um fenômeno social que acontece entre pessoas que, por sua vez, são membros de estruturas sociais amplas ligadas com os grupos primários interligados ao sistema social global.

A semiótica compreende a comunicação como construtora de sentido, criadora de significados e constitutiva de mensagens a transmitir. Segundo Santaella (1992), a comunicação apenas existe quando algo é transmitido de um lugar a outro, envolvendo signos/códigos, ou seja, alguma espécie de corporização da informação (mensagem). Essas construções significantes transmitidas ou tornadas acessíveis a outros, não são mais que a prática das relações sociais e o processo pelo qual somos afetados pelos comportamentos do próximo.

No campo da pedagogia, Freire (1971) compreende a comunicação como sendo uma coparticipação dos sujeitos no ato de pensar, o que exige reciprocidade que não pode ser rompida. O que caracteriza a comunicação, enquanto este comunicar comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo. A educação é, portanto, comunicação, diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.

Para o linguista russo Bakhtin (2004), a comunicação se realiza a partir de uma interação que projeta os interlocutores conjuntamente no discurso, o qual é impregnado de palavras do outro, que naturalmente são alteradas em seu sentido pelos efeitos de nossa compreensão e avaliação. Reconhece, assim, a presença marcante dos interlocutores do discurso no interior da própria enunciação, como a sua capacidade de produção de novos sentidos para os discursos proferidos.

Segundo Bordenave (2003), a comunicação é relacional, pois possibilita às pessoas compartilharem e trocarem ideias, sentimentos e valores, caracterizando-se em um processo contínuo de interpretação da realidade. Assim, a comunicação é um processo histórico, social e culturalmente construído, de modo que passado,

presente e futuro se inter-relacionam e produzem os modos de pensar e viver das sociedades.

Para Rimal e Lapinski (2009), a comunicação é entendida como o cerne de quem somos enquanto seres humanos. É a nossa maneira de trocar informações, mas também significa nossa capacidade simbólica. Configura-se como importante papel instrumental à medida que permite aquisição de conhecimentos, bem como assume função ritualística que reflete os seres humanos como membros de uma comunidade social.

A esse respeito, é importante destacarmos que todo ato comunicativo se expressa por meio de movimentos complexos, em que a emissão, a transmissão e a recepção da mensagem entremeiam-se com determinadas dinâmicas dos contextos social, cultural e ambiental, mediados por códigos específicos: linguísticos, fotográficos, gráficos e outros (MALDONATO, 2004).

Pichón-Rivière (1995, 1998), ao refletir sobre o assunto, afirma que o homem é um ser de necessidades, o qual vive em grupo para satisfazê-las, inclusive a de comunicação, considerada um fator essencial para a satisfação dessas necessidades. Esse mesmo autor percebe ser toda comunicação bicorporal e tripessoal, ou seja, entre duas pessoas há sempre um conteúdo intrasubjetivo que se interpõe, conhecido como o terceiro das relações.

Takahashi e Pereira (1991) dizem que comunicação é como uma função vital, permitindo que os indivíduos e organizações se relacionem uns com os outros, bem como com o meio ambiente e com as próprias partes do seu próprio grupo, influenciando-se mutuamente e transformando fatos em informação.

Silva (2003) concebe a comunicação como um conjunto de disposições verbais e não verbais que se encarregam de transmitir e perceber o que uns querem comunicar aos outros durante uma relação.

Nesta multiplicidade de concepções, a comunicação configura-se em "uma necessidade humana básica, sem a qual a existência do ser humano seria impossível" (STEFANELLI, 1992, p. 1). Um processo de troca, sobre o qual os indivíduos expressam o que sentem e pensam, bem como recebem essas informações do outro (PEREIRA, 1999).

Apesar das diferenças conceituais, observamos um consenso entre os autores de que, explícita ou implicitamente, quando alguma pessoa se comunica, procura compartilhar pensamentos, ideias, atitudes, sentimentos com outro indivíduo. Assim, a comunicação pode ser definida como a troca simbólica de sentido partilhado cujos atos comunicativos têm ambos uma transmissão e um componente ritualístico.

2.2.2 Elementos da comunicação

Os principais elementos de qualquer ato comunicativo consistem em:

- a) emissor: designa a fonte da emissão da mensagem;
- b) receptor: refere-se ao destinatário que recebe a mensagem;
- c) mensagem: diz respeito ao conteúdo da comunicação. Corresponde ao conjunto de sinais perceptíveis que estimula o receptor e leva-lhe a informação;
- d) canal: permite a transmissão da informação do emissor ao receptor, é a via de circulação das mensagens. Na comunicação interpessoal, os canais incluem geralmente a visão, a audição e o tato, embora o olfato e o paladar devam ser considerados. O uso efetivo de nossos sentidos garante, portanto, a percepção acurada da mensagem;
- e) percepção: abrange processos mentais que, por meio de dados emocionais, intelectuais e sensoriais são organizados logicamente ou segundo seu significado. Para a pessoa comunicar adequadamente, necessita ser capaz de perceber o significado da mensagem em todos os aspectos: se é comum aos envolvidos no processo comunicativo, como e quando afeta as outras pessoas e como seus próprios sentimentos afetam a comunicação que está ocorrendo. É a percepção que dá significado a nossas interações com o outro e sofre influência de nossas crenças, valores, atitudes e expectativas, bem como por nossa linguagem e experiência;
- f) resposta: ao comunicar-se, o indivíduo recebe mensagens como reação à que emitiu, de modo que a resposta indicará se o significado da mensagem foi entendido. Ele deve compreender que envia novas mensagens e respostas mediante a reação do outro a todo o momento e

- que esse outro também o observa, percebe e atribui significados, confirmando a reciprocidade do processo comunicativo;
- g) ambiente: engloba tanto o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço. A noção de ruído inclui todos os fenômenos que deturpam a mensagem e tornam difícil seu entendimento, o que inclui interferência entre várias mensagens pela utilização do mesmo canal e degradações da mensagem entre o momento da emissão (codificação) e o momento da recepção (decodificação);
- h) campo interacional: possibilita o intercâmbio de mensagens, trocas, percepção e interpretação, o que permite às pessoas formar a imagem delas mesmas, do outro e do mundo à sua volta. Inseridos nesse campo interacional, em determinado contexto, as pessoas se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos, alterando ou mantendo seus significados num processo de influência mútua com os outros e o ambiente, o que lhes permite traçar metas e visualizar meios para atingi-las (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Uma representação gráfica simplificada do ato comunicativo, com destaque para seus elementos, pode ser representada da seguinte forma (FIG. 1):



FIGURA 1 - Elementos da comunicação
Fonte: STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p. 30.

Conforme demonstra a FIG. 1, para que a comunicação ocorra,

há sempre alguém (**emissor**) com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (**mensagem**) que precisa ser esclarecido, dito para outra pessoa. O emissor sente-se então, estimulado a iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo (**codificação**) e como enviá-lo (**canal**) a fim de tornar comum o conteúdo de sua informação ou [ideia] para outra pessoa (**receptor**). Este, por sua vez, reagirá à mensagem recebida apresentando sua reação (**resposta**). [...] O ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das [ideias]. [...] As pessoas encontram-se constantemente envolvidas num campo interacional (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p. 29-30, grifo das autoras).

Enfatizamos que, entre esses elementos da comunicação, existe um fluxo contínuo e circular de energia, vista a dinamicidade do processo comunicativo cujos elementos interagem e, continuamente, influenciam uns aos outros (STEFANELLI, 1992).

Para melhor compreendermos a questão abordada, é importante definirmos ainda os conceitos de signos, símbolos e sinais. Segundo Bordenave (2003), signos referem-se a estímulos que transmitem uma mensagem; algo que referencie outra coisa ou ideia, sendo convencionais e arbitrários. Símbolos consistem em signos que possuem apenas uma decodificação. Por sua vez, sinais são signos que apresentam mais de um significado.

Outros conceitos que merecem destaque referem-se às palavras sentido e significado que, na linguagem comum, são equivalentes, mas têm definições distintas na teoria da comunicação. Significado, embora tenha a propriedade de ser sempre cultural, designa aquilo que seria imanente às palavras e aos objetos. Não depende do contexto. Sentido, ao contrário, possui os atributos de pluralidade e dinamismo, de tal modo a designar algo em construção permanente: os sentidos são produzidos em situação, num ato comunicativo. Dessa forma, os significados integram as condições de produção dos sentidos, mas são os sentidos que movem a comunicação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A partir dessas considerações, observamos que nenhum ato comunicativo é possível na falta de qualquer um dos elementos descritos anteriormente. Além disso, salientamos que nossa habilidade em decodificar corretamente uma interação é diretamente proporcional à atenção dispensada a esses elementos (SILVA, 2003).

2.2.3 Tipos de comunicação

A comunicação é constituída por formas verbais e não verbais, utilizadas pelo emissor no intuito de compartilhar informações. Permeando essas formas, existe uma terceira chamada de paraverbal ou paralinguística, expressa, por exemplo, pela tonalidade de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, entre outros. Nesse sentido, há três formas de comunicação: a verbal ou linguística, a não verbal ou não linguística e a paraverbal ou paralinguística (STEFANELLI, 1992).

A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita e sofre influências culturais das pessoas, o que resulta em diferenças na apresentação e compreensão (SILVA, 2003). Depende, portanto, da linguagem, que é o recurso que a pessoa adota para expor suas ideias, compartilhar experiências com outras pessoas e validar o significado simbólico da percepção de determinado assunto (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O primeiro aspecto a ser considerado nesse tipo de comunicação é a clareza quanto àquilo que se deseja informar. Quando interagimos verbalmente com alguém, estamos, basicamente, tentando nos expressar (transmitir), clarificar um fato (entender um raciocínio, uma ideia, uma postura, um gesto, um comportamento) ou validar a compreensão de algo (SILVA, 2003).

A comunicação não verbal não se encontra associada às palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros (SILVA, 2003). Para alguns autores, esse tipo de comunicação tem como principal função informar acerca dos afetos do emissor: sua atitude emocional, motivacional e cognitiva é diretamente identificável por meio de todos os elementos não verbais que servem de base à comunicação na interação emissor-receptor. O gesto e a mímica acentuam e pontuam mil e uma maneiras o curso do enunciado linguístico. Desempenham, portanto, uma função de regulação (AMADO; GUITTET, 1978).

Outro aspecto importante sobre a comunicação não verbal e que merece destaque diz respeito à distância interpessoal estabelecida entre os interlocutores (linguagem proxêmica).

Segundo Silva (2003), essa distância representa o quanto nosso corpo aguenta a proximidade de alguém e é mantida conforme normas culturais,

obstáculos espaciais, relações entre os interlocutores e seu grau de afinidade e sociabilidade.

De acordo com Hall² (1986 apud SILVA, 2003), a distância interpessoal é classificada como:

- a) distância íntima: implica na distância do toque a 45 centímetros. Nessa distância, a presença do outro se impõe e é ocupada apenas por pessoas que nos são próximas. As prováveis defesas apresentadas pelos indivíduos que se encontram nessa distância, por falta de escolha, são imobilidade, olhos no infinito e músculos tensos;
- b) distância pessoal: consiste na distância de 45 a 125 centímetros. É a distância fixa que separa os membros das espécies, sem contato;
- c) distância social: de 125 a 360 centímetros. Nessa distância, ninguém toca ou espera ser tocado. Não fixar o olhar no interlocutor equivale a negá-lo e a interromper a conversa;
- d) distância pública: compreende a distância acima de 360 centímetros. Nessa distância, a pessoa pode adotar comportamento de fuga ou de defesa ao se sentir ameaçada. A voz adota um estilo formal e o contato visual torna-se opcional.

A linguagem cinésica refere-se à linguagem do corpo, o que inclui gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, expressões faciais, entre outros (SILVA, 2003). Segundo Stefanelli e Carvalho (2005), por meio desse tipo de linguagem, identificamos os sinais de empatia, pois estes não são só verbais.

Também existe a linguagem tacêsica que é tudo aquilo que envolve o tato. Inclui a pressão exercida, o local onde se toca, o espaço pessoal, as expectativas de relacionamento e a cultura, a idade e o sexo dos comunicadores (SILVA, 2003).

A comunicação paraverbal é essencialmente a comunicação sobre a comunicação, ou seja, traz indícios que informam sobre como compreender a mensagem emitida (CIANCIARRULLO, 1996). Ocorre quando se produz qualquer som

² HALL, E. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio d'Água, 1986.

pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Esses sons demonstram sentimentos, características de personalidade, atitudes, tipo de relacionamento interpessoal e autoconceito (DIMITRIUS; MAZZARELA, 2000).

Estudo realizado por Birdwhistell³ (1970 apud SILVA, 2003) estima que apenas 35% do significado social de uma conversa correspondem às palavras pronunciadas, os outros 65% correspondem aos canais de comunicação não verbal.

Outro estudo mostra que apenas 7% dos pensamentos ou intenções são transmitidos por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% pelos sinais do corpo (MEHRABIAN; WIENER, 1967), evidenciando que os sinais não verbais assumem posição de destaque no processo comunicacional, apesar de muitas vezes valorizarmos mais as palavras.

A partir do exposto, é importante compreender que o valor atribuído aos diferentes tipos de comunicação deve-se ao fato de os mesmos poderem se apresentar e atuar concomitantemente nas interações entre indivíduos, complementando-se ou contrapondo-se. Em determinadas situações socioculturais poderá ocorrer, inclusive, uma justaposição de um nível sobre o outro (MESQUITA, 1997). Dessa forma,

quando estabelecemos o processo de comunicação com o outro precisamos pensar que o ato de se comunicar não se inicia e se encerra na palavra e que esta palavra não é tudo no ato da comunicação. Quando duas ou mais pessoas conversam, ambos processam as palavras e as mensagens e constroem seus próprios sentidos para aquilo que foi conversado e (re)constroem seus conhecimentos e pensam sobre outras coisas e aí sucessivamente; logo, a comunicação imprime marcas nos sujeitos. Tanto a comunicação verbal como a [não verbal], pois a linguagem do corpo se expressa nos gestos, nas expressões e nas emoções (FERREIRA, 2006, p. 329).

Podemos afirmar, portanto, que, na interação, os códigos de comunicação são audíveis e também visíveis e sensíveis. Comunicamo-nos com a linguagem verbal, ou seja, com os sons emitidos pelo aparelho fonador e com o corpo todo, inclusive com os objetos e adornos utilizados (STEINBERG, 1988).

³ BIRDWHISTELL, R. L. **Kinesis and context**. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970.

Diante do exposto, vale destacarmos os princípios norteadores que direcionam uma prática comunicativa, ancorada em modelos comunicacionais. A seguir, consideramos alguns deles que têm importância para uma abordagem das diversas tendências da comunicação no âmbito do grupo.

2.2.4 Modelos de comunicação

A comunicação encontra-se presente em todas as áreas epistemológicas, o que explica a existência de modelos comunicacionais oriundos de diversas ciências. Cada um desses modelos enfatiza distintos momentos do processo comunicativo de modo a prover explicações sobre a comunicação humana.

Dada a complexidade do assunto, optamos por trabalhar os modelos comunicacionais apresentados didaticamente por Araújo e Cardoso (2007) que consistem em esquemas gerais, mas suficientes para divisarmos, em quatro grandes agrupamentos, as concepções mais difundidas sobre comunicação. Outros autores foram citados ao longo do texto com o objetivo de enriquecer as reflexões e dar sustentação ao trabalho.

Fundamentamos nossa escolha por consistirem em modelos que, em graus variados, fundamentam as práticas comunicativas estabelecidas nos grupos. Esses modelos são descritos a seguir.

2.2.4.1 Modelo informacional

O modelo informacional concebe a comunicação como uma transmissão de sinais (SAMPAIO, 2001). Foi apresentado, em 1948, por um físico e um matemático americanos, Shannon e Weaver, numa pesquisa para otimizar a transferência de informações telegráficas de um aparelho a outro. No intuito de aplicarem esse modelo à comunicação humana, esses estudiosos incluíram um campo representacional comum ao emissor e ao receptor, condição essencial para se decodificar a mensagem (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), conforme esquematizado abaixo (FIG. 2):

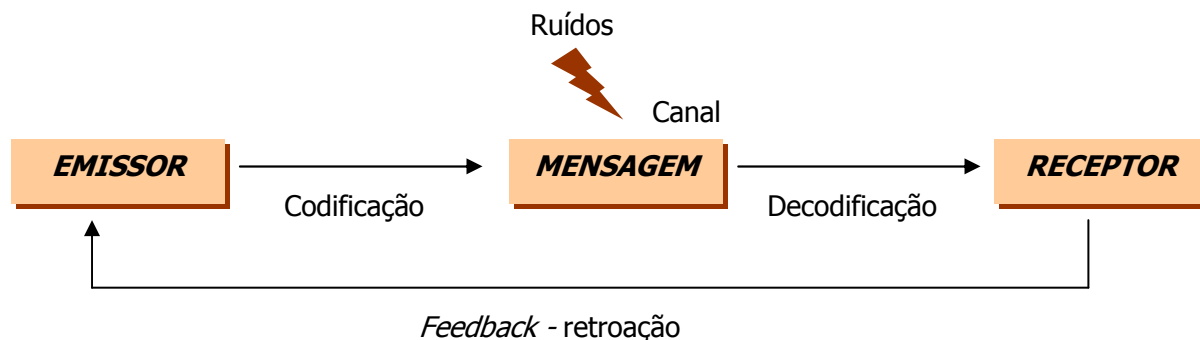


FIGURA 2 - Representação gráfica do modelo informacional
Fonte: AMADO; GUITTET, 1978, p. 12.

Observamos, na FIG. 2, que o principal objetivo do modelo representado é transferir informações de forma linear. Para tanto, é necessária a intervenção de, pelo menos, duas pessoas, uma que emita, outra que receba; algo precisa ser transmitido pelo emissor ao receptor; para que o emissor e o receptor se comuniquem é preciso dispor de um canal e a informação a transmitir deve ser “traduzida” num código conhecido, tanto pelo emissor, quanto pelo receptor. Se os repertórios dos códigos forem semelhantes e se as regras de decodificação forem iguais, haverá possibilidade de recepção da informação. Além disso, esse modelo enfatiza a eliminação dos ruídos para se ter uma boa comunicação (AMADO; GUITTET, 1978; ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Nessa perspectiva, o processo comunicacional é reduzido a uma questão de transporte, no qual as mensagens são consideradas meros sinais a serem identificados e decodificados por um receptor. A apropriação desse modelo, para se refletir sobre processos de comunicação social, depara com várias deficiências expressivas acerca da compreensão dos agentes comunicacionais, do conceito de informação e dos meios de comunicação, o que prejudica o entendimento da dinâmica das relações comunicativas (SAMPAIO, 2001). Suas características são descritas a seguir:

- a) linearidade: descreve a comunicação como um processo linear que cursa um caminho sem variantes. Consequentemente, contempla somente uma de suas dimensões, a tecnológica, quando na comunicação são mobilizadas ainda dimensões afetivas, cognitivas, políticas, econômicas e outras;

- b) unidirecionalidade: a comunicação possui apenas um sentido, indo de um polo (emissor) a outro (receptor), não ocorrendo o contrário. O *feedback* (retorno da mensagem), elemento introduzido posteriormente por outros autores, não muda essa característica em sua essência, pois não permite ao receptor mudar as regras da comunicação: ele somente dá uma resposta quanto à possibilidade e ao modo de apropriação da mensagem, permitindo ao emissor remanejar suas estratégias;
- c) bipolaridade: modelo concentrador, ou seja, fecha a comunicação entre os polos da relação, deixando de fora as demais vozes que compõem a cena comunicativa. Reserva aos emissores o direito de falar e aos receptores a atribuição de decodificar as mensagens recebidas, percebido como quem nada tem a dizer;
- d) apagamento dos ruídos: a garantia do sucesso da comunicação depende do apagamento de todas as interferências na cena comunicativa. Ao desconsiderar as desigualdades, as distintas realidades e interesses sociais, transforma qualquer discordância, resistência ou dificuldade em falta de informação ou ruído de comunicação;
- e) concepção de língua: conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável, passível de ser transferido. Essa característica dificulta a compreensão de que os significados não se encontram presentes nas palavras, mas são dinâmicos e se formam na relação comunicativa entre os interlocutores;
- f) concepção instrumental de linguagem: instrumento para a realização das intenções comunicativas do emissor, de modo que a comunicação instrumental corresponde a uma finalidade. A mensagem procura produzir um efeito no receptor. Há modulação, adaptação da mensagem em função desse efeito. Dessa forma, a busca do domínio da mensagem é fundamental (AMADO; GUITTET, 1978; ARAÚJO; CARDOSO, 2007; CARDOSO, 2006).

Pelo exposto, observamos que o modelo informacional centra-se nas qualidades lógicas da mensagem, ignorando as características fundamentais do

código humano - a linguagem. Além disso, esse modelo não considera a complexidade e a pluralidade dos interesses e concepções dos agentes comunicacionais, assim como negligencia a discussão sobre o contexto da comunicação e os processos, ambientes ou situações nos quais as pessoas atribuem sentidos às informações e aos acontecimentos (AMADO; GUITTET, 1978; CARDOSO, 2006; SAMPAIO, 2001).

Mediante a isso, é importante destacarmos que o modelo informacional foi introduzido no Brasil em um momento histórico em que se difundiam a modernização e o desenvolvimento, ou seja, no início da década de 1950. Acreditava-se, nessa época, que a pobreza era produto da desinformação, associando educação e adoção ou manutenção de atitudes adequadas ao progresso, em uma relação direta de causa e efeito para o desenvolvimento dos países. Esse pensamento encontrava eco nos modelos de saúde então vigentes na medida em que se preocupava em oferecer uma educação que eliminasse os hábitos da população considerados pouco saudáveis, delegando às pessoas a responsabilidade pela resolução dos problemas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Percebemos, assim, que o modelo discutido subsidia ainda muitas práticas atuais de profissionais de saúde que acreditam ser a prática comunicativa limitada à transferência de informações a uma população que nada sabe a respeito de sua saúde. Produz, portanto, uma prática sem escuta e sem diálogo, atribuindo o direito de voz e expressão somente ao emissor, de tal modo a silenciar a maioria (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A esse respeito, vale lembrarmos que parte considerável dos materiais educativos trata a população como carente e ignorante, reafirmando a diferenciação social, excluindo-a. Ao propor eliminar os ruídos, desconsidera a diversidade, as diferenças, as muitas vozes sociais presentes em qualquer situação vivida. Dessa forma, o modelo informacional dificulta entender a natureza em rede dos processos comunicacionais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

2.2.4.2 Comunicação dialógica

A comunicação, na perspectiva freireana, discute principalmente a eticidade do modelo informacional, ou, como nomeia o autor, modelo de extensão de saberes, ao equiparar os polos da relação comunicativa como detentores de saber e produtores de conhecimento (FREIRE, 1971).

As ideias propostas por esse educador tiveram destaque no final da década de 1960, ao criticar fervorosamente o modelo acima citado, operante nos programas de desenvolvimento rural na América Latina. Freire avaliou de forma crítica a atuação do agrônomo extensionista, incumbido de difundir técnicas agrícolas mais modernas entre os agricultores latino-americanos. Ao refletir sobre o assunto, denunciou a invasão cultural representada por esses programas e sugeriu a ação cultural dialógica que democratiza e permite ao homem responsabilizar-se por seu próprio destino e problematizar o mundo (FREIRE, 1971; TEIXEIRA, 1997).

Com base na proposta freireana, Bordenave e Carvalho (1987) afirmam ser a informação veiculada verticalmente domesticadora na medida em que desconsidera a participação, é manipulativa e geradora de depósitos de conteúdos. Consequentemente, restringe espaços para problematizações que encaminhem à reflexão crítica, sem haver, portanto, verdadeira comunicação entre opressores e oprimidos.

Para Freire, o ato comunicativo eficiente se dá somente quando os sujeitos tornam-se reciprocamente comunicantes, sendo percebido dentro de um mesmo quadro significativo ao outro sujeito: "se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação" (FREIRE, 1971, p. 68).

Outro aspecto importante sobre a comunicação dialógica refere-se à instância transformadora e crítica das ações educativas pautadas no diálogo. "A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa" (FREIRE, 2007, p. 104). Nessa perspectiva, Freire afirma que somente num método dialogal se pode fazê-la.

Ao refletir sobre o assunto, Figueiredo, J. (2005, p. 4) comenta que

a dialógica freireana não é só um encontro de dois sujeitos que buscam o significado das coisas, o saber, mas uma relação que se consolida na práxis social transformadora. Dialogar não é apenas trocar [ideias] por meio de palavras ocas. O diálogo que não encaminha para a transform-ação é mera verborragia. [...] A dialógica se dá numa estrutura dialética freireana, que se caracteriza por sua peculiaridade de associar, como igualmente importante, infra e superestrutura, subjetividade e objetividade, materialismo e espiritualismo, dimensão do capital e dimensão cultural.

Ademais, é importante lembrarmos que, na comunicação dialógica, inexistem um sujeito pensante sem a coparticipação do outro. O que há é o encontro de sujeitos interlocutores em busca de significados por meio de sua participação ativa na práxis social, o que contraria a mera transferência hierárquica de saber de um polo a outro (OLIVEIRA, 2001).

Apesar do dialogismo freireano ter avançado na análise política e epistemológica, conservou algumas características da matriz informacional, como a linearidade e a bipolaridade e a ideia da comunicação como compatibilização de códigos, não mais somente linguísticos, mas também culturais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Mediante as considerações feitas, enfatizamos a dificuldade de se concretizar o modelo dialógico, devido ao discurso hegemônico desenvolvimentista que ainda se mostra forte, subsidiando práticas atuais. Araújo e Cardoso (2007) comentam alguns déficits da comunicação dialógica como, por exemplo: ser orientada pela noção de interação, o que elimina o conflito da relação comunicativa, idealizando os polos, que se encontrariam em perfeita comunhão de interesses; exclui da relação outras vozes, relações de poder, enfim, as condições de produção daquela prática, promovendo o apagamento da polifonia social que será discutida mais adiante.

Não obstante, em que pesem as considerações feitas, acreditamos ser um desafio para os coordenadores de grupos manter práticas educativas pautadas na problematização de acordo com a realidade de cada situação e característica dos membros envolvidos.

2.2.4.3 Comunicação em dois fluxos

Diferentemente do modelo informacional, a comunicação em dois fluxos propõe a existência de instâncias intermediárias entre a fonte e o destino das mensagens, que repercutem sobre o modo como os receptores as decodificam, surgindo a figura do mediador na comunicação. Esse modelo reconhece os indivíduos enquanto seres pertencentes a grupos sociais, os quais possuem suas próprias dinâmicas. Prevê, portanto, que uma mensagem não tem o mesmo efeito se transmitida em contextos sociais diferentes (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), ou seja, as interações entre as pessoas, baseadas na influência, também determinam o resultado global dos efeitos provocados.

Apesar do avanço, esse modelo manteve-se no âmbito dos efeitos dos meios sobre os indivíduos. Além disso, a comunicação em dois fluxos compartilha algumas das características do modelo informacional como, por exemplo, a linearidade, a unidirecionalidade e a concepção de língua como conjunto de códigos transferíveis (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

[...] mais uma vez elementos relevantes [do modelo] permaneceram em segundo plano, sendo adotada apenas a figura dos mediadores. Assim, a definição da situação comunicativa, importante contribuição à compreensão dos processos de produção dos sentidos, que localiza a comunicação sob parâmetros sociais complexos, ficou esquecida, assim como o inventário das variáveis que comporiam os efeitos limitados da comunicação. Neste percurso, a matriz informacional exerce mais uma vez sua força hegemônica e os mediadores de toda espécie - monitores, multiplicadores, agentes de saúde etc. - foram apropriados como dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, um "tradutor" autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 54).

Embora haja esses contrapontos na apropriação do modelo em questão, atualmente, o mediador é um elo na rede de comunicação que permeia e move as ações de saúde. Ele pensa, sente, sabe, elabora estratégias, concentra ou compartilha poder, imprime seus próprios sentidos ao conteúdo que recebe para repassar (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

2.2.4.4 Teoria das mediações

A teoria das mediações considera a cultura, o cotidiano e as estratégias de apropriação da comunicação midiática e institucional.

Um importante conceito que se destaca nessa teoria é o de polifonia, proposto na década de 1920 por Mikhail Bakhtin. Para esse filósofo, cada fala, enunciado ou texto, refere-se a múltiplas vozes, a maioria delas sem que o locutor perceba. As vozes representam diversos interesses e posições na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder (BAKHTIN, 2004).

Esse mesmo autor nomeia o modo como as vozes são articuladas de dialogismo. Implica em diferenças de interesses e embates sociais, tal como ocorrem no plano da língua, compreendida como uma força motriz dos sentidos e das relações sociais e de poder, em contraste com o dialogismo freireano que significa acordos, interação.

Nesse sentido, de encontro ao modelo informacional, a linguagem não é mais vista somente em seu aspecto instrumental, servindo aos propósitos do emissor, mas como um espaço de lutas e negociações.

Bakhtin (2004) também critica o restrito conceito de mensagem, entendido como conjunto de signos com conteúdos estáveis, portanto, transferíveis. Esse estudioso introduz o conceito de discurso, enquanto conjunto de textos articulados numa prática, a prática discursiva. Ademais, a prática discursiva configura-se em

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou [linguística], as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2008, p. 133).

A partir das considerações feitas, ressaltamos que cada fala, enunciado ou discurso associa-se a uma rede de significações que integra suas condições de produção. O receptor é percebido como um interlocutor, um coprodutor de sentidos que se estabelecem no ato de interlocução (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No âmbito dos grupos, observamos a relevância dessa teoria para subsidiar a prática do coordenador que precisa compreender o grupo como espaço social,

formado por uma pluralidade de vozes. Os significados nele existentes abrem espaço para várias interpretações, vários sentidos.

Nos referidos modelos, identificamos subsídios para situar nossas práticas de comunicação nos grupos socioeducativos, principalmente aqueles desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família, assim como nos fazem um convite para refletir e (re)direcionar o que temos denominado de comunicação em saúde ou educação em saúde.

2.3 Comportamentos verbais facilitadores e bloqueadores da comunicação segundo o Modelo de Forrest

O Modelo de Forrest envolve nove subcategorias de comportamentos verbais que facilitam a comunicação e outras nove subcategorias que a bloqueiam (FORREST, 1983).

A categoria facilitadora possui diversas funções, tais como, estimular a verbalização do membro do grupo; promover um clima de abertura, para que o participante sinta-se à vontade para verbalizar algo; fornecer elementos que permitam ao integrante uma compreensão de sua situação; transmitir interesse e empatia (BACHION, 1991).

Por sua vez, a categoria bloqueadora provoca o direcionamento do diálogo e do comportamento do participante; a fuga do assunto; a centralização dos valores do coordenador de grupo; a depreciação dos sentimentos dos participantes ou mesmo a desaprovação formal como um reforço negativo para o comportamento comunicativo, e outros (BACHION, 1991).

Tal modelo foi desenvolvido, tendo-se em vista o relacionamento diático entre enfermeiro e cliente. Contudo, acreditamos na possibilidade de sua aplicação, considerando-se a relação grupal.

Existem alguns estudos (BACHION, 1991; CARVALHO; BACHION; BRAGA, 1997; CAVICHIOLO; CARVALHO, 1992) que empregaram tal modelo junto a clientes com doenças crônicas não transmissíveis.

As categorias facilitadora e bloqueadora encontram-se descritas no QUADRO 1:

QUADRO 1
 Categorias facilitadora e bloqueadora descritas por Forrest (1983), adaptadas para o trabalho com grupos, a ser testada

(Continua)

Categoria Facilitadora	Funções
F1. Declarações amplas ou questões de abertura	O coordenador de grupo permite ao participante direcionar a conversação, determinando seu foco.
F2. Encorajamento para o participante continuar	O coordenador indica interesse e compreensão do que o participante está dizendo.
F3. Refletindo	As declarações do participante são repetidas ou ligeiramente reformuladas para encorajar a continuação.
F4. Dividindo as observações, verbalizando as percepções com o participante	Focaliza o estado físico ou emocional do participante. Este é convidado a verificar, corrigir ou elaborar sobre as observações do coordenador. Diz respeito à verbalização do coordenador em decorrência da percepção de um comportamento do participante, sem emitir uma interpretação.
F5. Reconhecendo os sentimentos do participante e como ele se sente	Encoraja o participante a continuar expressando sentimentos, sem demonstrar julgamento sobre eles. A verbalização do coordenador é relacionada à verbalização do participante sobre seus sentimentos, independente de o coordenador pensar do mesmo modo.
F6. Reconhecendo a presença do participante	Incluem cumprimentos, saudações, despedidas, citação do nome do participante ou apelidos que o designar.
F7. Informando e respondendo às perguntas	Busca diminuir as ansiedades ou apresentar fatos que o participante quer ou precisa saber. Estabelece a verdade.
F8. Clarificando, deixando mais claro o significado ou requerendo do participante que clarifique o significado	Previne ambiguidades ou mal-entendidos e motiva o participante a continuar.
F9. Verbalizando pensamentos subentendidos ou sentimentos	Expressa o que o participante está insinuando ou sugerindo, em lugar do que tem sido dito. Ajuda o participante a tornar-se mais ciente de seus pensamentos e sentimentos e auxilia o coordenador a verificar impressões.

QUADRO 1

Categorias facilitadora e bloqueadora descritas por Forrest (1983), adaptadas para o trabalho com grupos, a ser testada

(Conclusão)

Categoria Bloqueadora	Funções
B1. Tranquilizando com clichês ou comentários estereotipados	São comentários comuns, dados automaticamente, que tendem a mostrar ao participante o desinteresse do coordenador ou a falta de compreensão ou sua própria ansiedade.
B2. Aconselhamento	Comentários do coordenador, passando por cima da decisão tomada pelo participante, por imposição das próprias opiniões e soluções, ao invés de auxiliar o mesmo a explorar, chegando às conclusões.
B3. Aprovando ou concordando	Comentários e opiniões que focalizam os valores e sentimentos do coordenador, impostos sobre a livre expressão do participante. Elogios.
B4. Pedindo explicação	Perguntas feitas ao participante para avaliar e explicar sentimentos ou ações; com frequência envolve "por quê" em questões que podem intimidar o participante.
B5. Desaprovando ou discordando	Coordenador emite julgamento negativo das ações, pensamentos ou sentimentos do participante, introduzindo valores que podem intimidá-lo, o que promove conformidade para sua aprovação.
B6. Depreciando	Indicam que as experiências do participante não são únicas ou importantes, transferindo para um foco distante do mesmo.
B7. Defendendo	Comentários de proteção ou desculpas do coordenador, em vez de permitir que o participante expresse suas próprias opiniões e sentimentos.
B8. Mudando de assunto	Introdução de um novo tópico não relacionado à conversação, tomando a liderança da conversação do participante, que não pode fazer qualquer tentativa para que suas necessidades sejam conhecidas.
B9. Fechando o questionamento	Focaliza questões fechadas que podem limitar as respostas do participante e sugerir a procura do coordenador por uma resposta específica.

Fonte: FORREST, 1983, adaptado pelas pesquisadoras.

Frente à complexidade do processo de interação humana, ressaltamos que não se deve imprimir à categoria facilitadora o conceito de adequidade nem à bloqueadora, o conceito de inadequidade (BACHION, 1991).

2.4 A comunicação na prática do coordenador de grupos

A partir da etimologia da palavra entendemos que a comunicação é essencial no trabalho com grupos, visto que permite às pessoas se relacionarem, assim como compartilharem experiências, ideias e sentimentos (BORDENAVE, 2003).

Nesse sentido, destacamos a figura do coordenador que tem por função intervir, de modo a lidar com a dialética dos elementos grupais, trazendo-os para uma dimensão comum em que todos tenham conhecimento daquilo que ocorre no grupo. É recomendável que suas ações estejam atreladas à elaboração teórica dos fenômenos vivenciados e, posteriormente, que os devolva aos participantes de forma a ampliar seu entendimento, ou seja, deve ser um catalisador das pulsões do grupo e não seu dirigente que impõe ideias, limites e desejos (ANDALÓ, 2001; MOTA; MUNARI, 2006).

Para melhor compreender os processos grupais, Pichón-Rivière idealizou um modelo que permite graficar a dinâmica entre o explícito (o manifestado no grupo) e o implícito (o latente no grupo) denominado de cone invertido. Dentro desse cone "circula a espiral dialética, que representa o processo grupal e que, partindo dos universais [o latente] localizados no vértice, vai ampliando-se a cada volta, abarcando diferentes níveis de dinâmica" (OSÓRIO, 1986, p. 122).

Posteriormente, são agregados ao esquema os vetores de avaliação dos processos de interação grupal, sendo um deles a comunicação, considerada pelo autor como o mais importante de todos. Implica intercâmbio de significados, a mensagem circula por um canal que inclui ruídos e deve ser decodificada pelo receptor, podendo ser verbal ou não verbal. Esse vetor considera o conteúdo da mensagem, o como e o quem dessa mensagem (metacomunicação). Permite, assim, avaliar os transtornos e dificuldades do grupo para enfrentar a tarefa (OSÓRIO, 1986).

Há várias maneiras de ocorrência de comunicação no grupo: de um para todos, caracterizando o papel do líder; de todos para um, quando surge o bode expiatório (depositário dos aspectos negativos do grupo); entre todos, em que a comunicação acontece de forma fluida e distribuída; entre dois ou mais entre si, excluindo os demais, o que promove o aparecimento de subgrupos, e, entre vários simultaneamente, com presença de fala paralela, situação de confusão e caos (OSÓRIO, 1986).

Pichón-Rivière (1995, 1998) lembra-nos de que a comunicação corresponde a cenas internalizadas no mundo interno⁴, utilizadas para ler e significar as relações. Pode funcionar como ruído que se manifesta sob diferentes aspectos: mal-entendido e segredo grupal, que se constituem em distorções do processo de interação e inviabilizam a aquisição de um código comum.

A esse respeito, Zimerman (2000) alerta-nos que, no processo intra e intergrupo, a importância da comunicação dá-se pelo fato de que o grande mal da humanidade é o mal-entendido.

De acordo com Osório (1986, p. 124), "o mal-entendido é um subentendido, que por ser tão subentendido, não é bem compreendido". Encontramos situações de mal-entendidos quando existem dificuldades no emissor, no receptor ou no canal; quando o conteúdo da mensagem e o como o emite se contradizem e quando não há ajuste entre as imagens internas (mundo interno) e a realidade exterior (mundo externo).

Ainda sobre a comunicação grupal, Mailhiot (1981) afirma que deve ser aberta, espontânea, transparente e confiante na medida em que possibilita aos membros estabelecer um diálogo autêntico um com o outro. Isso implica diminuir as distâncias e barreiras, os ruídos e as resistências naturais do convívio grupal.

⁴Mundo interno: definido como um sistema em que as relações e objetos interagem em um *feedback* mútuo (PICHÓN-RIVIÈRE, 1995).

Assim, enfatizamos que o coordenador deve ser um comunicador, visto que as relações educativas ocorrem, por excelência, num campo interacional (ALONSO, 1999). O mesmo não deve deter-se apenas em codificar sua mensagem como comumente se faz, mas torná-la decodificável para o participante. De igual modo, necessita despertar o interesse dos membros e considerar os fatores psicológicos envolvidos no processo de aprendizagem.

É bem verdade que a tarefa de comunicar é mais fácil e efetiva quando o coordenador conhece bem os membros do grupo, pois isso significa que conhece seus repertórios comunicativos, suas ideias, experiências, signos e se interessa em ajudá-los a modificar e a aumentar esses repertórios. Ademais, a emissão, a transmissão e a recepção de informação são somente algumas funções da comunicação entre coordenador e participantes (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

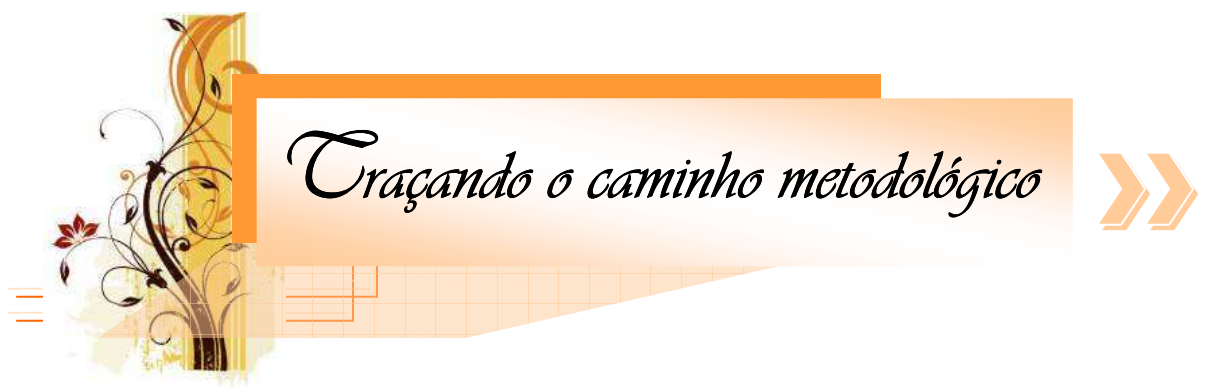
Particularmente, os grupos que agregam idosos requerem atenção especial, visto que incluem pessoas que se encontram em uma fase da vida em que ocorre a diminuição sensório-perceptiva própria do processo de envelhecimento, podendo prejudicar a comunicação no grupo. Tais alterações são manifestadas pela redução da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas pelo coordenador, poderão levar ao isolamento da pessoa no grupo (BRASIL, 2006c).

A comunicação deve ser também repensada para além de sua dimensão instrumental que a reduz ao processo de produção de mensagens tecnicamente bem formuladas e postas em circulação por um emissor para um receptor. Ao contrário, deve ser pensada como sendo profundamente articulada aos mecanismos interacionais e de compartilhamento dos grupos envolvidos e como forma de ação, visando a emergência de práticas mais dialogadas, das "conversas", sensível às demandas implícitas e explícitas no grupo, compartilhando com o "outro" os novos sentidos dos caminhos das pessoas (OLIVEIRA, 2001; SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

Para operacionalizar essas novas práticas, o coordenador de grupo necessita compreender que, em cada ato de comunicação de mensagens sobre saúde, por exemplo, há muito mais do que a absorção ou não de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de fantasias e fantasmas, de usos de ressignificações culturais, a partir dos quais a saúde e a

doença adquirem sentido (NATANSOHN, 2004). Dessa forma, fica clara a inconveniência de se manter práticas comunicativas verticalizadas, até mesmo porque o como se comunica e o que se comunica condicionam a aprendizagem do grupo.

A partir das considerações feitas, observamos que, para a compreensão da dinâmica grupal, é importante investigar como seus membros se comunicam.



3.1 Tipo de estudo

Procurar e encontrará;

o que não é procurado permanecerá escondido.

Sófocles

A escolha metodológica a ser utilizada em um estudo requer, do pesquisador, entre outras características, incluir sua visão de mundo, as concepções teóricas que a embasam e a capacidade criativa para apreensão da realidade.

Amado e Guittet (1978) ressaltam que a discussão da metodologia em pesquisas cuja temática é a comunicação em grupos leva a uma complexidade e a uma diversidade que devem ser do conhecimento do pesquisador. Essa discussão torna-se mais necessária quando o cenário é a comunicação no campo da saúde, por ser igualmente amplo e complexo, demandando novas concepções e desenhos práticos para iluminar questões decorrentes de sua reflexão (SANTOS, 2008).

No intuito de desvelar o conteúdo e a forma da comunicação do coordenador de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família, apoiamo-nos no método qualitativo do tipo descritivo e exploratório. Essa abordagem procura entender o universo de significados e as representações da realidade. Permite, ainda, emergirem concepções subjetivas, sentimentos e motivações não explícitos, de maneira espontânea (MINAYO, 2006).

Segundo Marcus e Liehr (2001), a pesquisa qualitativa é apropriada ao estudo da experiência humana, pois possibilita uma compreensão abrangente dos comportamentos humanos em cenários naturalísticos.

A pesquisa descritiva, por sua vez, permite expor características de determinado fenômeno observado. Não tem o compromisso de explicar o fenômeno, mas de descrevê-lo. Envolve o uso de observação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa exploratória busca compreender esse fenômeno, como se manifesta e os fatores a ele relacionados. Abrange levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que possuem experiência prática com o problema a ser pesquisado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Ademais, a metodologia escolhida possibilitou-nos compreender as dimensões simbólicas, concretas e históricas que envolvem a comunicação no trabalho com grupos, de modo a dar relevância às expressões e vivências dessas experiências na perspectiva do coordenador. Permitiu-nos também repensar algumas questões relacionadas à comunicação nesse tipo de trabalho, sendo muitas delas passíveis de clarificação a partir de falas dos próprios coordenadores. Ao serem submetidas à análise, trouxeram significados, favorecendo a compreensão da problemática levantada.

3.2 Campo de estudo

Esta pesquisa foi realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, nos Distritos Sanitários Barreiro e Norte, abrangendo equipes de Saúde da Família que desenvolvem trabalho com grupos socioeducativos.

O Distrito Sanitário Barreiro localiza-se na região sudoeste do centro da cidade (FIG. 3) e faz limite com os municípios de Brumadinho, Nova Lima, Ibirité e Contagem que usufruem de parte dos serviços de saúde disponibilizados pela região.

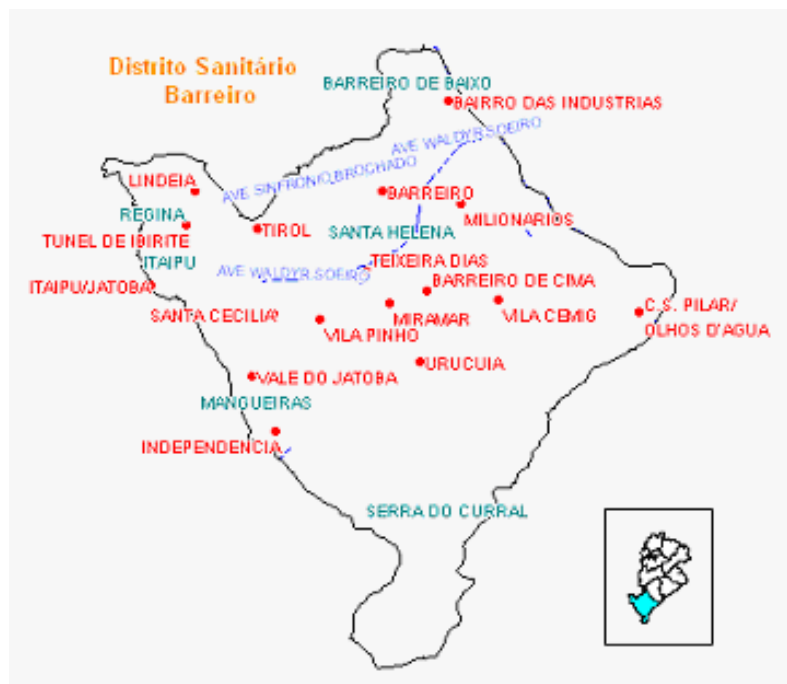


FIGURA 3 - Distrito Sanitário Barreiro de Belo Horizonte/Minas Gerais
Fonte: BELO HORIZONTE, 2007b.

Esse distrito sanitário possui 262194 habitantes, o que perfaz 11,71% do total da população do Município, sendo a região administrativa que apresenta menor proporção de idosos acima de 65 anos, aproximadamente 15,05% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2000). Observamos que a estrutura etária da população é mais jovem, coincidindo com áreas que ainda possuem crescimento populacional significativo. Ressaltamos que a taxa de crescimento anual nessa região é de 1,91% (BELO HORIZONTE, 2005).

A região do Barreiro apresenta grandes diferenças socioeconômicas e sanitárias, sendo um dos distritos com os piores índices de condições de vida. Cerca de 46,32% da população ocupam áreas urbanas de risco muito elevado ou elevado, segundo critérios socioeconômicos sanitários, conforme mostra a FIG. 4 (BELO HORIZONTE, 2005).

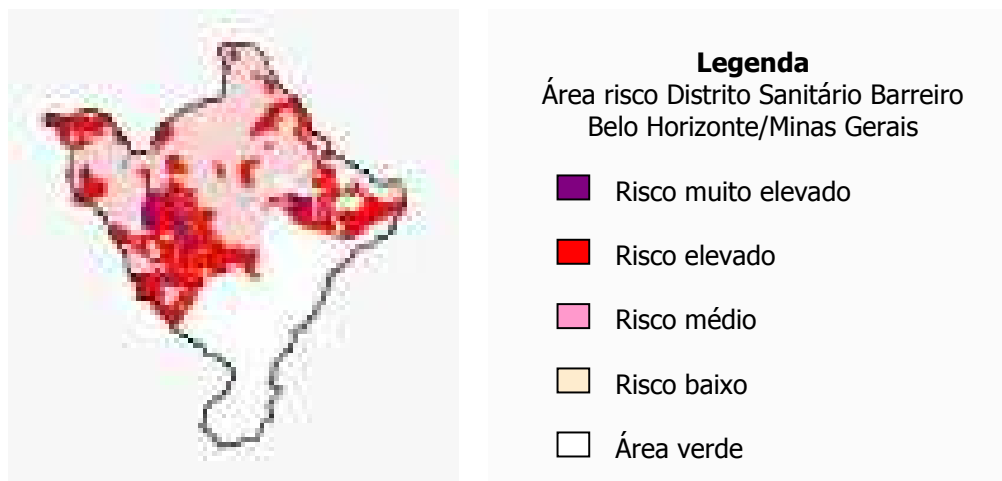


FIGURA 4 - Áreas de risco do Distrito Sanitário Barreiro de Belo Horizonte/Minas Gerais
Fonte: BELO HORIZONTE, 2005, p. 36.

Atualmente, suas unidades básicas de saúde distribuem-se em 20 áreas de abrangência, territórios de atuação das equipes locais. Possui ainda uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Barreiro), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), um Centro de Referência à Infância e Adolescência (CRIA), um Centro de Convivência, uma Farmácia Distrital, duas Unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) - Hospitais Eduardo de Menezes e Júlia Kubitscheck, além de dois hospitais privados contratados do Sistema Único de Saúde - Hospital Santa Lúcia e Hospital Infantil de Urgência São Paulo (BELO HORIZONTE, 2007b).

O Distrito Sanitário Norte localiza-se na região norte da cidade (FIG. 5). Faz limite com os Distritos Sanitários de Venda Nova, Pampulha e Nordeste e com o município de Santa Luzia.



FIGURA 5 - Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/Minas Gerais
Fonte: BELO HORIZONTE, 2007c.

Esse distrito sanitário possui 193764 habitantes, o que perfaz 8,66% do total da população do Município, sendo a terceira região administrativa que apresenta menor proporção de idosos acima de 65 anos, aproximadamente 15,55% (IBGE, 2000). Portanto, a estrutura etária da população também é mais jovem, coincidindo com áreas que ainda possuem um aumento do crescimento populacional. Possui a segunda maior taxa de crescimento anual entre as nove regiões administrativas de Belo Horizonte, aproximadamente 2,58% (BELO HORIZONTE, 2005).

Apresenta grandes diferenças socioeconômicas e sanitárias, compondo um quadro de grandes contrastes. Existem, de um lado, bairros com razoável infraestrutura urbana e poder aquisitivo da população, como por exemplo, Campo Alegre, Heliópolis, Planalto, Floramar; e, de outro, bairros, vilas e assentamentos que oferecem condições inadequadas de habitação, como Mariquinhas, Zilah de Souza Spósito, Novo Aarão Reis e o Conjunto Jardim Felicidade, que contam com uma infraestrutura urbanística precária. Juntamente com o Distrito Sanitário Barreiro, é uma das regiões com os piores índices de condições de vida. Cerca de 52,98% da população ocupam áreas urbanas de risco muito elevado ou elevado, segundo

critérios socioeconômicos sanitários, conforme mostra a FIG. 6 (BELO HORIZONTE, 2005).

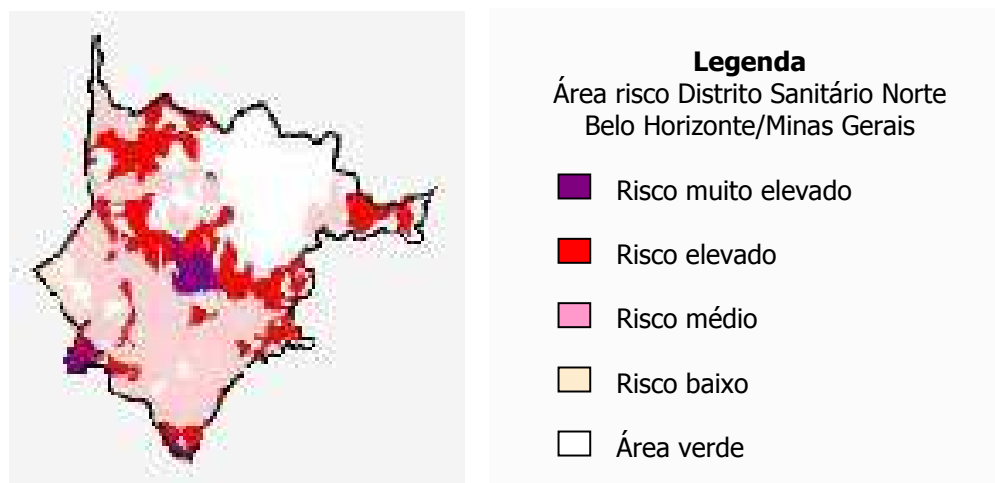


FIGURA 6 - Áreas de risco do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/Minas Gerais
Fonte: BELO HORIZONTE, 2005, p. 36.

Atualmente, suas unidades básicas de saúde distribuem-se em 19 áreas de abrangência, territórios de atuação das equipes locais. Conta ainda com atendimento odontológico em 13 unidades, atendimento de saúde mental em quatro unidades e homeopatia em duas unidades (BELO HORIZONTE, 2007c).

A escolha desses distritos justifica-se considerando que, hoje, os mesmos constituem-se em território-escola da Universidade Federal de Minas Gerais.

Neste estudo, incluímos oito unidades básicas de saúde, quatro em cada distrito sanitário. A área física dessas unidades possui basicamente uma recepção com área para arquivo, sala de espera, sala de gerência, posto de coleta de exames laboratoriais (sangue, fezes e urina), sala de curativos, sala de vacina, dois a três consultórios médicos, um consultório de ginecologia, um consultório de pediatria, um consultório odontológico, farmácia, banheiros para funcionários e usuários, expurgo, depósito de material de limpeza, almoxarifado e copa de apoio.

Apesar de todos os investimentos na melhoria de infraestrutura por meio de reformas das unidades básicas, observamos que ainda existem áreas físicas inadequadas e em número insuficiente para o desenvolvimento de atividades das equipes em áreas de abrangência extensas. Destacamos que cinco dessas unidades passam ou já passaram por reformas de ampliação de suas dependências físicas.

Inclusive, uma delas conta, agora, com sala própria para o desenvolvimento de trabalho com grupos.

As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, dois profissionais de enfermagem de nível médio e quatro a seis agentes comunitários de saúde, conforme os termos da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Alguns desses profissionais encontram-se em curso de capacitação.

Tanto as equipes de Saúde da Família quanto as de Saúde Bucal atuam no espaço das unidades em conjunto com os demais profissionais que compõem a Atenção Primária à Saúde (clínicos, pediatras, ginecologistas, assistentes sociais, equipes de saúde mental, e outros), atendendo o público de segunda a sexta-feira, de 7 às 19 horas ou de 7 às 18 horas conforme sua localização.

O atendimento à comunidade é feito sob agendamento prévio pelos agentes comunitários de saúde e por meio do acolhimento. As equipes de Saúde da Família atendem sua demanda por meio da oferta de diferentes serviços, tais como, acolhimento, consulta médica, consulta de enfermagem (puericultura, pré-natal, preventivo), curativo, vacinação, teste do pezinho, dispensação de medicamentos, coleta de materiais biológicos que serão encaminhados aos laboratórios, encaminhamento para consultas especializadas, cobertura e ação dos agentes comunitários (ações de vigilância, acompanhamento e promoção da saúde), visita domiciliar para promoção e assistência à saúde e trabalho com grupos socioeducativos.

É relevante mencionarmos que todas as unidades básicas que participaram deste estudo são campos de estágio para acadêmicos de graduação de enfermagem, fisioterapia e nutrição de universidades públicas e privadas.

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado em quatro etapas, descritas a seguir:

3.3.1 Análise documental

A primeira etapa deste estudo consistiu na análise documental que, segundo Moreira (2008), compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim.

A identificação das unidades básicas de saúde que ofertavam trabalho com grupos socioeducativos nos distritos eleitos para o estudo ocorreu por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Saúde (SIS) / Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Após identificarmos essas unidades, realizamos contato telefônico com cada uma delas para verificar quais equipes de Saúde da Família desenvolviam grupos na assistência à população idosa (APÊNDICE A).

3.3.2 Inserção do pesquisador no campo

A segunda etapa consistiu em nosso contato prévio com os gerentes dos Distritos Sanitários Barreiro e Norte, na busca do aceite e da autorização para a pesquisa se realizar nos referidos distritos, junto às equipes de Saúde da Família que ofertavam grupos socioeducativos (ANEXO A).

Após o aceite, entramos em contato com cada gerente local das unidades básicas de saúde, para apresentarmos o projeto, com agendamento anterior. Durante o encontro, fizemos visita à respectiva unidade básica, conhecemos os profissionais das equipes de Saúde da Família e identificamos possíveis informantes da pesquisa (APÊNDICE B).

Inicialmente, buscávamos trabalhar com os grupos socioeducativos compostos exclusivamente por idosos, pois, conforme consta no Plano Macroestratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a saúde do idoso é priorizada como uma de suas áreas de atuação (BELO HORIZONTE, 2009b). Entretanto, essa não foi a realidade por nós encontrada. No intuito de termos grupos mais homogêneos, enfocamos, portanto, os grupos socioeducativos constituídos predominantemente por idosos com 60 anos ou mais, melhor conhecidos como Grupos de Convivência ou Grupos da Terceira Idade.

Uma vez selecionados os informantes, procuramos, no primeiro contato, conhecer as práticas de grupo desenvolvidas, quando então preenchemos a Agenda das atividades dos coordenadores de grupos com predomínio de idosos das equipes de Saúde da Família (APÊNDICE C), o que nos ajudou a organizar o acompanhamento desses grupos.

No total, foram identificadas 138 equipes de Saúde da Família por meio do sistema de informação (BELO HORIZONTE, 2007b, c). Desse total, conseguimos rastrear 44 equipes que trabalhavam com grupos socioeducativos na assistência à população idosa, das quais conseguimos acompanhar 13. Duas se recusaram participar da pesquisa. Não nos foi possível acompanhar 10, e, 19 equipes estavam momentaneamente com os grupos interrompidos sem previsão de retorno. A não inclusão dessas 19 equipes deveu-se a diversos motivos, dentre os quais, ressaltamos o momento de reestruturação dessas equipes devido às mudanças políticas pós-eleições municipais e o surto de dengue. Apesar de essas equipes desenvolverem grupos socioeducativos na assistência à pessoa idosa, esses grupos tinham sido interrompidos, pois os profissionais canalizaram seus esforços no atendimento à comunidade na prevenção a dengue. Inclusive, muitas delas ocuparam a sala destinada aos grupos, transformando-as em salas de observação de usuários com suspeita de dengue.

Ressaltamos, ainda, que não foi possível fazer contato com 48 equipes distribuídas nas oito unidades básicas de saúde, seja porque o telefone encontrava-se ocupado ou o gerente local estava em reunião, e não retornou a ligação. Excluímos, ainda, 46 equipes por não atenderem aos critérios de inclusão descritos mais adiante (FIG. 7).

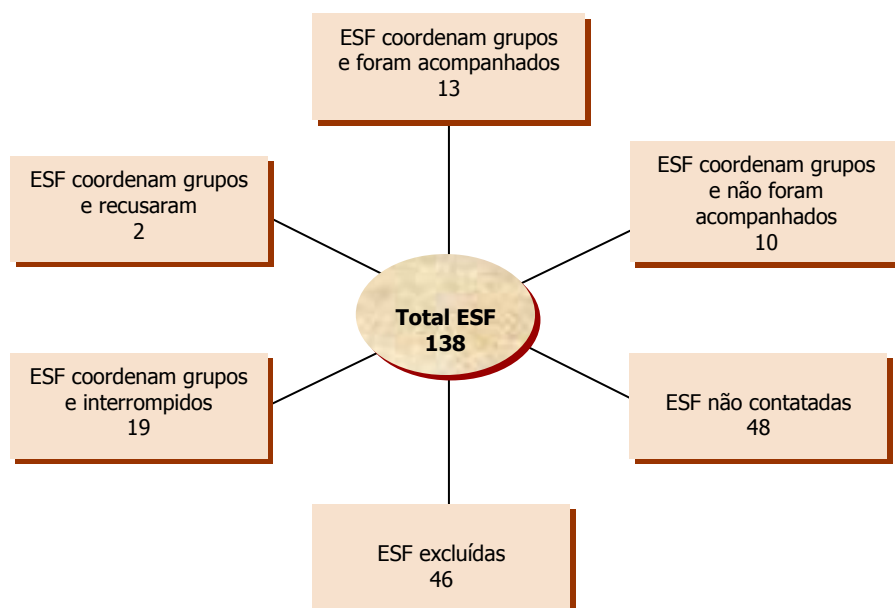


FIGURA 7 - Equipes de Saúde da Família que trabalham com grupos socioeducativos na assistência à pessoa idosa. Distritos Sanitários Norte e Barreiro. Belo Horizonte, 2008

Fonte: Gerência das unidades básicas de saúde dos Distritos Sanitários Barreiro e Norte.

Nota: ESF - Equipe de Saúde da Família.

As equipes de Saúde da Família que foram acompanhadas neste estudo encontram-se descritas no QUADRO 2. A identificação das unidades básicas deu-se mediante denominação das mesmas pela sigla UBS, sequenciando-as, numericamente, pela ordem em que foram contatadas (UBS "1", UBS "2", ... UBS "8"). Para as equipes de Saúde da Família estabelecemos a mesma lógica, sendo designadas segundo a ordem alfabética.

QUADRO 2

Distribuição dos grupos nos dias da semana

Distrito Sanitário Barreiro				
UBS	Equipe	Dia	Hora	Local
"1"	A	5ª f.	8 h	Externo
	B	3ª f.	14 h	UBS
	C	4ª f.	8 h	UBS
"2"	D	6ª f.	14 h	Externo
"6"	I	6ª f.	14 h	Externo
"8"	M	5ª f.	14 h	Externo
	N	5ª f.	14 h	Externo
Distrito Sanitário Norte				
"3"	E	2ª f.	9 h	UBS
"4"	F	4ª f.	14 h	UBS
"5"	G	5ª f.	14 h	UBS
	H	3ª f.	15 h	Externo
"7"	J	6ª f.	13 h	Externo
	L	5ª f.	13 h	Externo

Fonte: Coordenadores dos grupos, informantes da pesquisa.

Nota: UBS - Unidade Básica de Saúde.

Observamos que quatro equipes de Saúde da Família desenvolvem grupos na quinta-feira à tarde, em horários similares. Além disso, destacamos o fato de oito das 13 equipes desenvolverem grupos fora da unidade básica, utilizando espaços de igrejas, salões, parques ecológicos e as próprias moradias dos participantes, contemplando aquelas comunidades de difícil acesso.

Devido à convergência de dias e horários de grupos, foi possível acompanhar de modo mais sistemático nove equipes de Saúde da Família distribuídas entre os Distritos Sanitários Barreiro e Norte. Ressaltamos que a distância geográfica existente entre as unidades básicas limitou nosso deslocamento para os locais de realização dos grupos nos horários agendados.

Mediante a situação exposta, acompanhamos as equipes de Saúde da Família que primeiro aceitaram participar da pesquisa, até saturar as possibilidades dentro

dos limites postos.

3.3.2.1 Critérios de seleção dos informantes da pesquisa

Para entendermos melhor a comunicação nos grupos, optamos pela escuta do coordenador. Sua fala configura a produção, a circulação e o consumo de sentidos, caracterizando-se em um mercado simbólico⁵.

Os critérios de inclusão para a escolha dos informantes da pesquisa foram os seguintes:

- a) equipes completas, compostas de um médico, um enfermeiro e dois profissionais de enfermagem de nível médio;
- b) equipes cujos grupos socioeducativos eram constituídos predominantemente por idosos com 60 anos ou mais;
- c) grupos com pelo menos seis meses de organização;
- d) profissionais que aceitaram colaborar de forma voluntária com esta pesquisa.

Como critérios de exclusão, adotamos:

- a) equipes incompletas;
- b) equipes cujos grupos socioeducativos não eram constituídos predominantemente por idosos com 60 anos ou mais;
- c) grupos com menos de seis meses de organização;
- d) profissionais que não se interessaram em colaborar voluntariamente com esta pesquisa.

⁵ Conceito proposto por Bourdieu que integra, na teoria da comunicação, uma perspectiva da produção social dos sentidos. A comunicação opera ao modo de um mercado, em que várias vozes concorrem entre si pela prevalência de seu próprio modo de perceber, analisar e intervir sobre a realidade (ARAÚJO, 2004).

3.3.3 Observação não participante

Utilizamos a técnica de observação não participante que consiste em o investigador tomar contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela. Presencia o fato, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, permanece na posição de expectador (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Nessa etapa, permanecemos nos grupos, anotando aspectos relativos à situação e às falas ocorridas entre coordenador e demais membros. Para as anotações de campo, seguimos os passos sugeridos por Selltiz, Whrightsmann e Cook (1987) que, aplicados a esta pesquisa, assim ficaram constituídos:

- a) escolher situação e local de observação adequados: a situação escolhida foi a do próprio grupo, durante sua realização;
- b) decidir a maneira de registrar as informações: os registros das interações grupais foram constituídos pela descrição contínua e cursiva das manifestações verbais e não verbais, recorrendo à escrita manual, no momento em que ocorriam os grupos. Durante e após as observações, buscamos registrar todas as informações a respeito das condições em que foram realizadas, considerando-se as emoções, as subjetividades e os acontecimentos por nós percebidos, bem como os aspectos cujo esclarecimento se fizeram necessários. Para melhor captarmos a comunicação verbal, optamos por gravar e, posteriormente, transcrever as falas ocorridas nos grupos em aparelho MP3, com autorização prévia de cada integrante.

Ressaltamos que, durante a observação, corremos o risco de incorporar impressões parciais do objeto em estudo, pois tendemos separar, dividir o espaço, mantendo as coisas à distância. Já a escuta nos aproxima, pois o observador necessita estar próximo para escutar, ele ouve o que lhe interessa, mas ouve também o que interessa ao outro. Por isso, é importante desenvolvermos a escuta sensível, apurando a capacidade de ouvir, sentir e perceber (CABRAL, 2001);

- c) determinar a estratégia para o término da coleta de dados: os grupos foram observados durante o período de quatro meses, março a junho de 2009, de acordo com o agendamento dos grupos. Ao verificarmos a saturação dos dados, optamos por finalizar as observações de campo;
- d) treinar as observadoras: fomos treinadas, por meio da observação de várias situações de grupo. Para tanto, observamos as mesmas situações, fizemos os registros e, a seguir, comparamos as descrições. A partir do momento em que várias situações tiveram registros correspondentes, consideramo-nos aptas para a coleta definitiva dos dados.

Durante o trabalho com grupos, prestávamos atenção ao que diziam os coordenadores, como agiam, quais os possíveis aspectos facilitadores e bloqueadores da comunicação, considerando tanto as manifestações verbais quanto as não verbais.

Coletamos, ainda, dezenas de impressos dos mais diferentes formatos, tais como, cartazes, fôlderes, cartilhas, manuais, camisetas, entre outros.

Essa fase de coleta de dados teve a colaboração de duas bolsistas de iniciação científica de Enfermagem, previamente treinadas.

Para facilitar o acompanhamento dos grupos utilizamos o Guia específico para o acompanhamento dos grupos com predomínio de idosos das equipes de Saúde da Família (APÊNDICE D).

Foi possível acompanhar 33 encontros, totalizando 35 horas de observação dos coordenadores em seu trabalho. Percorremos 1193,6 quilômetros para coletar os dados.

3.3.4 Entrevista em profundidade semiaberta

Utilizamos ainda a entrevista em profundidade que consiste em um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, obter informações a partir da experiência subjetiva de uma fonte selecionada por deter informações desejadas (DUARTE, 2008). Essa abordagem de

entrevista é útil para pesquisas descritivas e exploratórias (SELLTIZ; WHRIGHTSMAN; COOK, 1987).

A entrevista em profundidade possui uma variedade de tipologias. Nesta pesquisa, optamos pela entrevista semiaberta, que tem origem em um roteiro de questões semiestruturadas. Ela

parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e [pressupostos] que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de [novos pressupostos] que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

Enfatizamos que as questões semiestruturadas têm origem no problema de pesquisa e buscam tratar da amplitude do tema, apresentando cada pergunta da forma mais aberta possível (DUARTE, 2008). Propomos a entrevista semiaberta, a partir das seguintes questões:

- a) Considerando a comunicação como um aspecto dos mais importantes nas atividades de trabalho com grupos, conte para mim como a comunicação acontece nestes grupos (leve em consideração as temáticas abordadas nos encontros e a forma com que esses assuntos são explorados no grupo);
- b) Fale um pouco sobre os aspectos da comunicação que interferem e facilitam a interação no grupo.

A entrevista incluiu, também, a identificação dos informantes segundo algumas variáveis, como por exemplo: faixa etária, sexo, religião, ter ou não capacitação para trabalhar com grupos, entre outras (APÊNDICE E).

Foram realizadas entrevistas-piloto com a finalidade de validar o instrumento de coleta de dados. Escolhemos uma equipe de Saúde da Família de cada distrito sanitário deste estudo, abrangendo os coordenadores que primeiro aceitaram o convite para participarem dessa etapa. Essas entrevistas ocorreram no mês de julho de 2009, durante dois dias não consecutivos, sendo entrevistadas quatro pessoas: uma enfermeira da UBS "3"; uma profissional de enfermagem de nível médio e duas agentes comunitárias de saúde da UBS "1".

Após verificarmos que o instrumento se adequava aos objetivos previstos, depois de o reelaborarmos, demos continuidade às entrevistas junto aos

coordenadores de grupos. Optamos por incluir as entrevistas-piloto para análise dos dados, complementando o universo da pesquisa.

Todas as entrevistas foram individuais, gravadas em formato MP3 e transcritas na íntegra (APÊNDICE F). Sob agendamento prévio, foram realizadas nas unidades de saúde, no horário de escolha dos profissionais de forma que garantíssemos sua privacidade. Consideramos que todo estímulo físico, psicológico e social poderia alterar o depoimento.

Para realizar as entrevistas, selecionamos e treinamos as duas bolsistas de iniciação científica de Enfermagem, de modo a se familiarizarem com o referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa. Essas bolsistas atuaram como colaboradoras em algumas entrevistas, distribuídas entre os distritos pesquisados.

As entrevistas foram realizadas até que alcançássemos o critério de saturação das informações. Esse critério consiste na interrupção da coleta de dados por considerar que o material obtido apresenta redundância ou repetição, sendo desnecessário continuá-la (MINAYO, 2006; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, totalizamos aproximadamente quatro horas e 54 minutos de entrevistas gravadas com 14 informantes.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Durante todo o processo de coleta de dados, utilizamos o Caderno de campo que consistiu no registro de informações a respeito das condições em que a entrevista e a observação de campo foram realizadas e de outras anotações pertinentes (APÊNDICE G). Para o registro das informações, baseamos no modelo de Olesen (1991):

- a) Notas de Observação (NO): descrição imediata da situação observada;
- b) Notas Teóricas (NT): reflexões pessoais sobre a situação observada, com base no referencial teórico;
- c) Notas Metodológicas (NM): reflexões pessoais a respeito da situação observada, com base no referencial metodológico;
- d) Notas Pessoais (NP): referentes às percepções de quem observa, seus sentimentos frente à situação em foco.

3.5 Análise e discussão dos dados

Para a identificação dos informantes da pesquisa, confeccionamos um banco de dados no *Microsoft Excel* que nos permitiu analisar, por meio de frequência simples, as seguintes variáveis: faixa etária, religião, sexo, profissão, capacitação para trabalhar com grupo, entre outros.

As informações obtidas nas entrevistas e nas observações foram analisadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42) que a define como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Na Análise de Conteúdo, o ponto de partida é a mensagem, mas devemos considerar as condições contextuais de seus produtores e assentarmos na concepção crítica e dinâmica da linguagem. Franco (2005) lembra-nos de que devemos considerar não apenas a semântica da língua, mas também a interpretação do sentido que um indivíduo atribui às mensagens. Até mesmo porque a Análise de Conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (variáveis psicossociais, contexto cultural), contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2006).

Em sua abordagem sobre Análise de Conteúdo, várias técnicas são propostas por Bardin (1977): Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação. Essas técnicas buscam atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

No presente estudo, utilizamos a Análise Temática por se tratar de um instrumento que considera a diversidade das comunicações, enriquece a tentativa exploratória e eleva a propensão à descoberta. Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descoberta de diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, o reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 1977).

Para a realização dessa proposta metodológica de interpretação, Bardin (1977) propõe uma sequência de três fases cronológicas, direcionando a construção dos núcleos temáticos: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

Na preparação do material coletado, seguimos as etapas propostas pela autora, porém, adaptadas à realidade desta pesquisa:

- a) transcrição rigorosa das entrevistas gravadas com os coordenadores de grupos socioeducativos constituídos predominantemente por idosos na Estratégia de Saúde da Família;
- b) contato exaustivo com o material coletado, procedendo, inicialmente, à leitura sem preocupação com os detalhes para contato com o todo de cada entrevista e com as observações de campo, buscando as primeiras familiarizações, sem, no entanto, definir classificações (leitura flutuante);
- c) constituição do *corpus* que envolve a organização do material, considerando critérios de exaustividade (aspectos levantados no roteiro), representatividade (universo pretendido), homogeneidade (critérios precisos na escolha dos temas) e pertinência (adequação do material analisado ao objetivo do estudo);
- d) determinação de palavras-chave ou frases, recortes, modalidade de codificação e conceitos teóricos a serem analisados no estudo;
- e) exploração do material, visando alcançar os núcleos temáticos e, na sequência, correlacionar os núcleos de sentidos de cada fala;
- f) tratamento e interpretação dos resultados, com a ajuda de quadros onde foram registradas as unidades de significados extraídas das entrevistas e classificadas em áreas temáticas e núcleos de sentido.

A partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977) foram obtidos os seguintes núcleos temáticos:

- a) Atmosfera grupal como fator determinante para a comunicação entre coordenador e membros;
- b) A diversidade de canais de comunicação veiculadores de mensagens nos grupos socioeducativos;

- c) A dinamicidade dos conteúdos discutidos nos grupos socioeducativos;
- d) A comunicação verbal do coordenador segundo os pressupostos de Forrest;
- e) “Eu quis saber o que a pessoa está me mostrando”: a leitura do grupo a partir da comunicação não verbal;
- f) O grupo enquanto espaço de escuta;
- g) Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores na interação entre coordenador e grupo.

É importante lembrarmos que, para favorecer a identificação dos aspectos facilitadores e bloqueadores da comunicação verbal, utilizamos o modelo teórico de Forrest (1983), adaptado para o trabalho junto aos grupos. Esse modelo encontra-se descrito nas páginas 45 e 46.

No intuito de codificar as categorias propostas por esse modelo, designamos por F as subcategorias facilitadoras e por B as subcategorias bloqueadoras, seguidas pelos respectivos números que correspondem à ordem apresentada, ou seja, designamos F1 a subcategoria facilitadora de número um e B2 a subcategoria bloqueadora de número dois e assim sucessivamente.

Cada verbalização do coordenador registrada nas anotações de campo foi codificada. A unidade para código foi definida como uma verbalização sem pausa, escolhendo uma única subcategoria que melhor descrevesse a fala. A seguir, exemplos dessa codificação (QUADRO 3):

QUADRO 3

Categorias facilitadora e bloqueadora nos grupos observados

Notas de observação	Subcategoria verbal
Enfermeira Neuza entra na sala e cumprimenta os participantes. Diz que irá começar a palestra como sempre ocorre toda semana. <i>NO</i> (UBS “5”)	F6 F7
Ao entrar, enfermeira Vitória sorri e diz: “Nossa! Mas como vocês estão bonitos”. <i>NO</i> (UBS “1”)	B3
Enfermeira Neide começa a perguntar um por um, se tomaram água naquele dia: “Quanto de água você tomou hoje?”. <i>NO</i> (UBS “7”)	B9


Fonte: Observações de campo.

3.6 Aspectos ético-legais do estudo


Foram obedecidos os trâmites prescritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos do estudo foram informados e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, inclusive os participantes dos grupos observados, acatando a sugestão do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO B). Foi garantido o anonimato de todos os participantes e das informações por eles fornecidas. Esclarecemos, ainda, quanto à liberdade de recusarem sua participação, que não lhes acarretaria nenhum custo ou interferência em suas atividades.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - **Parecer nº ETIC 133/08** (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - **Protocolo 044/2008** (ANEXO D).



*Um olhar para os grupos e
os informantes do estudo*



4.1 Caracterização dos grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família



*"Sem sensibilidade nenhum objeto nos seria dado,
e sem entendimento nenhum seria pensado".*

Kant, Immanuel

Os grupos socioeducativos são comumente ofertados por meio da demanda da equipe de Saúde da Família que faz a captação por diferentes estratégias como, por exemplo, o acolhimento, as consultas médicas e de enfermagem e a busca ativa pelo agente comunitário na microárea de sua adscrição.

Observamos predomínio de condições de vida desfavoráveis entre os membros, havendo, contudo, uma heterogeneidade interna a ser considerada pelo coordenador durante o desenvolvimento de suas ações.

Apresentamos, em seguida, o perfil dos integrantes dos grupos socioeducativos identificado durante a observação de campo (TAB. 1):

TABELA 1

Perfil dos integrantes dos grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família

Distrito Sanitário Barreiro						
UBS	ESF	Faixa etária (% idosos ≥ 60 anos)	Sexo		Média usuários /grupo	Frequência do grupo
			M (%)	F (%)		
"1"	A	77,7	26,0	74,0	21	Semanal
	B	68,2	33,3	66,7	18	Semanal
	C	81,9	24,0	76,0	29	Semanal
"2"	D	73,2	27,1	72,9	25	Semanal
"6"	I	62,5	4,5	95,5	23	Semanal
"8"	M	66,7	26,7	73,3	15	Trimestral
	N	54,5	18,2	81,8	11	Trimestral
Distrito Sanitário Norte						
"3"	E	71,4	8,3	91,7	13	Quinzenal
"4"	F	51,4	28,6	71,4	7	Bimensal
"5"	G	72,0	19,3	80,7	18	Semanal
	H	57,1	15,6	84,4	22	Semanal
"7"	J	98,0	23,9	76,1	21	Trimestral
	L	64,2	28,6	71,4	14	Trimestral
TOTAL	..	73,4	22,9	78,1	18	..

Fonte: Observações de campo.

Nota: UBS - Unidade Básica de Saúde; ESF - Equipe de Saúde da Família; M - Masculino; F - Feminino.

A TAB. 1 mostra que os grupos em estudo são constituídos predominantemente por mulheres (78,1%), na faixa etária de 60 anos ou mais (73,4%). Em relação à média de usuários por grupo, observamos uma média de 18 pessoas cujos encontros ocorrem com frequência semanal (53,8%), quinzenal, (7,7%), bimensal (7,7%) ou trimestral (3,8%).

É importante destacarmos a maior utilização de serviços primários em saúde por mulheres, o que reforça a ideia de que as unidades básicas são espaços feminilizados. Com respeito à presença de poucos homens nesses serviços, Figueiredo, W. (2005) discorre que o mesmo se explica principalmente por questões

de gênero⁶. O homem tende a desvalorizar ações de autocuidado e a preocupar-se menos com a saúde. Tal fato exige maior discussão de estratégias a serem adotadas pelos serviços para um melhor acolhimento das necessidades em saúde dos homens. Nem sempre tais necessidades se manifestam como problemas imediatos. Mas podem ser problemas evitáveis, desde que os profissionais de saúde intervenham com ações preventivas e de promoção da saúde, o que inclui o trabalho com grupos. O trabalho grupal requer, do coordenador, maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos participantes do sexo masculino durante seu manejo, o que exige, por sua vez, uma comunicação sintonizada com essa realidade.

Em relação ao número de participantes por encontro, observamos tratar-se de outro elemento a ser considerado pelo coordenador, uma vez que não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual como a auditiva e a conceitual (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). Segundo Mailhiot (1981), o número de participantes entre 12 a 15 é considerado como propício para o favorecimento da interação grupal. Entretanto, sabemos que não raro os grupos organizados pelas equipes de Saúde da Família agregam mais de 20 pessoas, realidade esta evidenciada neste estudo. Nesses casos, o coordenador deve ter habilidades para permitir satisfatória participação de todos, sendo capaz de perceber os diversos movimentos que ocorrem no interior do grupo.

A frequência dos encontros também se destacou como outro fator influenciador na comunicação grupal. Entre os grupos realizados semanal ou quinzenalmente, verificamos maior tendência a propiciar um nível de aquecimento mais rápido e maior vinculação entre os participantes do que os grupos que levam de dois a três meses para se reencontrarem, estando estes últimos mais vinculados à troca de receitas. Provavelmente, um menor intervalo entre os encontros permite que os fatos vivenciados sejam vividos no grupo e não historiados como dados do passado; o que os fazem ser trabalhados *in vivendum* (CASTILHO, 1994).

⁶ Gênero: elemento constitutivo das relações sociais, fundamentado nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo também uma primeira forma de significar relações de poder (SCOTT, 1995).

4.2 Perfil dos coordenadores de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família

Os sujeitos envolvidos no estudo foram 18 coordenadores de grupos, incluindo 12 enfermeiros, duas profissionais de enfermagem de ensino médio e quatro médicos. Em outros sete casos, os critérios de inclusão não foram seguidos rigorosamente, a exemplo de uma assistente social, que não é membro de equipe de Saúde da Família, mas ajuda na coordenação dos grupos junto às equipes da UBS "6" e de seis agentes comunitários de saúde, atuantes nas UBS "1" e "2".

Apesar de a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte não considerar os grupos coordenados pelos agentes comunitários, optamos por incluí-los, por auxiliarem ativamente na coordenação dos grupos observados junto às equipes, inclusive, assumindo essa atividade sem a presença de um profissional de ensino médio ou superior. Em relação à assistente social, foi identificada como referência do trabalho grupal na unidade básica onde atua, referenciada pela gerente local.

Com a inclusão dos agentes comunitários e da assistente social na pesquisa, concluímos nosso estudo com o total de 25 sujeitos, distribuídos quanto a sua categoria e origem, conforme ilustra o QUADRO 4. Enfatizamos que mantivemos o anonimato dos sujeitos por meio de nomes próprios fictícios por nós escolhidos.

QUADRO 4
Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa segundo categoria e equipe pertencente

DISTRITO BARREIRO						
UBS	Equipe	Categoria profissional				
		MD	ENF	ENM	ACS	AS
"1"	A		Amanda		Adriano Teresa	
	B	Carlos	Luana*			
	C		Vitória*	Flávia	Fernanda Érika	
"2"	D	Alberto*			Rodrigo Virgínia*	
"6"	I					Cristiane
"8"	M		Regina*			
	N		Bianca*			
DISTRITO NORTE						
"3"	E		Mariana Yasmin*			
"4"	F	Poliana*	Angélica*			
"5"	G		Neuza*			
	H		Beatriz Geraldo	Gabriela		
"7"	J		Neide			
	L	Danilo*				

Fonte: Gerência das unidades básicas de saúde dos Distritos Sanitários Barreiro e Norte.

Nota: Os asteriscos (*) correspondem a coordenadores que não foram entrevistados.

UBS - Unidade Básica de Saúde; MD - Médico(a); ENF - Enfermeiro(a); ENM - Enfermagem Nível Médio; ACS - Agente Comunitário de Saúde; AS - Assistente Social.

Foram entrevistados 14 profissionais: um médico, cinco enfermeiros, duas profissionais de enfermagem de nível médio, cinco agentes comunitários de saúde e uma assistente social, com duração média de 21 minutos cada entrevista. Ressaltamos que, em seis casos, não conseguimos realizar a entrevista devido à licença maternidade de três enfermeiras, saída da unidade básica de uma enfermeira e recusa de um médico e uma enfermeira em conceder a entrevista, os quais alegaram "agenda de trabalho apertada". Os demais profissionais não foram

entrevistados visto já termos alcançado o critério de saturação das informações.

A idade dos informantes variou entre 25 e 53 anos. Do total, 10 eram do sexo feminino e quatro do masculino. Quanto à religião, sete eram católicos, apesar de se observar uma heterogeneidade entre eles. Somente cinco dos informantes possuíam capacitação para o trabalho com grupos, formação complementar e específica que possibilita maior habilidade para manejar as situações emergentes no grupo. Em relação ao curso de especialização, quatro possuíam Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família e dois possuíam até duas especializações, incluindo Curso em Homeopatia, Cromoterapia e Processo Educativo em Saúde. Ressaltamos que oito do total de entrevistados tiveram contato com disciplinas que abordassem a comunicação. Em dois casos, esse contato ocorreu durante o Curso de Graduação em Enfermagem (QUADRO 5).

É importante destacarmos que não é apropriado reduzir a realidade à concepção dos atores sobre ela. Dessa forma, faz-se necessário atentarmos para os limites da análise, lembrando que, aqui, estamos tratando de um pequeno fragmento dessa realidade.


QUADRO 5

Perfil dos coordenadores de grupos na Estratégia de Saúde da Família


Informante	Idade	Sexo	Religião	Categoria profissional					Especialização			Capacitação em grupo	Contato disciplina Comunicação
				ENM	ENF	MD	ACS	AS	ESF	Outra	Nenhuma		
Amanda	34	F	Católica		X				X	X		Não	Sim
Adriano	33	M	Não				X				X	Não	Sim
Teresa	37	F	Católica				X				X	Não	Não
Carlos	25	M	Não			X					X	Não	Não
Flávia	39	F	Católica	X							X	Não	Não
Fernanda	25	F	Católica				X				X	Sim	Sim
Érika	35	F	Evangélica				X				X	Sim	Sim
Rodrigo	37	M	Católica				X				X	Não	Sim
Cristiane	44	F	Católica					X			X	Sim	Não
Mariana	29	F	Católica	X					X			Não	Sim
Beatriz	53	F	Espírita		X				X	X		Sim	Sim
Geraldo	29	M	Evangélica		X						X	Não	Sim
Gabriela	48	F	Espírita	X							X	Não	Não
Neide	52	F	Espírita		X				X			Sim	Não

Fonte: Ficha do informante (APÊNDICE E).

Nota: ENM - Enfermagem Nível Médio; ENF - Enfermeiro(a); MD - Médico; ACS - Agente Comunitário de Saúde; AS - Assistente Social; ESF - Estratégia de Saúde da Família.



*Desvelando o conteúdo e a forma da
comunicação do coordenador de grupos na
Estratégia de Saúde da Família*



5.1 Atmosfera grupal como fator determinante para a comunicação entre coordenador e membros

"A conscientização e a autocompreensão ajudam a ampliar o campo de nossas escolhas e possibilidades".

Piampone, Maria Helena

A comunicação é considerada por muitos autores como um importante aspecto na dinâmica do campo grupal (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). Inicialmente, essa comunicação é marcada, sobretudo, por cumprimentos entre coordenador e participantes com um "Bom dia" ou "Boa tarde", abraços e conversas paralelas em subgrupos, tal como ilustra a nota de observação a seguir:

Ao entrar, assistente social Cristiane diz "Bom dia!". [...] Cristiane conversa com as pessoas de forma informal e as cumprimenta na medida em que chegam: "Oh, dona Rosa! Você está boa?". Aquelas pessoas que não passaram bem durante a semana e de quem teve conhecimento, Cristiane pergunta se melhoraram. *NO* (UBS "6")

Percebemos, nessa observação, o predomínio da informalidade no grupo cujos integrantes, antes de considerarem que a reunião começou, passam a discorrer sobre diferentes assuntos, com a participação ou não do coordenador. São verdadeiros momentos de interação, de sociabilidade e até mesmo de afetividade entre os membros, o que pode favorecer a manutenção de uma atmosfera grupal acolhedora. Os integrantes sentem-se seguros, bem recebidos e participantes das discussões a serem realizadas no encontro.

Num segundo momento, há a tentativa do coordenador em promover o aquecimento inespecífico do grupo, apesar de nem sempre o mesmo ter conhecimento disso. Segundo Zimmerman e Osório (1997), esse tipo de aquecimento consiste em propor atividades que promovam a mobilização de ansiedades necessárias para expressão e definição de processos e produtos significativos

grupais. Neste estudo, o aquecimento inespecífico ocorreu por meio de trabalhos corporais, dinâmicas de apresentação do grupo e músicas, necessários para possibilitar a ambientação, a grupalização e a preparação das pessoas para seu envolvimento na tarefa.

Enfermeira Mariana tem em suas mãos uma bola. Diz que iniciará uma brincadeira [dinâmica de apresentação]. Essa enfermeira explica que cada integrante que pegar a bola deverá se apresentar ao restante do grupo e dizer quais são as suas expectativas. Em seguida, Mariana passa a dialogar com as pessoas juntamente com enfermeira Yasmin na medida em que o grupo se manifesta. *NO* (UBS "3")

É de nosso conhecimento ser essa uma etapa importante do grupo, pois, quando bem estimulado, permitirá ao coordenador observar as inquietações e ansiedades que porventura emergirão durante o acontecer grupal. Constatamos isso no trecho destacado a seguir, um desdobramento da dinâmica acima citada.

Durante a apresentação do grupo, uma das participantes começa a chorar. Diz que precisa de ajuda, pois está passando por problemas pessoais [divórcio]. Enfermeira Yasmin comenta que no grupo as pessoas trocam experiências, que o grupo "é um momento para a pessoa se valorizar. [...] É um momento de direito seu. [...] você terá apoio". Depois de alguns minutos, a participante mostra-se mais calma, inclusive participa, posteriormente, de outras atividades sugeridas pelas coordenadoras. *NO* (UBS "3")

Verificamos, na passagem acima, que é inevitável a constituição de um campo grupal dinâmico, pois fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, fenômenos resistenciais e transferenciais gravitam em torno desse campo, além de outros fenômenos próprios dos grupos (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). A partir de então, o aquecimento estimulado pelas coordenadoras desencadeou a mobilização de ansiedades e sentimentos dos membros, resultando em novos sentidos sobre a realidade de uma determinada participante, o que interferiu em sua prática discursiva, com efeito diferente do esperado: o choro.

Conforme nos explica Oliveira (2001), isso ocorre porque a intervenção acontece a partir de contextos culturais e interacionais pré-existentes que servem como referências de interpretação das novas mensagens trazidas e dos significados provocados pelos novos personagens que ali chegam; em nosso caso, o grupo. A decodificação dessas mensagens é permeada por atitudes de seleção, retenção ou rechaço, devido aos valores inerentes às práticas interacionais e à habilidade das

peças em enquadrá-los naquilo que Goffman (1986) chama de *frame* (quadro ou enquadramento), ou seja, como um espaço cultural, situacional e simbólico que possibilita uma interpretação singular das mensagens postas em circulação.

Significa, portanto, que não há um espaço vazio entre coordenador e membros do grupo. Até mesmo porque toda comunicação implica troca de signos, símbolos, colocando em jogo relações de influência e movimentos afetivos, para os quais o coordenador de grupo deve atentar (AMADO; GUITTET, 1978).

Uma experiência que nos chamou atenção por trazer um clima desfavorável foi observada em outro grupo cujo contato inicial da coordenadora com os demais integrantes não ocorreu de forma acolhedora. A atmosfera prévia encontrada no grupo já se mostrava hostil, mediante o contexto que remetia à presença da violência a que estão expostos os profissionais quando o cliente não consegue a assistência esperada nos serviços de saúde. Ao chegarmos à unidade básica "5", deparamos com uma usuária que não fazia parte do grupo e que se encontrava na seguinte situação:

[...] uma usuária grita e arremessa cadeiras e pedras em direção a outras pessoas que se encontram na entrada da unidade. Devido à confusão, uma funcionária solicita aos participantes do grupo se direcionarem à sala de reunião. Durante 20 minutos, aguardamos o início do grupo. Os participantes estão assustados e uma das integrantes, abalada, chora. Em determinado momento, entra na sala enfermeira Neuza para olhar uns papéis, mas logo em seguida sai do recinto. Após cinco minutos, Neuza retorna à sala, cumprimenta os participantes e diz que irá começar a palestra. Alguns participantes se levantam e vão embora. *NO* (UBS "5")

Verificamos, nessa passagem, que a coordenadora apresentou dificuldades para lidar com a tensão dos participantes, não criando um clima "realizador", o que poderia estimular comportamentos orientados para o cumprimento da tarefa em pessoas tensas e com pouca motivação (KOLB; RUBIN; MCLNTYRE, 1978).

Ademais, percebemos que a forma como alguns grupos são manejados nem sempre concede espaço para as pessoas compartilharem suas emoções. Por conseguinte, o coordenador não consegue fazer uma leitura do acontecer grupal, de modo a captar os sentimentos existentes que normalmente se encontram latentes, repercutindo na comunicação do grupo. Esse fato é bem caracterizado em um dos encontros que acontece no espaço aberto de um parque ecológico:

Os participantes começam a conversar sobre a retirada dos patos do parque. Estão recolhendo assinaturas para que as aves permaneçam naquele local. A discussão do grupo gira em torno dessa temática. Após 30 minutos, ENM Gabriela inicia o grupo. Ainda há comentários a respeito da retirada dos patos. [...] Gabriela começa a lembrar os cuidados que se devem ter para controlar o diabetes e a hipertensão. Alguns participantes olham para os lados distraídos, outros prestam atenção, mas com fisionomia de desânimo. Ao chegar algum integrante atrasado, de imediato a integrante que se propôs recolher as assinaturas, levanta-se e vai em direção à pessoa e explica-lhe do que se trata. Gabriela continua a falar. Não intervém. *NO* (UBS "5")

Nessa situação, verificamos que a coordenadora, ao ignorar a atmosfera do grupo, favoreceu o desinteresse e o pouco envolvimento dos participantes em torno da tarefa. A esse respeito, é importante ressaltarmos que, ao provir de uma realidade social e cultural, o indivíduo encontra-se impregnado de normas e valores com os quais vive e convive, sendo esse o material para os encontros, pois é dentro dessa realidade que ele está mergulhado (CASTILHO, 1994), devendo o coordenador atentar para tal fato. Além disso, por ser o grupo realizado em ambiente aberto, isso contribui para a menor concentração dos participantes em torno da tarefa de se discutir sobre doença, visto que a natureza nos abre espaço para o lazer, para a diversão.

Evidenciamos ainda que a falta de planejamento para iniciar o grupo interfere na atmosfera grupal, e, conseqüentemente, na comunicação do grupo, conforme exemplificado abaixo:

Enfermeira Amanda informa aos participantes que o objetivo do grupo naquele encontro é a apresentação do diagnóstico da equipe pelos agentes comunitários de saúde. [...] como há vários contratempos, [...] a enfermeira chama os membros para o centro do salão, no intuito de iniciar a sessão de alongamento. O grupo está disperso. Amanda chama novamente as pessoas para iniciar os alongamentos. Terminados os exercícios, o grupo retorna para seu lugar. Ainda os agentes não conseguem projetar os slides. O pessoal fica inquieto e demonstra vontade de ir embora. *NO* (UBS "1")

Os participantes devem saber as normas básicas do funcionamento do grupo, como, por exemplo, objetivos, local, horários, duração das reuniões, entre outros. Esses limites funcionais constituem-se no enquadre grupal cuja delimitação contribui para o estabelecimento de um clima específico (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Médico Carlos inicia o grupo assim: "Hoje quero conversar com o nosso grupo. Vai ter três momentos: o primeiro momento, eu queria pedir que as pessoas novas que chegaram ao grupo, para se apresentar [...]. Depois gostaria de conversar com vocês sobre [...] seu relacionamento [...] com os

serviços de saúde. [...] Depois o grupo será dividido em dois subgrupos. Cada grupo irá pegar uma folhinha, que contem algumas questões que [...] já aconteceram com várias pessoas aqui presentes. [...] O que deveria ter feito em cada situação ali representada [...]. No final vamos retornar [...] e um representante de cada grupo irá dizer o que o grupo discutiu em relação a cada pergunta. Depois a gente faz o fechamento". *NO* (UBS "1")

Durante o desenvolvimento do grupo, pode ser necessária confrontação no manejo do clima, principalmente quando surgem, nos encontros, temas polêmicos como aqueles relacionados à crença religiosa. Tais temas precisam ser bem manejados pelo coordenador com a finalidade de evitar conflitos e preconceitos, em prol do rendimento e do respeito mútuo, o que foi evidenciado no depoimento abaixo:

[...] às vezes, no grupo de 30 pessoas, tem [...] gente de crenças e raças diferentes. Eu, em uma oportunidade, tive que pedir que as opiniões fossem respeitadas. [...] Foi uma situação que envolveu religião e que eu tive que pedir para as pessoas respeitarem independente da crença da outra pessoa. [...] se eu não intervenho, acho que teria criado um mal-estar geral dentro do grupo. *Geraldo* (enfermeiro)

Além disso, é interessante observarmos o estabelecimento de contrato grupal entre o coordenador e os participantes, concretizando o compromisso de cada um na continuidade do grupo. Isso reforça a aceitação dessa modalidade educativa como instrumento potencializador dos relacionamentos interpessoais, o cuidado com o outro, a corresponsabilidade e a comunicação.

Enfermeira Mariana olha para enfermeira Yasmin e a questiona se elas vão fazer "o pacto" naquele momento. Yasmin responde que sim [...]. Mariana começa a anotar no cartaz as sugestões feitas pelo grupo. *NO* (UBS "3")

A literatura discorre sobre a importância do contrato grupal (CASTILHO, 1994; OSÓRIO, 1986; ZIMERMAN, 2000), uma vez que se configura como um instrumento cujo coordenador possui a seu favor, assegurando o crescimento e o comprometimento do grupo. O mesmo deve ser elaborado conjuntamente, por meio de uma postura ética e respeitosa, com flexibilidade de mudanças, de acordo com as necessidades do coletivo. Isso implica promover uma participação ativa e equilibrada entre os membros na construção desse contrato. Em termos de comunicação, predominará o enfoque participativo, contrapondo-se ao modelo unilinear.

5.2 A diversidade de canais de comunicação veiculadores de mensagens nos grupos socioeducativos

Neste estudo, a veiculação de mensagens é feita por diferentes canais, tais como, dinâmicas de grupo, músicas, filmes, cartazes, textos e jornais, o que é confirmado pelos depoimentos abaixo:

[...] quando dá, a gente usa cartazes, músicas, dinâmicas. *Teresa* (ACS)

Eu gosto de leitura. Toda semana eu preparo um texto. [...] até no jornal "Aqui", na coluna do Antônio Roberto [eu trabalho com o grupo, pois] fala sobre relacionamento, [...] sentimento, egoísmo. *Gabriela* (ENM)

A última atividade que a gente desenvolveu [foi] o filme "A corrente do bem"⁷. Nós estimulamos os participantes a utilizarem o filme para eles estarem colocando em prática, ajudar o próximo e estimular as pessoas irem ajudando umas às outras. *Geraldo* (enfermeiro)

A respeito da utilização de filmes nos grupos, é importante destacarmos que é uma experiência inovadora e diferente que oferece múltiplas linguagens para o trabalho do coordenador, além de introduzir a dimensão da sensibilidade. Um filme pode despertar muitos sentimentos, além de ser fonte de conhecimento. Permite usufruir da arte para aproximar as interpretações do comportamento humano, inspirando temas relativos às múltiplas dimensões da educação, quais sejam, seus significados e alcances, seus sujeitos e práticas, os espaços e processos educativos, dentre outros (TEIXEIRA; LOPES, 2003).

Entretanto, parafraseando Teixeira e Lopes (2003), durante a utilização de filmes, não devemos nos esquecer que a arte tem um valor em si mesma, é irreduzível. Não se trata de "escolarizar" o cinema ou de didatizá-lo. Assim, o desafio dos coordenadores está em se aproximar das diversas linguagens artísticas como forma de potencializar, de ampliar e de lapidar as sensibilidades, as identidades individuais e coletivas, as dimensões que nos constituem como seres humanos.

⁷ Esse filme conta a história de um jovem que crê ser possível mudar o mundo a partir da ação voluntária de cada um. O professor de Estudos Sociais faz um desafio aos seus alunos em uma de suas aulas: que eles criem algo que possa mudar o mundo. Trevor McKinney (Haley Joel Osment), um de seus alunos, cria um novo jogo, chamado *pay it forward* cuja ideia é baseada nas seguintes premissas: fazer por alguém algo que este não pode fazer por si mesmo; fazer isso para três pessoas; e cada pessoa ajudada fazer isso por outras três. Assim, a corrente cresceria em progressão geométrica. Sem que Trevor saiba, a concepção da corrente do bem iniciada em Las Vegas está se espalhando pelos Estados Unidos (A CORRENTE do bem, 2000).

A respeito das dinâmicas, enfatizamos que, realizadas com a finalidade de promover a integração grupal, muitas vezes, são utilizadas de forma inapropriada, não considerando seu potencial terapêutico. Gabriela, ao propor uma dinâmica com intuito de discutir sobre fatos recentes ou não, vivenciados pelo grupo, realiza a seguinte atividade:

Ao iniciar a dinâmica, Gabriela (ENM) pede para uma participante contar um fato que ocorreu ou que está ocorrendo em sua vida, ou algo que fez ou deixou de fazer. [...] Ana diz que a filha está passando mal. Ao ser questionada se o fato é recente ou não, Ana responde que é recente. Ela recebe um cartão escrito presente e o mesmo acontece com os outros participantes à medida que se manifestam. [...] Joana diz que está com dor na coluna. Liliane comenta que perdeu um familiar. [...] Lisa fala que o irmão está depressivo. *NO* (UBS "5")

Como demonstra a situação acima, os participantes mencionaram fatos de sua vida que envolviam a tristeza da perda de um familiar, dor, doença, entre outros. Mediante tais manifestações, percebemos a falta de conexão da fala da coordenadora com o conteúdo explicitado pelos integrantes. A coordenadora não fez uma leitura do acontecer grupal e limitou-se à tarefa explícita, não explorando o conteúdo implícito do que estava sendo trazido pelo grupo, o que exigiria da mesma afastar-se da ânsia simbólica, ou seja, da crença de que apenas o símbolo do cumprimento da tarefa levaria o grupo à produtividade (NERY; COSTA, 2008).

Nesses casos, é recomendável que o coordenador possibilite o compartilhamento do que se pensa, do que se sente e das emoções expressas, não somente na linguagem verbal, mas também nas atitudes, na espacialidade e na corporalidade, nos atos, nos processos pré-semânticos e não verbais dos membros. Dessa forma, favorecerá a participação e a expressão de sentimentos, permitindo a interação, a assimilação e a troca de experiências na elaboração coletiva do conhecimento. Ademais, ao permitir o grupo avaliar e compartilhar entre si as ressonâncias em seu mundo interno e as prováveis repercussões em sua vida, promoverá, no aqui-agora do grupo, a oportunidade de se ter trocas e aprendizagens recíprocas (NERY; COSTA, 2008).

O teatro também foi utilizado por alguns coordenadores como suporte para discutir algumas temáticas de difícil abordagem nos grupos, como por exemplo, o encontro realizado pela equipe B da UBS "1", em que se discutiu a sexualidade entre idosos.

Cada tema a gente pensa em técnica e forma diferentes, por exemplo, a questão da sexualidade. A gente tentou fazer um teatro. A partir desse teatro, as agentes de saúde fizeram um grupo fantástico. Durante o próprio teatro elas iam comunicando, debatendo alguns temas que a gente queria trabalhar com os idosos. *Carlos* (médico)

Esse canal ainda foi utilizado por outros coordenadores no intuito de se trabalhar conteúdos sociais, conforme consta no depoimento da enfermeira Beatriz:

Trabalhar conteúdo social no teatro é mais fácil, [...] porque é sofrido você colocar a sua situação, num contexto fora da sua realidade. Você trabalha do mesmo jeito, mas é menos sofrido, porque o compromisso social com esse resgate [...] é muito doído. [...] E quando você vê o professor [de teatro] falando assim: "Se você fizer uma cena rápida, que é um esquete, abordando um problema que é um nó crítico seu, que você não dá conta da realidade dele, vai o quê? Deslocar ele para aquela cena, mas que não está dissociado do pensamento e do contexto dele". *Beatriz* (enfermeira)

Segundo Dezotti (2006), o teatro só se qualifica como mensagem quando acontece a interação entre emissor e receptor. Se não houver a decodificação da informação, o teatro torna-se apenas um suporte material, condição necessária para a comunicação, mas não como meio de comunicação efetivo.

Nesse sentido, destacamos que, para estabelecer uma relação comunicativa entre coordenador e grupo, ao utilizar esse canal, é necessário que os integrantes participem de experiências com a linguagem teatral⁸ que possibilitem seu diálogo com a realidade, por meio da expressão de sua criatividade. É importante, ainda, que o coordenador questione, instigue e colabore para a reflexão coletiva do grupo, de modo a permitir aos membros formarem conceitos significativos necessários para sua aprendizagem. Verificamos isso na nota de observação abaixo que descreve a discussão estabelecida no grupo após a dramatização pelos agentes comunitários.

⁸ Segundo Hauer (2005), o termo linguagem teatral implica a pressuposição de que o trabalho com o teatro evidencia o uso de uma linguagem específica, distinta da linguagem oral, escrita, musical ou corporal. Sua mensagem é mediada por tudo aquilo que é gesto, ruído, cor e plasticidade do espaço cênico. Portanto, "há uma integração de diferentes sistemas de signos (verbal, gestual, plástico, sonoro) portadores de múltiplas significações" (PUPO, 1991, p. 42).

Após encenação, médico Carlos resgata a história por meio de questionamentos ao grupo. Carlos: "Uma coisa que o seu Manoel [personagem] admitiu é que ele pula a cerca, e [...] quando ele fica com a dona Maria [personagem - esposa de seu Manoel], ele não usa camisinha. Vocês acham que isso ta certo ou ta errado?". Participantes: "Ta errado". [...] Carlos: "Vocês acham que sexo é saúde?". Participantes: "É". Carlos: "E ausência de sexo é doença?". Participantes: "Para alguns é"; "Para mim não". Carlos: "[...] E se a dona Maria ficar muito incomodada e resolver separar do marido dela, o que vocês vão falar para ela?". Participante: "Separa não". Carlos: "Vocês acham que ela tem que continuar desse jeito, não tem que dar um jeito na vida?". Participante: "É assim mesmo, até o dia que Deus separar". NO (UBS "1")

Diante das experiências destacadas acima, observamos que o teatro tem contribuído de alguma forma para trazer os conteúdos implícitos na comunicação grupal, expondo menos os integrantes do grupo. Consiste em um verdadeiro instrumento que possibilita ao homem avaliar e criticar a si próprio. No dizer de Hauer (2005, p. 19), "esta capacidade crítica confere ao teatro um potencial educativo na medida em que permite ao homem aprimorar suas ações".

Alguns coordenadores também se apropriam de estratégias de *marketing*, ao utilizarem camisetas próprias e cartazes para divulgação do grupo. Essa comunicação começa no entorno da unidade básica, a partir do uso de sinalizações capazes de motivar a comunidade a participar dos encontros e a apropriar-se dos equipamentos de saúde a ela disponibilizados. Em um dos encontros, verificamos a presença de uma participante que conheceu o grupo a partir do cartaz exposto na recepção da unidade básica. Esse cartaz foi confeccionado com cartolina, escrito à mão e continha os seguintes dizeres:

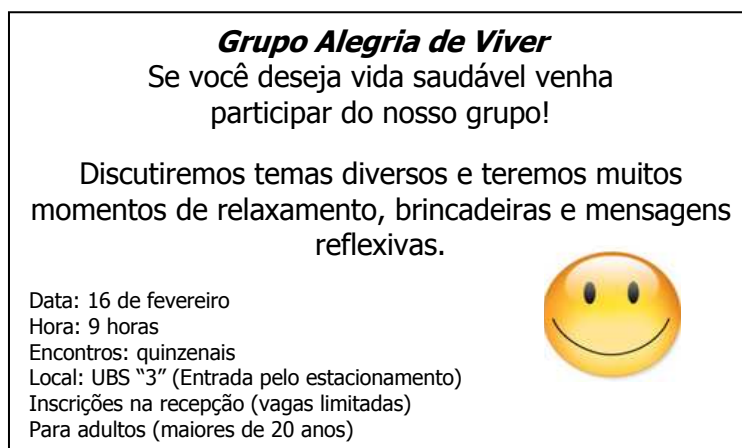


FIGURA 8 - Esquema ilustrativo do cartaz de divulgação do grupo ofertado pela UBS "3"

Verificamos, no cartaz, a clareza da mensagem veiculada, mostrando-se instigadora e atraente para persuadir as pessoas a participarem dos encontros do grupo. Segundo Gaiarsa (2001, p. 99), “[...] os textos [...] têm de ser reduzidos, ter uma imagem que retenha a atenção do público, ser de fácil memorização e ter uma preocupação com a simplicidade e a clareza [...]”.

Pensando nisso, as coordenadoras fizeram um jogo visual e verbal (semântico), com a intenção de mostrar que o indivíduo só conseguirá ter uma vida saudável se participar do grupo. Por isso, a mensagem central do cartaz está bem visível e as demais informações do grupo aparecem com fontes menores que os da mensagem, como percebemos na FIG. 8.

Além disso, destacamos o fato de a locução verbal “venha participar” encontrar-se no imperativo, tentando convencer o público a participar do grupo. Ainda foi utilizado, no cartaz, recurso visual que se relacionou com o texto verbal, a figura do *smile* que denota estado de felicidade.

Um fato a se considerar, também, é o uso de cartazes, panfletos e cartilhas que aludem à propaganda publicitária envolvida nas campanhas de saúde, muitas delas financiadas pelo Ministério da Saúde. Observamos o uso desses materiais didáticos nos espaços institucionais como meio de divulgação de informação a fim de esclarecer e motivar as pessoas sobre ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Entretanto, nem sempre os indivíduos recebem satisfatoriamente essas mensagens, conforme demonstra a fala de um dos participantes:

O grupo discute sobre a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) entre os idosos. José [participante] diz ser um absurdo o posto colocar na recepção cartazes que dizem: “Camisinha e carnaval - a dupla que dá certo. Isso de velho com AIDS é velho safado”. NO (UBS “2”)

Diante da declaração acima, constatamos que o conteúdo funcional do cartaz que se volta para favorecer práticas preventivas é objeto de resistência dos usuários, em decorrência da polêmica que circunscreve a temática sexualidade. De acordo com Oliveira *et al.* (2007, p. 293),

a compreensão da mensagem de um cartaz é resultado da interação complexa de múltiplos fatores. A mensagem, assim como na enfermidade, chega até ao usuário por meio de suas experiências e experimentação dos espaços / acontecimentos sociais, que dotam de sentido todo o mundo ao seu redor. Cada sujeito em particular vai considerar a relação entre os

sentidos individuais e o contexto cultural mais amplo onde se encontra, tecendo sua rede de significados.

Outro canal de comunicação que merece destaque diz respeito à disponibilização para o coordenador de alguns aparatos tecnológicos, tais como, televisão, disco digital versátil (DVD), aparelho de som, computador, *data show*. Ao utilizá-los, o coordenador deve atentar para o fato de que o formato das mensagens veiculadas no grupo pode não estar apropriado para a compreensão dos participantes que possuem realidades distintas. Até mesmo porque, para que a mensagem ou informação se estabeleça como comunicação é preciso que ela seja tomada como conteúdo simbólico, ou seja, quando representa algo para alguém.

Para exemplificar, citamos a apresentação oral com *data show* do diagnóstico epidemiológico da equipe 1 da UBS "1" pelos agentes comunitários de saúde. Esses agentes estavam mais interessados em repassar o conteúdo, sem ater-se à possibilidade de que os membros pudessem apresentar dificuldades em apreender e refletir sobre aquilo que era exposto.

Dessa forma, ao tratar a comunicação como um mero processo de transmissão de mensagens, com sentidos previamente estabelecidos, esse acontecer no grupo caracterizou bem a prática comunicativa subsidiada pelo modelo informacional. Lembramos que esse modelo negligencia a intervenção dos homens na vida social e exclui a complexidade da dimensão simbólica presente em todo ato comunicativo (SIMÕES, 2007).

Destacamos, ainda, o posicionamento de uma das entrevistadas que se colocou contrária ao uso desses aparatos tecnológicos, alegando não permitir uma boa comunicação, conforme exemplificado na fala a seguir:

Quando a gente usa desse recurso [computador], é dia que a gente tem mais problemas, porque é o dia que [os participantes] vão dormir. Quando eu utilizo cartaz, levo pincel, revista, eles recortam e passam uma mensagem para a gente. Então, há uma participação muito grande. Mas se eu utilizo desses recursos, de ta lá na frente com muita gente, com microfone, computador, televisão, a comunicação não é boa. Mas aquela coisa de você ta lá na frente, apontando um, apontando o outro, para eles participarem. É como se [...] tivesse na sua casa, convidando ele para ir a sua casa. A satisfação é muito maior. *Neide* (enfermeira)

Verificamos, no trecho citado, referência implícita a outra concepção da comunicação: a abordagem dialógica que entende a prática comunicativa não

somente como um processo de transmissão de mensagens, mas como um processo constituidor tanto dos sujeitos quanto do mundo comum construído e partilhado intersubjetivamente. Neide, ao propor atividades que possibilitam a participação coletiva do grupo, inclui a comunicação no terreno da experiência, da ação e da intervenção dos homens cuja linguagem adquire uma dimensão expressiva e constitutiva da experiência do homem no mundo, mesmo que isso possa ocorrer de forma empírica. Linguagem que é empregada por um sujeito dialógico, que se vê em relação com o outro e se constrói nessa relação (SIMÕES, 2007).

Além disso, é importante enfatizarmos a presença de instrumentos para monitoramento do estado de saúde do indivíduo, os quais têm se destacado como frequentes meios comunicativos entre coordenador e grupo, tornando-se trocas simbólicas nesses espaços de cuidado. Observamos que a participação das pessoas, não raramente, está associada ao recebimento de medicamentos e acesso às consultas médicas ou de outros profissionais, condicionando, assim, a presença do usuário nos grupos (ALMEIDA, 2006; FERNANDES, 2007). Podemos dizer, dessa forma, que a comunicação poderá não necessariamente resultar na sensibilização dos participantes para o autogerenciamento, uma vez que reforça o modelo biomédico.

Uma integrante, ao perceber que está demorando iniciar o grupo, solicita a equipe começar a medir a pressão. Viajará amanhã e não quer sair sem antes saber se a pressão está alta. *NO* (UBS "1")

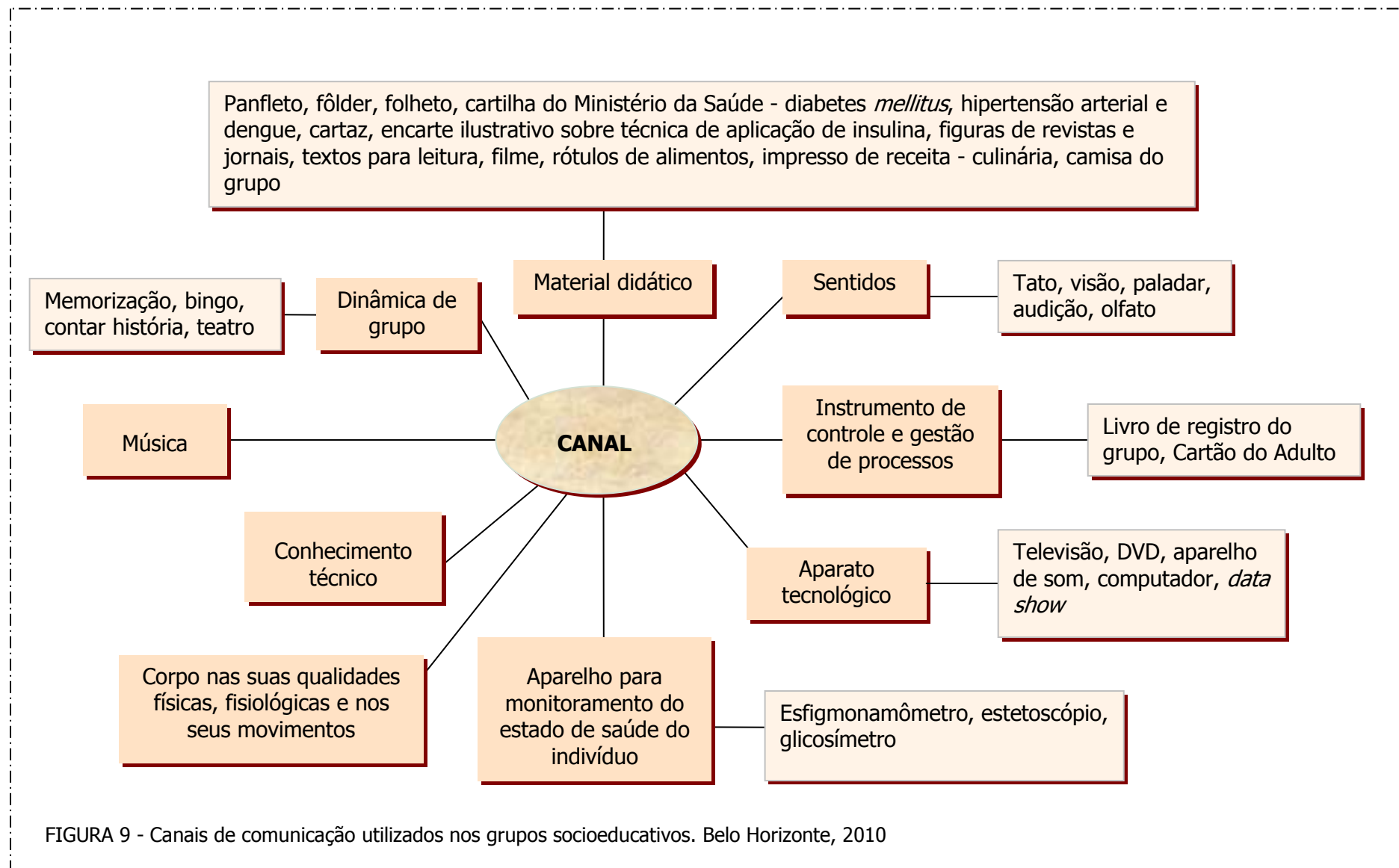
Outra troca simbólica marcante nos grupos diz respeito à renovação das receitas médicas, principalmente àquelas prescritas para pessoas que possuem diabetes e hipertensão.

Enfermeira Neuza diz que as acadêmicas de enfermagem irão realizar uma atividade com o grupo. Um dos participantes fala que só veio ao encontro para renovar a receita e que não vai participar do grupo. Neuza diz que ele pode aguardar fora da sala, assim como os outros participantes que quiserem apenas trocar a receita. *NO* (UBS "5")

Verificamos, na observação citada, que ainda persiste a ideia de que o modelo de intervenção continua centrado na figura do médico, que promove a medicalização daqueles que necessitam. Essa visão reducionista deve ser considerada e trabalhada dentro dos grupos, principalmente naqueles que agregam idosos, os quais se encontram em uma fase da vida em que é frequente a existência de comorbidades.

Há que desmistificar essa ideia, de tal modo a mostrar que apenas as trocas simbólicas, quais sejam, medida de pressão, glicemia ou renovação de receita, não levam à cura dos problemas.

A seguir, temos a FIG. 9 a qual consiste em um demonstrativo visual esquemático dos canais de comunicação utilizados pelos coordenadores de grupo. Conforme verificamos nessa figura, há uma diversidade de canais que propagam mensagens nos grupos socioeducativos. Essas mensagens poderão ser iguais, mas os membros do grupo, possivelmente, as perceberão diferentemente. Portanto, a comunicação não pode ser compreendida como mera transferência de informações. A decodificação dessas mensagens, veiculadas por canais distintos, é percebida e processada de maneiras distintas. Cada integrante tem diferenças cognitivas e particularidades com relação aos conteúdos discutidos no grupo, que deverão ser considerados pelo coordenador.



5.2.1 A música como canal facilitador de comunicação e interação do coordenador junto ao grupo

A necessidade de incorporar práticas comunicativas que promovam maior participação do grupo em torno da tarefa exige do coordenador, criatividade. Um dos canais utilizados é a música, a qual foi considerada, neste estudo, como um canal profícuo para ações educativas, destacando-se enquanto veículo de comunicação e interação grupal.

[...] a música tem uma coisa muito boa que é o relaxamento. Você junta o relaxamento com o teor que a música traz. Se for uma letra que te leva à condução de um tema legal, ela te ajuda dos dois lados e foi o que eu tentei ajuntar. Mas foi muito maior que o esperado, porque a comunidade já estava tão sofrida [...]. Aí eu percebi: "Nossa que bom! [...] eles estavam precisando de algo mais. Só essas pílulas de anti-hipertensivo não iam funcionar". *Beatriz* (enfermeira)

A música é entendida, segundo algumas autoras, como uma estratégia criativa de cuidado que facilita a expressão de emoções, a comunicação interpessoal e a possibilidade de se focalizar aspectos saudáveis do cliente (BERGOLD; ALVIM, 2009). Nesse sentido, *Beatriz*, ao propor a música como meio para conversar com o grupo, imprimiu à comunicação outra dinâmica, distinta da descrita pelo modelo informacional: passou não mais a vê-la como transmissão de conteúdos prontos, mas como processo de produção de sentidos sociais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Particularmente, estudos com grupos que agregam idosos demonstram os benefícios da música, seja em termos de valorização do idoso, que visem resgatar sua cultura, atividades, sentimentos, potencialidades e autoestima, seja pela maior participação, companheirismo e convivência produzidos pela prática musical em conjunto. Além de contribuir para uma melhor socialização, essa expressão artística também ajuda na comunicação, na criatividade, na coordenação motora, na respiração, na memória e na atenção, conseqüentemente, contribui para uma melhor qualidade de vida (BUENO, 2008; LEÃO; FLUSSER, 2008). A observação de campo seguinte revela isso:

Enfermeira *Beatriz* coloca a música *Minha Festa de Nelson Cavaquinho e Guilherme de Brito* para tocar. Todos começam a girar na roda. *Beatriz* solicita aos participantes realizarem alguns movimentos, por exemplo, dar as mãos, levantar os braços. Em seguida, *Beatriz* pergunta se alguém lembra o conteúdo da letra da música. Poucos integrantes recordam. *Beatriz* diz que

vai colocar a música novamente e pede para eles prestarem atenção na letra. É realizada uma sessão de memorização. *NO* (UBS "5")

Para Bergold, Alvim e Cabral (2006), a música provoca ainda sensações e reações, fazendo com que as pessoas se emocionem. Estimula a produção de subjetividades, traz a singularidade de cada pessoa à tona, o resgate das experiências pessoais, familiares e culturais vivenciadas pelos sujeitos dentro de um contexto histórico-cultural. Como diz Garmendia (1981), a experiência musical em sua totalidade está consubstanciada com a vida afetivo-emocional. Nesse sentido, o coordenador deve observar como cada integrante percebe e vivencia determinada música em um momento específico do processo grupal, conforme identificamos no trecho apresentado a seguir:

José [membro] comenta que em uma das serenatas realizadas pelo grupo, foi na casa de um idoso acamado. Os familiares pensaram que eles cantavam apenas moda antiga, e, quando perguntaram qual era a música preferida do idoso, as pessoas responderam que ele era atleticano. Então, o grupo cantou o hino do Galo, o que fez o idoso chorar de emoção. José, que também é atleticano, comenta: "Foi tão emocionante que eu confesso que também chorei", "Chego até arrepiar", disse mostrando os braços com os pelos erigidos. "Até o doutor Alberto se emocionou". *NO* (UBS "2")

A partir da situação apresentada, observamos o quanto é exigido do coordenador estimular a percepção de si próprio e dos outros diante da singularidade de cada um, o que exige também ampliar a capacidade de entendimento do intrincado contexto em que estão inseridas as relações humanas (BERGOLD; ALVIM, 2009). Em termos de comunicação, isso implica ser capaz de perceber melhor o mundo de signos que rodeia o grupo e a si próprio com sua realidade e que deve ser decodificado por todos.

Outro aspecto importante sobre a música e que emergiu no depoimento de uma das entrevistadas diz respeito à possibilidade de trazer à tona nuances da vida pregressa, evocando lembranças que fazem parte da narrativa de vida de cada integrante do grupo.

[...] tem uns que falam assim: "Quando você cantou aquela música lá, eu me lembrei de uma coisa tão triste de minha vida e eu cheguei em casa e chorei". Aí eu falo assim: "Então não foi bom o grupo [...]". "Não! Eu chorei porque lembrei de tanta coisa linda que já passei que eu nem lembrava mais". Então, por exemplo, uma senhora que falou comigo: "Eu me lembrei de um amor". Eu falei: "Que legal que a senhora lembrou-se de um amor". Aí ela disse: "Eu sou casada mais de 35 anos e nem meu marido sabe que eu me lembrei de um amor e não é ele". [...] elas nos procuram para falar

isso. [...] problemas de infância sempre são lembrados porque a gente canta Atirei o pau no gato, [...]. *Beatriz* (enfermeira)

Com esse relato, é possível enfatizarmos a complexidade que envolve o processo comunicativo. *Beatriz*, ao selecionar a música como forma de realizar o trabalho grupal, teve outra intenção provavelmente. Porém, observamos que a música funcionou como um ótimo instrumento de comunicação no grupo, permitindo mobilizar lembranças vividas por alguns integrantes, experiências datadas, localizadas e marcadas por situações positivas para uns e negativas para outros.

Esse fato remete à capacidade do homem como um ser simbólico, que, refletindo a ação humana, consiste em formas de produção de sentidos. São formas que, ao mesmo tempo em que instauram sentidos, remetem a outros significados, que abrem a imaginação simbólica⁹ do homem (DURAND, 2000).

Também a situação anteriormente destacada remete ao resgate da espontaneidade por meio da música. A esse respeito, Lima (2003) afirma que a música é uma forma de manifestar emoções que necessitam de espontaneidade para se expressar.

É uma forma de se colocar no mundo que atua no corpo, na mente e na alma. Quando entramos no sentimento de uma música conseguimos nos transportar inclusive para experiências e vivências até então inaceitáveis [...]. Por meio da música expressamos e sentimos o antes incompreendido, conseguimos o encontro com vivências da humanidade, com o autor da música, com personagens e com papéis da nossa vida (p. 7).

Do ponto de vista da comunicação, é relevante, portanto, que o coordenador saiba entender essa dimensão simbólica como um de seus elementos constituidores, pois significa pensar que os produtos comunicativos possuem essa dimensão instauradora de sentido, que se encontra nos homens, mas que, inscrita nos produtos, ganha uma dimensão própria (SIMÕES, 2007).

Ainda, os coordenadores utilizaram-se da música para realizar relaxamento a partir de indução verbal no intuito de focalizar a atenção dos participantes em si próprio naquele "aqui-agora-comigo-no-grupo", possibilitando tomarem consciência

⁹ Expressão entendida como a capacidade humana de criar sentidos (DURAND, 2000).

de seus corpos e preparando-os para o encerramento da atividade grupal, o que se encontra ilustrado no trecho abaixo:

Ao som da música - sons da natureza - e com voz baixa e suave, enfermeira Amanda solicita a todos para respirarem profundamente, buscarem uma posição confortável [...]. Os participantes obedecem ao pedido. [...] "Vamos transportar o corpo para um local gostoso. Pode ser na roça onde você nasceu, num parque. [...] relaxe seu corpo. Pode relaxando seus pés, suas pernas, seus quadris. [...] Escutem a música. O barulho da água batendo em seus ombros. Tirando toda a tensão, preocupação, peso que você tem suportado [...]". O grupo demonstra concentrado. *NO* (UBS "1")

A esse respeito, destacamos que a música, ao ser utilizada com equilíbrio e harmonia, atua como qualificadora do espaço, estimulando a percepção ambiental e corporal. Além disso, cria uma ambiência acolhedora, contribuindo significativamente no processo de produção de saúde no espaço grupal.

Outro meio de comunicação utilizado pelo coordenador associado à música diz respeito à dança sênior, criada em 1974 na Alemanha, como estratégia preventiva da inatividade e retardo da senilidade, promovendo qualidade de vida entre os idosos (OLIVEIRA; PIVOTO; VIANNA, 2009).

Para Oliveira, Pivoto e Vianna (2009), as músicas da dança sênior são alegres e animadas, com melodias que lembram cantigas de roda dançadas na infância, resgatando a memória musical. As coreografias estimulam o idoso de forma lúdica na relação interpessoal, promovendo o acolhimento e a afetividade. É uma roda de inclusões onde cada um se valoriza como ser humano. Essas mesmas autoras explicam também que essas coreografias estimulam a memória recente, a atenção e a concentração, podendo evitar o isolamento por proporcionar a socialização, o encontro de novas amizades, a alegria, a motivação, o divertimento e o bem-estar.

Neste estudo, essa modalidade de dança foi explorada em um dos encontros coordenados pela assistente social Cristiane, que contou com a colaboração de uma enfermeira, atualmente referência na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para divulgar tal prática. Durante a atividade, observamos momentos de grande contentamento cujos rostos alegres e cheios de vitalidade do grupo documentavam aquele momento. Os membros repetiam as coreografias de baixo impacto, passos curtos e leves, de movimentos suaves, com entusiasmo, sendo respeitados os limites de cada participante.

Nesse sentido, a dança sênior, ao ser pensada na perspectiva do processo de comunicação, mostra a importância do papel musical nas relações de emissão e recepção de mensagens, em que podemos compreendê-la como possível portadora de significação.

Apesar de todos os benefícios mencionados anteriormente, é importante que após o uso da música, o coordenador solicite aos membros compartilharem sensações, sentimentos e lembranças estimulados pela música, o que nem sempre ocorre nesses espaços de cuidado, prevalecendo apenas uma comunicação instrumental.

O grupo encontra-se sentado em círculo. ACS Teresa põe-se de fora dele e solicita aos participantes para fecharem os olhos e escutarem a música, [...]. A ACS começa a falar sobre doação de sentimentos, de alegria, de confraternização. Depois de alguns minutos pede para que todos abrissem devagar os olhos. Os participantes se mostram atentos à fala da ACS. Um dos membros se emociona, visto que seus olhos lacrimejam. Ela enxuga os olhos com as mãos. Trata-se de uma senhora cujo marido faleceu há duas semanas. A ACS está atrás dessa participante e não percebe esse acontecimento. Logo após, inicia aferição de pressão arterial. *NO* (UBS "1")

O exemplo descrito ilustra o quão é difícil para o coordenador assegurar a percepção acurada das mensagens que emergem no grupo, principalmente aquelas que denotam efeito emotivo entre os membros. Verificamos, na situação relatada acima, que a participante não assimila passivamente a mensagem veiculada na fala da ACS. Reage, sim, à significação em função de suas preocupações, de seu sistema de referência que deve ser reconhecido e respeitado pelo coordenador (AMADO; GUITTET, 1978). Seria interessante, portanto, que Teresa tivesse percebido e, posteriormente, verbalizado o ocorrido com a integrante, de tal forma a convidá-la a verificar ou a elaborar sobre a observação feita, sem, contudo, interpretar, discorrendo apenas aquilo que foi visto (FORREST, 1983).

Outro achado deste estudo refere-se à presença de coordenadores que utilizam a música para estimular o pensamento crítico-reflexivo entre os membros do grupo, na busca de maior percepção de si próprio e de sua relação com seu contexto. Promove, assim, o autoconhecimento, a reflexão e a percepção do outro, aspectos importantes para o desenvolvimento pessoal e a integração grupal e social, evidenciados também em outra pesquisa (BERGOLD, 2005).

Enfermeira Beatriz coloca um trecho de uma música e todos ouvem sentados. Após a música, Beatriz pede ao grupo para expressar algo sobre o que ouviu. Destacam-se algumas falas dos participantes: Clara: "Quem me viu, quem me vê, a tristeza acabou". Beatriz: "A tristeza acaba?". Rubi: "Depende da tristeza". Beatriz: "Qual que acaba?". Rubi: "A da morte de um filho não acaba". Clara: "A de perder um amigo", [...] "a gente tem que fazer o possível e o impossível para não ficar triste". Beatriz: "Gostei disso". [...] Beatriz: "Se a tristeza não acabar e ela tem que acabar, não se deve ficar remoendo. A tristeza é um sentimento momentâneo". Clara: "Você não vai ficar remoendo a vida toda [...]". *NO* (UBS "5")

Sabemos, entretanto, que, na tentativa de deslocar a comunicação dos limites de seu fazer instrumental para o espaço de reflexão, muitas vezes, a atuação do coordenador é intuitiva, apresentando pouco entendimento dos conceitos teóricos que fundamentam a prática de grupos e a comunicação. Conseqüentemente, pode-se expor os demais membros a conseqüências danosas, com desencadeamento de fenômenos grupais como aversão, conflitos desnecessários, sofrimento e perda do interesse e motivação para o cuidado.

A música também foi utilizada para anunciar a chegada de um integrante atrasado do grupo, conforme exemplificado abaixo:

Após 26 minutos de início do grupo, chega Margarida [integrante]: "Boa tarde. Estou atrasada". Riso. ACS Virgínia, ao vê-la, começa a cantar "Só estava faltando você aqui (três vezes). Bem vindo ao nosso encontro". José [integrante] a acompanha com o pandeiro. Os demais membros também começam a cantar. *NO* (UBS "2")

Segundo Mota e Munari (2006), a chegada de um integrante atrasado no grupo é um aspecto que, quase sempre, causa muita angústia ao coordenador. No trecho em destaque, observamos, entretanto, que é possível lidar bem com isso. Virgínia, ao reconhecer a presença do outro, comunica de forma diferenciada sua chegada ao grupo, não a repreendendo, sem emitir críticas. Ainda, com a música, acolhe-a de forma pró-ativa e receptiva e é seguida pelos demais membros o que favorece a integração da participante atrasada.

Outro aspecto que permeia a possibilidade do uso da música no trabalho grupal refere-se a seu uso consciente de forma a manter uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do integrante em desejá-la em determinados momentos. Além disso, enfatizamos a necessidade de o coordenador identificar e respeitar a preferência do outro por determinado estilo musical, para sustentar suas influências positivas. Até mesmo porque, se esse estilo musical não fizer parte do

universo sonoro do grupo, pode funcionar como mais um fator estressante (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006), ou desencadear no grupo momentos de pré-tarefas, conforme evidenciado nas observações de campo a seguir:

O grupo discute sobre as músicas que irão tocar durante o baile que estão organizando. ACS Rodrigo comenta: "O que eu acho é que podemos dosar: *rockroll*, Elvis Presley, Roberto Carlos [...], para agradar todas as idades". José [participante] comenta: "Sim. Agora se tocarem funk", e faz sinal com as mãos significando saída, "dou tchau e oh, saio mesmo". NO (UBS "2")

Enfermeira Beatriz solicita ao grupo fazer movimentos de vai e vem com o corpo ao ritmo de uma música lenta. Os membros do grupo têm dificuldade para se concentrarem e aparentam desanimados. [...] Beatriz troca a música por uma mais animada e começa a fazer com o grupo movimentos de alongamento. O grupo se concentra mais na atividade. NO (UBS "5")

Outro aspecto importante observado nos grupos é a disposição de alguns coordenadores para proporcionarem aos idosos atividades que envolvem o canto ou o tocar instrumentos musicais, conforme descrito a seguir:

[...] ainda temos cantorias no grupo. Temos dois senhores que tocam. É um dia livre, dia da brincadeira. *Amanda* (enfermeira)

Para Bruscia¹⁰ (2000 apud ZANINI, 2003), o ato de cantar ou tocar em conjunto propicia a liberação de nossa energia interna para o mundo externo, fazendo nosso corpo soar, damos formas a nossos impulsos, vocalizamos o não dizível ou as ideias não pronunciáveis e destilamos nossas emoções em formas sonoras descritivas.

De igual modo, Zanini (2000, p. 3) acredita que

o cantar na Terceira Idade pode proporcionar a descoberta de novas possibilidades para o indivíduo, pois existem atividades que deixamos de vivenciar no decorrer de nossas vidas por falta de tempo, pelo acúmulo de *stress* aliado à necessidade de sobrevivência e, até mesmo, por não termos acesso ou oportunidade.

Um objetivo diferenciado para se propor o canto foi observado em um dos grupos em estudo cujos membros se encontram semanalmente para ensaiarem músicas antigas brasileiras, no intuito de fazerem mensalmente serenata na casa de acamados da comunidade, denominada Serenata do Acamado. Na opinião de um dos

¹⁰ BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Tradução de Mariza V. F. Conde. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

coordenadores, essa é uma forma, inclusive, de socialização da pessoa que, naquele momento, se encontra fragilizada e restrita ao domicílio:

[...] no grupo de convivência [...] a gente faz ensaios de música para fazer essa ação dos acamados. A gente faz serenata para os acamados, para fazer também um trabalho de socialização com eles. Como eles [...] estão limitados a ficar dentro do lar, a socialização deles se torna mínima, então [...] o grupo tomou o objetivo [...] de aprender a cantar e estar ensaiando. [...] a gente se comunica mais pela música [...]. *Rodrigo (ACS)*

Aqui, cabe um adendo a respeito da entrada do grupo no domicílio. Mesmo que de passagem, é sempre um espaço de atribuição de significados, de valores e de formas interacionais entre seus membros e os de fora, configurando-se como uma espécie de palco onde as distintas formas de subjetividades ganham também diferentes formas de tratamento e de possibilidades de circulação naquele ambiente (OLIVEIRA, 2001).

Nessa perspectiva, a Serenata do Acamado transcende uma simples visita. É uma interposição do simbólico que separa a casa do espaço público, gerando uma forma diferente de poder, seja no que concerne ao ato de perguntar, de interrogar, de interpretar ou no simples fato de interferir na rotina comportamental e discursiva dos membros da família, ainda que a seu favor. Significa que a visita não pode ser entendida como uma simples entrada em um mundo inerte, pois rompe com a lógica simbólica da casa, como uma intervenção entrópica que se transforma em fonte ativa de novas produções de sentidos enquanto os membros da casa se transformam em agentes passivos diante do visitante onde a interrogação pode ser unilateral ou sem possibilidade de mútuas interrogações (OLIVEIRA, 2001).

Apesar dos benefícios da música apresentados, é importante lembrarmos que, por se tratar de grupos com predomínio de idosos, o coordenador precisa atentar para as limitações comuns nessa faixa etária, como a perda de audição e a dificuldade de leitura das letras de músicas impressas em tamanho de fonte menor. O coordenador necessita considerar isso e fazer propostas sempre de inclusão. Constatamos essa preocupação em um dos grupos observados:

[...] o grupo se organiza e começa a cantar. Cada membro tem sua pasta de música. O xerox é feito pelo médico Alberto. A letra das músicas é impressa em tamanho de fonte maior que a habitual. *NO (UBS "2")*

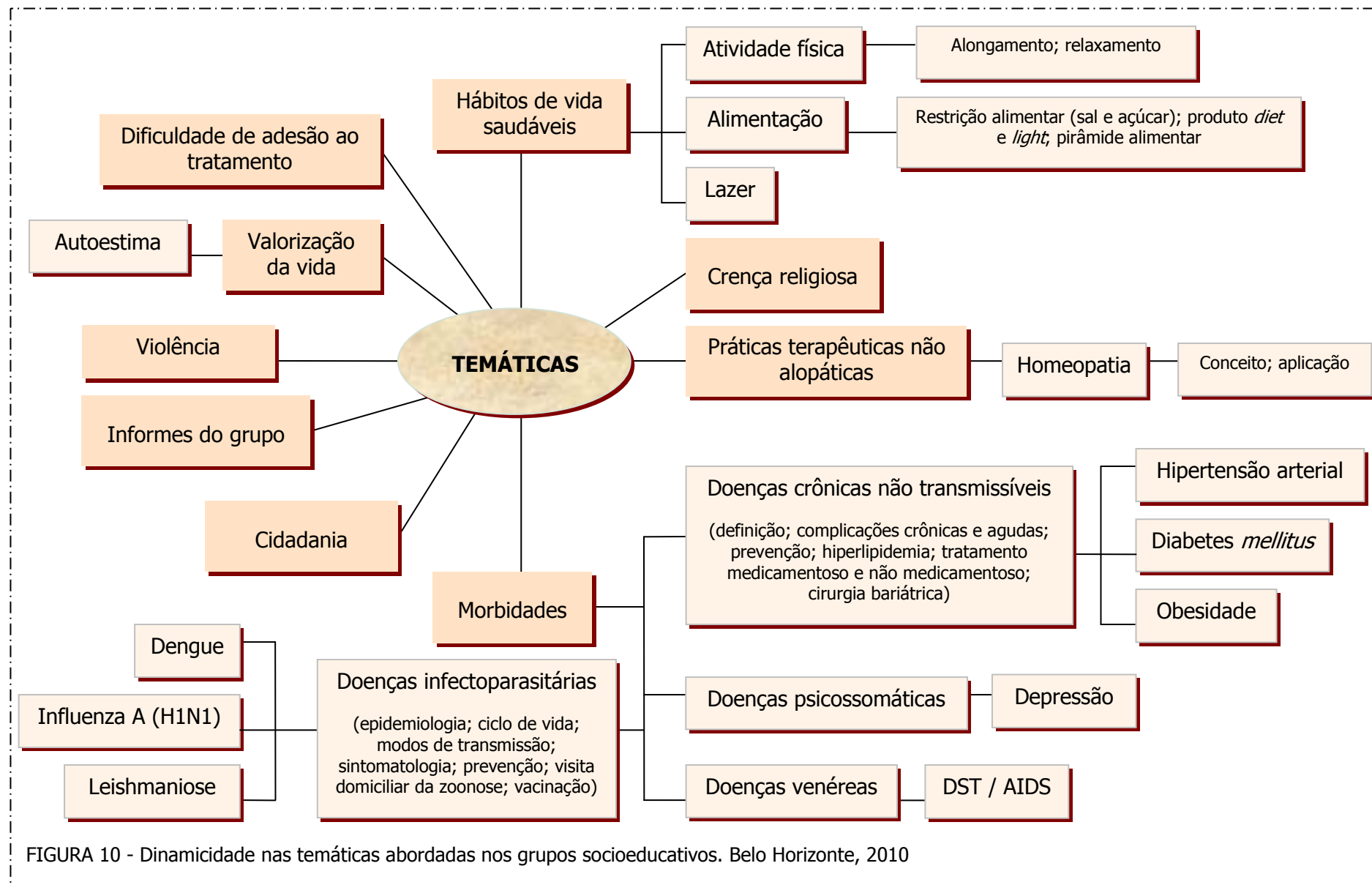
Ademais, faz-se necessário dar visibilidade aos grupos que agregam idosos que praticam música, mostrando-os como modelos que fortalecem outras formas de comunicação entre os membros e a comunidade.

A partir das considerações acima feitas, incentivamos a incorporação da prática musical nas atividades grupais junto aos idosos, colaborando para seu crescimento intelectual. Além do mais, lembramos que, a Lei nº 10.741, de 2003, capítulo V do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) garante-lhes direito à cultura, educação, esporte e lazer, o que inclui a música.

Alicerçada nesses argumentos, a experiência musical presenciada nos diversos grupos socioeducativos em estudo buscou romper com o modelo biomédico, configurando-se como uma excelente estratégia de comunicação, expressão e aprendizado.

5.3 A dinamicidade dos conteúdos discutidos nos grupos socioeducativos

Constatamos também uma heterogeneidade das temáticas discutidas nos grupos observados. Ora se prioriza assuntos relativos às ações de prevenção de doenças ou controle de agravos, ora aqueles direcionados à promoção da saúde. Para visualizarmos melhor, apresentamos esquematicamente essas temáticas na FIG. 10:



Analisando, primeiramente, o conteúdo “morbidades”, verificamos a presença de coordenadores que se preocupam em orientar as pessoas sobre as enfermidades, com ênfase para as doenças crônicas não transmissíveis, psicossomáticas e venéreas, agravos com alta prevalência entre a população idosa no país. Há, ainda, abordagem, em determinadas épocas do ano, sobre as doenças infectoparasitárias, que serão discutidas no próximo capítulo. Tais orientações visam principalmente subsidiar o participante a lidar com sinais e sintomas na prevenção de crises e evitar internações de longa duração, conforme observado no trabalho realizado por alguns profissionais:

A gente procura trabalhar alguns assuntos, mesmo eles falando que já viram. A gente continua repetindo, sobre alimentação, hipertensão, diabetes. *Adriana* (ACS)

Médica Poliana começa a falar sobre as complicações do diabetes: “Todos vocês precisam fazer exame de vista. O diabético pode ter problema de vista, problema renal. [...] No adulto, é menos grave, mas tem que cuidar. Todos esses cuidados são importantes”. *NO* (UBS “4”)

Segundo Penha e Silva (2009), a doença, ao se tornar foco comunicacional nos grupos, faz com que o sujeito seja visto como hospedeiro que carrega o mal a ser conhecido. Soma-se a isso o fato de que falar de doença, saúde, prevenção, corpo e mesmo de medicamentos - tópicos com os quais o profissional de saúde tem necessariamente que lidar - abrange aspectos da vida fortemente arraigados em valores sociais e culturais capazes de provocar reações diversas (conscientes ou inconscientes) e de intensidade também variável (PITTA, 1995).

A não observância de tal fato pelo coordenador poderá gerar inquietações e sentimentos de repulsa entre os participantes, principalmente quando essa discussão ocorre a partir de temáticas que se encontram cercadas de tabus, como assuntos relacionados à sexualidade, que particularmente entre os idosos constitui um assunto impregnado de preconceitos. Isso fica evidente na fala de um dos participantes durante a discussão do grupo sobre o aumento entre os idosos de DST/AIDS, que se manifesta da seguinte forma:

“Eu sou católico, já fui coroinha de igreja. Eu não sou contra o sexo. Eu só não concordo é com a maneira que o sexo está sendo encarada. [...] Sexo hoje está tão descartado. É a coisa mais bonita, mas hoje o adolescente não sabe levar isso a sério. A camisinha é válida. É um mal necessário, pois hoje têm as doenças que foram criadas pelo homem, pois Deus não a criou”, diz demonstrando convicção em suas afirmações, enfatizando a expressão

"Deus não a criou". À medida que José fala, ACS Rodrigo fica a bater o pé. Olha de vez em quando para o chão, outras vezes para José. [...] ACS percebe que o grupo começa a se desorganizar e intervém: "Acho legal você ter retornado ao assunto. A gente não podia terminar do jeito que ficou. Esse assunto está realmente necessitando de um debate". Diz isso e começa a falar sobre as ações desenvolvidas na última quarta-feira "Semana de Conscientização contra a dengue e DST/AIDS". NO (UBS "4")

Um estudo realizado com idosas assistidas por equipes de Saúde da Família de Pernambuco (ALMEIDA; PATRIOTA, 2009) constatou também um comportamento de coerção acerca da temática, associando a sexualidade à "safadeza", "assanhamento" e "fogo". Essa dificuldade de discutir assuntos inerentes à saúde reprodutiva humana constitui uma barreira para o estabelecimento de comunicação, pois, muitas vezes, há conteúdos implícitos no grupo que exigem do coordenador elaborar hipóteses que explicitem fatos ou processos não manifestos aos integrantes do grupo e que funcionam como obstáculo para o alcance do objetivo (CARDOSO *et al.*, 2009). Ao mesmo tempo, são temáticas que lidam com as crenças e os valores do coordenador que fica perdido e não consegue conduzir a discussão no grupo.

Ademais, fica evidente a importância de o coordenador compreender o que há de comum nos pontos a que o membro sempre se refere ou repete, pois, em geral, esses dão indícios para a identificação da área de sua maior preocupação (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Essas mesmas autoras dizem que tal atitude para com o membro corresponde a tentar compreender o que existe "nas entrelinhas", como se faz na leitura de um texto. Os temas devem ser registrados para melhor exploração em momento oportuno. Nesse sentido, há três perguntas básicas que o coordenador deve ter em mente quando conversa com o membro: o que ele disse? o que significa o que ele disse? o que não está sendo dito?

Dessa forma, não devemos nos esquecer de que as variáveis relacionadas à saúde, à doença, à educação ou à comunicação devem ser problematizadas de acordo com a realidade de cada situação e as características dos grupos envolvidos (FREIRE, 1971), o que implica em um desafio para os coordenadores de grupos. Alguns desses coordenadores estão cientes disso, como fica claro na fala de uma das entrevistadas:

[devemos] tirar do ser humano o melhor dele e não chegar com o conhecimento pronto para poder falar: "eu trouxe o meu saber aqui, o que vai valer é o meu". *Beatriz* (enfermeira)

Como resultado das reuniões pautadas na abordagem incessante de temáticas que remetem à doença, não foram raras às vezes em que evidenciamos o desinteresse do grupo:

Gabriela (ENM) começa a lembrar a cartilha sobre diabetes e hipertensão que foi entregue em um dos encontros anteriores: "Vamos verificar o que aprenderam na cartilha". Durante sua fala, alguns participantes olham para os lados distraídos, outros prestam atenção, mas apresentam fisionomia de desânimo. *NO* (UBS "5")

A partir do trecho em destaque, enfatizamos que a discussão sobre o tratamento e a cura de uma determinada doença não deve se focalizar apenas na intervenção técnica-tecnológica-medicamentosa, visto que a doença não habita um corpo material biológico somente, mas o corpo de um ser que, como tal, expressa, em sua materialidade biológica, a dimensão sensível que o qualifica como humano (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003). Por isso, ao focalizar na discussão técnica da doença, o coordenador promoverá um movimento diferente no grupo que poderá contribuir para o desinteresse e a desmotivação dos membros em direção ao cumprimento da tarefa proposta.

Salientamos ainda a forma como esses assuntos são discutidos nos grupos. Ao se falar da doença, mantém-se uma prática discursiva fundamentada na transmissão de conhecimentos de forma linear e verticalizada, apresentando uma concepção instrumental de linguagem. Como o conteúdo da mensagem não é problematizado, o coordenador nem sempre apoia-se em teorias comunicacionais participativas e condizentes com as interações que emergem no grupo.

Enfermeira Bianca começa a falar sobre a diferença entre gripe e resfriado. Faz leitura de lâminas de *power point* impressas em folha A4: "[A gripe] é uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório, é de natureza viral. [...] Possui alta transmissibilidade. [...] "O agente causador do resfriado é de vários tipos diferentes. São vários vírus [...]. No caso da gripe, [...] é um vírus conhecido como influenza [...]". A fala da enfermeira prossegue e os demais membros do grupo permanecem calados. *NO* (UBS "8")

A nota de observação anterior mostra que a comunicação, ao ser reduzida a sua dimensão instrumental, fica restrita à avaliação técnica das mensagens postas em circulação no grupo. Assim, o coordenador deixa de fora aquilo que é mais

estratégico pensar: a inserção da educação nos processos complexos de comunicação da sociedade atual.

Nessa perspectiva, lembramos que quanto mais estivermos em contextos verticais de comunicação, maiores serão os conflitos e os desentendimentos entre as pessoas, o que compromete e dificulta a ação e a integração das pessoas em um determinado espaço social, porque a separação rígida entre quem pode falar e mandar e quem deve se calar e obedecer geram diferentes formas de integração. Em consequência, a prática interpretativa da ação individual ou grupal pode ocorrer de forma deturpada ou enfatizar a desigualdade ou a hierarquização que favorecem relações verticais de poder, indo de encontro ao modelo freiriano de comunicação horizontal que prevê, entre outras coisas, a ampla participação das pessoas nos processos interacionais na construção e transformação do mundo (OLIVEIRA, 2001).

Além disso, ressaltamos que nem sempre a exposição de determinado assunto é breve e simples, de modo a trazer cansaço ao receptor. O modelo informacional exige-lhe uma atenção maior: ele corre o risco de desligar-se e não mais receber a mensagem. Contrapondo-se a isso, notamos, nos depoimentos de alguns entrevistados, que, ao reconhecerem a monotonia do grupo, percebem a necessidade de ampliar a discussão, a partir de um conceito mais amplo de saúde, que considera o ser humano em suas dimensões biopsicossociais, discutindo assuntos sobre qualidade de vida o que atende a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d):

Começou a surgir uma saúde diferenciada, porque só dá aula de hipertensão e diabetes era muito chato. [Passamos] a resgatar na comunidade a cidadania, o lazer, essa alegria de viver que pode estar em qualquer lugar.
Beatriz (enfermeira)

[...] na época, a gente fazia aqui dentro da unidade. Era o grupo de diabético e hipertenso, tinha planejamento familiar, mas era massante, porque a gente falava mais sobre a doença. Mas, na época, a enfermeira quis tirar o grupo de dentro da unidade e trabalhar ele com outro olhar, no sentido de qualidade de vida, não se prendendo aquela coisa: diabético [...] tem que fazer isso, comer isso, tomar aquilo. [...] a gente começou intitulado grupo de diabético e hipertenso. Hoje a gente fala que é um grupo de qualidade de vida. *Gabriela* (ENM)

Outro exemplo que ilustra mudanças nas temáticas abordadas nos encontros ocorreu na UBS "1". Mesmo ao se falar de doença, a discussão baseou-se em novos enfoques: a de direito de saúde do cidadão:

Eu vejo o grupo como [...] um recurso terapêutico e como uma oportunidade da gente estimular as pessoas politicamente envolverem na luta por seus direitos. A gente trabalha temas, por exemplo, direitos da saúde que a gente fala: "Oh! O senhor não tem que pagar o remédio, é um direito seu". Só que infelizmente a política de saúde não é a mais adequada. Mas a gente tem que cobrar, [...]. A gente já os convidou a irem a manifestações de lutas populares. É uma coisa que a gente faz [...], não só para aliviar a ansiedade, mas para canalizar ansiedade em organização do povo para mudar as coisas que estão erradas. *Carlos* (médico)

Verificamos, nessa situação, a disposição do coordenador em promover no grupo a capacidade de ali interpretarem e atribuírem novos sentidos à temática doença, o que contraria a ideia da teoria instrumental da comunicação. Ainda, busca ampliar o grau de consciência coletiva diante das carências sociais e da necessidade de mobilização política por parte de seus membros, e, portanto, flexível e aberta às diferenças. Conforme comenta Santos (2008, p. 17)

os indivíduos são capazes de transformar determinados estímulos [...] comunicacionais em formas cognitivas, tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos que ocorrem nesse ambiente.

Oliveira (2001) também contribui no entendimento dessa questão, ao reforçar que a prática comunicativa deve ser pensada a partir de novas relações e interações que, ao agir sobre a realidade do grupo, interfere significativamente no interior de cadeias e malhas mais complexas do que supõe a ideia da comunicação instrumental.

Observamos, assim, a existência de coordenadores que ultrapassam as fronteiras da comunicação, como uma instância puramente auxiliar nos processos de disseminação ou de divulgação de práticas e de conhecimentos produzidos e formulados. Nesse sentido, emerge uma nova postura assistencial-pedagógica, tomando para si a informação com conteúdos dirigidos à realidade, fundamentado num processo comunicacional, capaz de modificar a realidade, de tal modo a possibilitar às pessoas o direito às informações de forma crítica e reflexiva.

Entretanto, na prática, verificamos que nem sempre isso acontece. Prevalecem, ainda, a busca e a proposição de técnicas comunicacionais, que visam determinados objetivos definidos por um dos polos da relação comunicacional, mesmo sendo na área da participação popular. A participação do grupo é ainda pequena, com poucos momentos reflexivos, embora sejam visíveis os esforços de

alguns coordenadores para fugir desse tipo de orientação. No encontro onde o grupo foi convidado a participar de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, observamos pouca interação entre os conselheiros eleitos e o grupo que eles representam.

Médico Carlos passa a falar sobre o Conselho de Saúde local, espaço em que se reúnem para escutar a comunidade: "Vocês têm esse direito [...], direito à reclamação. Mas na prática, não tá muito assim". Enfermeira Luana comenta que apesar dos profissionais e do próprio grupo saberem que [as pessoas] têm esse direito de reivindicar, "o problema é que a maioria das pessoas vê uma situação que não tá tão legal, mas não fala nada, conforma com aquilo e por aí fica". *NO* (UBS "1")

Percebemos, na fala em destaque, que os coordenadores incentivam a participação popular na gestão dos serviços de saúde, permitindo à mesma canalizar as suas necessidades e, ao mesmo tempo, intervir nos próprios rumos e mecanismos da organização. Nesse sentido, configura-se como um terreno favorável ao processo comunicacional, resgatando o exercício da cidadania. Além disso, trata-se de uma importante instância de participação da sociedade no confronto e debates de ideias, de entendimento e de cooperação.

Mesmo que ainda falte mobilização social de forma mais efetiva e que essa participação não necessariamente traga mudanças imediatas, o que é reconhecido pelos coordenadores, pelo menos indica uma manifestação de vigor social e evidencia que as condições políticas e institucionais abrem espaço e favorecem a polifonia na saúde, mais coerente com o potencial transformador do projeto ético-político do Sistema Único de Saúde (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2008).

Ainda se faz necessário ressaltarmos que, por trás dessa prática discursiva, pode-se estar perpetuando o modelo tradicional de comunicação, conforme observamos na própria fala do médico Carlos. Apesar de buscar abranger temáticas para além do olhar exclusivo à doença, a partir da discussão de temáticas proveniente da demanda do próprio grupo, Carlos direciona o assunto a ser abordado.

[...] a gente tenta abordar temas que os participantes têm interesse, sem ao mesmo tempo, anular a nossa intenção de profissional de saúde de trabalhar outro tema. Por exemplo, eles queriam [...] debater sobre família. Aí a gente abordou a família, a partir de uma perspectiva que a gente acha mais interessante, para essa coisa da autonomia das mulheres, de dividir as tarefas domésticas. Então, é uma tentativa da gente ao mesmo tempo

pensar nos determinantes da saúde e doença, mas também partindo das coisas que eles estão trazendo. *Carlos* (médico)

Outra temática discutida nos grupos, e que emergiu a partir do questionamento de um dos membros, diz respeito às práticas terapêuticas não alopáticas, as quais têm por objetivo o atendimento integral, promovendo a saúde do indivíduo assistido (CEOLIN *et al.*, 2009; SOARES, 2000). Devido ao fato de essa modalidade terapêutica vir ao encontro do discurso da integralidade, observamos que o coordenador passa a compreender o outro como um ser total e não compartimentalizado, o que exige a utilização de abordagens comunicacionais mais participativas e horizontalizadas, potencializando a interação grupal.

Uma participante do grupo pergunta sobre a “bolinha” que está sendo distribuída nos serviços de saúde, devido ao dengue. Enfermeira Beatriz explica que na unidade básica tem uma médica homeopata, que está distribuindo um remédio homeopático que atua nos sintomas do dengue. [...] Beatriz explica que a homeopatia [...] é obtida por meio de diluições e que traz a energia do componente animal, vegetal e mineral. [...] “Homeopatia trata os sintomas mentais também. Vocês já ouviram falar nas doenças psicológicas? O paciente queixa-se para o médico ‘Doutor, eu tenho uma dor que finca, que arde’, mas o médico não encontra uma causa física para a dor. A homeopatia estudou esses sintomas mentais”. *NO* (UBS “5”)

Os informantes consideram suas orientações como essenciais na prática de saúde da coletividade e reforçam a importância de hábitos de vida saudáveis, apesar de reconhecerem a dificuldade de serem alcançados, o que pode ser explicado pelo fato de, muitas vezes, invadirmos a intimidade do indivíduo ou desconsiderarmos aspectos culturais.

Ao terminar o grupo, enfermeira Bianca diz: “É isso que a gente vive dizendo a vocês há uns três anos que a gente se encontra. Pra quê? Pra gente tentar mudar hábito. Mudar hábito é uma coisa muito importante e muito difícil de fazer. Aprender o que comer depois que tem 40, 50 anos de idade [...], que bebida alcoólica faz mal, cigarro vai piorar a minha qualidade de vida [...] e o câncer está completamente relacionado a minha qualidade de vida [...]”. *NO* (UBS “8”)

A esse respeito, é importante alertarmos para o risco de, ao quisermos incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, mantermos uma fala explicitamente prescritiva e comportamentalista, pouco sintonizada com o arcabouço filosófico-conceitual da promoção da saúde, ou, até mesmo, como diriam Trapé e Soares (2007), com uma fala que amedronta o indivíduo para que mude comportamentos socialmente indesejáveis. Em outras palavras, tornarmo-nos

reguladores do que deve ou não deve ser feito, para que se leve uma vida saudável, com todos seus diferentes significados para cada grupo ou indivíduo (CHOR, 1999).

Nesse sentido, cabe sublinhar que não conseguimos mudar hábitos ou condições de vida, sem discutir e ouvir o que a população tem a dizer e a querer. Até mesmo porque os hábitos fazem parte do modo de vida de cada um e são compartilhados cotidianamente entre todos. Assim, os coordenadores precisam lidar com os aspectos culturais de forma diferente, não ignorando o conhecimento técnico, mas também respeitando a cultura local, conciliando ambos em suas atividades (LARA, 2008).

Nessa perspectiva, outro ponto importante que merece ser destacado diz respeito à divergência entre o conteúdo da fala e a prática discursiva do coordenador, tal como observado no trecho abaixo:

No último encontro, ACS Rodrigo combinou com o grupo de planejarem o baile no próximo encontro. Rodrigo mantém a mesma postura das reuniões anteriores. Apesar de falar que o planejamento será coletivo, ele sugere os tópicos a serem discutidos, dá suas sugestões, questiona os participantes se concordam ou não. Em destaque, algumas falas durante esse planejamento: Rodrigo: "Acho que a primeira coisa a ser discutida é o nome do baile. Vamos fazer uma votação". [...] "Outra coisa: ingresso. Vamos cobrar ou não?". ACS diz que o grupo não tem dinheiro. Um dos membros comenta: "Tudo que é de graça não tem graça. Mas preço justo". *NO* (UBS "2")

Identificamos, também, a possibilidade da comunicação trazida por um membro do grupo ressoar em outro, o qual, por sua vez, transmite um significado afetivo equivalente, incluindo aqui, o próprio coordenador.

Um dos participantes do grupo comenta que viu na televisão um homem com mais de 500 quilos. Logo, ACS Rodrigo diz que fica bravo quando as pessoas pedem para ele fazer "cirurgia de redução do estômago". "Dá vontade de bater". *NO* (UBS "2")

Médico Carlos lembra [...] que, da mesma forma que os profissionais de saúde podem estar nervosos no dia, os usuários também podem estar nervosos. A auxiliar de enfermagem diz que muitas vezes as pessoas se irritam com eles, querendo brigar, por assuntos que não são do poder deles resolverem. [...] Médico reforça que "a gente daqui do posto não tem culpa", fala, colocando a mão no peito. A auxiliar de enfermagem imediatamente diz em voz alta: "Não, nenhuma". *NO* (UBS "2")

Percebemos, no comportamento da auxiliar de enfermagem, em específico, necessidade de reforçar a ideia de que os usuários não deveriam "brigar" com os

funcionários da unidade de saúde, uma vez que a situação foge de sua governabilidade. Isso é reforçado em outras passagens do mesmo encontro:

Médico Carlos diz que, em Belo Horizonte, no Distrito Sanitário Barreiro, a fila de espera para a cardiologia demora no mínimo seis meses e pergunta quem está esperando consulta com o cardiologista. Quatro pessoas se manifestam. Logo depois, pergunta o que o grupo tem que fazer nessas situações. Participante responde: "Reclamar". Auxiliar de enfermagem pergunta imediatamente: "Reclamar onde?". *NO* (UBS "2")

Por meio das situações apresentadas, percebemos o quanto cada integrante do grupo comparece com sua história pessoal consciente e inconsciente, isto é, com sua verticalidade. Na medida em que constituem um grupo, passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história, a horizontalidade do grupo. Essa horizontalidade não é simplesmente a somatória de suas verticalidades, pois há uma construção coletiva, mas sim, resultante da interação de aspectos de sua verticalidade, gerando uma história própria, inovadora que dá ao grupo sua especificidade e identidade grupal (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998).

Ao comunicar algumas mensagens, muitos coordenadores acabam por trazer ainda conteúdos que remetem à crença religiosa, os quais são comunicados de forma ritualizada nos grupos observados:

ACS Virgínia termina a Serenata do Acamado assim: "Vamos rezar um Pai Nosso, agradecendo a acolhida dessa família, pedindo toda a saúde, toda paz, toda alegria". Rezam o Pai Nosso de mãos dadas. Em seguida, rezam uma Ave Maria. Cantam ainda o refrão da música "Abençoa Senhor as Famílias Amém". No final, Jota [acamado] agradece: "Muito obrigado, Deus pague a todos". Grupo responde: "Amém". *NO* (UBS "2")

Mediante ao exposto, verificamos que a tríade corpo, saúde e doença é comunicada nos grupos por meio de diferentes canais e em níveis de discursos diversificados, os quais devem ser compreendidos como objeto de construção social partilhada e comungada por indivíduos (PITTA, 1995).

Dessa forma, enfatizamos a necessidade de redirecionar os temas abordados nos grupos de acordo com a realidade local. A adequação das temáticas à população-alvo é essencial para o planejamento e o desenvolvimento dos grupos, permitindo que os participantes se identifiquem como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos ativos que constroem suas vidas em um contexto sociocultural, permeado por seus valores, hábitos, crenças e expectativas.

5.3.1 Comunicação sazonal nos grupos para prevenção e controle de doenças infectoparasitárias

A comunicação sazonal traduz-se em uma estratégia comunicativa que segue o princípio das épocas mais favoráveis ao aparecimento de determinadas doenças, no intuito de atender a urgências epidemiológicas (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2008). Quando permeada por tal estratégia, as ações de educação em saúde dirigidas à população são marcadas pela descontinuidade no debate de algumas temáticas, como por exemplo, o dengue e a influenza A subtipo H1N1¹¹.

Nos grupos estudados, os temas que remetem a ações de prevenção e controle de doenças infectoparasitárias são abordados somente em épocas de surto, em que se busca a colaboração da comunidade para controlar a disseminação dessas moléstias. O depoimento seguinte exemplifica esse achado:

Às vezes, eu conduzo a questão do dengue quando tem muitos casos. Alguns temas a gente puxa mesmo para a área da saúde de acordo com o que está acontecendo na época. *Beatriz* (enfermeira)

Essa mesma constatação foi feita por Montoro (2008, p. 436) que, especificamente, ao estudar a prática da comunicação em saúde na prevenção do dengue, concluiu que o modelo adotado por diferentes agentes ancora-se em um “[...] modelo de comunicação que se caracteriza, [...] por ter cunho campanhista, pontual, descontínuo, com ênfase em situações epidêmicas, quando seria necessário que o dengue estivesse na pauta [dos serviços de saúde] durante todo o ano”.

Foucault (2004) esclarece que, em casos de epidemia, estabelece-se uma ruptura, o surgimento de um novo discurso, de uma nova prática e de um novo

¹¹ Sinonímia: gripe suína, porcina, norte-americana e mexicana. “Em 24 de abril de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) comunicou a todos os países a ocorrência de uma emergência em saúde pública de importância internacional, [...] causada pela infecção por um novo vírus influenza A (H1N1), que tem em sua composição genes humanos, suínos e aviários [...]. O seu início possivelmente está associado a uma epidemia de doença respiratória febril, que a princípio acometeu o México, a partir do mês de março do corrente ano, e que apresentava um comportamento distinto da influenza sazonal [...]” (TEMPORÃO, 2009, p. 201).

objeto no campo da medicina. Diz o autor: “Novos objetos serão dados ao saber médico na medida em que e ao mesmo tempo em que o sujeito de conhecimento se reorganiza, se modifica e se põe a funcionar de uma maneira diferente” (p. 89).

No intuito de engajar o grupo em ações comunitárias que reforçam a comunicação em saúde nos períodos de epidemia, observamos a presença de coordenadores que buscam a participação dos membros em campanhas de saúde.

ACS Rodrigo diz que na quarta-feira próxima será a Semana de Conscientização Contra o Dengue em uma praça da comunidade [...]. Em ocasião dessa Semana, pensou na possibilidade deles fazerem algo nesse dia. “Gostaria de ver se vocês animam em participar”. Um dos integrantes do grupo, diz alto e em bom tom: “Nada mais justo e necessário, a gente articular com a comunidade. Por que não podemos fazer isso?”. O grupo começa tecer comentários sobre ações de prevenção do dengue. Rodrigo fica em silêncio. Após alguns minutos, ele interrompe o grupo e diz: “Conto com vocês [...]”. *NO (UBS “2”)*

A esse respeito, Santos (2008) discorre sobre alguns fatores que influenciam e determinam o grau de participação de cada um, tais como, os papéis sociais, as formas de percepção e de expressão de valores que oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal da situação envolvida a partir da percepção que um ator social tem do outro, percepção que irá depender da simetria das interações ali existentes.

Nessa perspectiva, reconhecemos a importância de o coordenador distinguir e considerar esses fatores, o que nem sempre ocorre, devido seu desconhecimento. No trecho mencionado anteriormente, observamos que o coordenador emite um comentário estereotipado após um dos integrantes do grupo se manifestar, que, inclusive, trata-se de uma liderança no grupo, representante do conselho local de saúde, sem ocorrer uma discussão mais aberta para enfatizar a importância da ação.

Frente ao momento vivenciado pelo grupo, frequentemente os assuntos discutidos ora no início, ora durante o desenvolvimento do grupo, atendem a demanda dos próprios participantes ou do coordenador, sendo abordadas questões relacionadas à epidemiologia, ciclo de vida, modos de transmissão, sintomatologia, prevenção, visita domiciliar da zoonose e vacinação.

Uma participante pergunta se é apenas a fêmea [do mosquito] que transmite o dengue. Enfermeira Beatriz responde que sim: “A fêmea suga para alimentar os ovos”. Ao término do grupo, Beatriz lembra que as consultas estão desmarcadas, pois todos estão de plantão para atenderem

os casos de dengue. Enfermeira: "Quais são os sintomas da dengue clássica?". Grupo: "Dor no corpo, febre". [...] Enfermeira: "Uma coisa importante é tomar líquido". *NO* (UBS "5")

O mais recente foi em relação à gripe suína. Nós trabalhamos no grupo a necessidade das pessoas evitarem regiões de aglomerados de pessoas [...]. Orientamos muito a respeito do que era a doença e o que eles poderiam fazer para eles não contraírem a doença [...]. Eles realmente começaram a contar experiência de que começaram a evitar ir ao supermercado nos horários mais lotados, [...]. A gente viu que desses participantes nenhum teve suspeita da gripe. *Geraldo* (enfermeiro)

Observamos, ainda, que a comunicação nos grupos baseia-se principalmente em ações programadas previamente pelo Ministério da Saúde, utilizando materiais de campanha e impressos, conforme evidenciamos no trecho abaixo:

Enfermeira Angélica diz que inicialmente irá abordar algumas questões sobre o dengue. [...] distribui uma cartilha do Ministério da Saúde que enfatiza os possíveis criadouros do mosquito transmissor. A enfermeira começa a ler a cartilha. Algumas vezes, durante a leitura, Angélica olha para os membros e comenta algo. Quando alguém fala ou comenta o item [comentários curtos], não explora a fala. *NO* (UBS "4")

Além disso, verificamos, na passagem acima, que, para alguns coordenadores, a comunicação é vista como um processo de transmissão de informações de um emissor (coordenador) a um receptor (membros), um modelo que não dá a devida importância ao restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos.

Nesse caso, podemos dizer que a preocupação básica do coordenador é a de obter o máximo de rendimento na transmissão de mensagens para o grupo e de limitar tanto as possibilidades de negociação quanto de produção de sentidos que, conforme assinala Santos (2008), significa limitar a dimensão da alteridade que deveria acompanhar o conceito de comunicação se o paradigma que mais se aproxima dos princípios da Estratégia de Saúde da Família é o dialógico.

Entre as razões desse predomínio está a cristalização da ideia de que comunicação é igual a informação. Nessa perspectiva, modelam-se comportamentos, somado à resistência das vozes autorizadas em reconhecerem outros saberes (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2008).

Segundo Freire (1971), para que qualquer ato comunicativo se mostre eficiente é necessário que tanto os sujeitos sejam reciprocamente comunicantes quanto a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao

outro. “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação” (p. 68).

Dessa forma, ao abordar o assunto, a coordenadora pode pouco propiciar a produção de sentidos no grupo, visto que apresenta dificuldades para considerar os conhecimentos prévios dos participantes sobre a temática, não os incentivando à discussão. Reproduz, assim, a mensagem hegemônica das instâncias que representam e normatizam a política de saúde no país, reforçando o predomínio de concepções e práticas transferenciais das campanhas, preocupadas em disseminar informações à comunidade sobre procedimentos a serem adotados com pouca atenção às esferas da circulação e apropriação pelos destinatários (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2008).

Araújo e Cardoso (2007) criticam esse tipo de prática educativa e comentam que essa ação não pode ser persuasiva, nem trabalhar somente com a ideia de divulgação. O objetivo deve ser, no mínimo, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para ampliar sua participação cidadã nas políticas de saúde.

Mediante as considerações feitas, acreditamos que, para maior efeito nos grupos, a construção coletiva de materiais educativos de acordo com a realidade local favoreceria práticas mais dialógicas e plurais. É essencial também que o coordenador diagnostique e avalie os modos pelos quais as pessoas atribuem sentidos e convertem em práticas as informações veiculadas no grupo. Desse modo, articularia uma proposta nacional sem massificar o discurso, favorecendo a desconcentração da produção e circulação da palavra e rompendo com o entendimento de que participação é sinônimo de adesão.

No intuito de tornar o grupo mais pró-ativo em suas ações, responsável por seu cuidado, alguns coordenadores trabalham no sentido de formar multiplicadores que, segundo a comunicação em dois fluxos, são considerados como mediadores na rede de comunicação. Enquanto membros da comunidade, têm possibilidade de promover a circulação das informações de forma singular, imprimindo seus próprios sentidos ao conteúdo que recebem para repassar (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Você acaba criando multiplicadores. Os próprios vizinhos, participantes do grupo, começam a ter responsabilidade sobre o dengue. Se a caixa-d'água do vizinho está destampada, então vou fazer a denúncia [...] e com isso a gente percebe que a comunicação é importantíssima para a gente ter sucesso. Hoje, além de termos participantes no grupo, temos colaboradores. [...] Nós não damos conta de [...] assumir esse papel de educação para a população toda. [...] a gente tem percebido que com relação à saúde da população, os participantes têm sido responsáveis pela manutenção da saúde e têm ajudado a equipe. *Geraldo* (enfermeiro)

A esse respeito, é importante destacarmos que nenhuma mudança ocorre sem que haja aprendizagem na medida em que os dois processos são interdependentes. Há, entretanto, que se ressaltar a distância entre conhecimento e atitude. Nem sempre o ganho de conhecimento corresponde a uma mudança nos comportamentos da população, que é o principal objetivo das medidas de controle da doença.

Citamos vários estudos que demonstram, de um lado, nível de conhecimento satisfatório, provando um bom resultado das campanhas educativas, em termos de transmissão de informação, mas, por outro lado, discrepância entre conhecimento e efetivo controle da enfermidade (CHIAVARALLOTTI NETO; MORAES; FERNANDES, 1998; DÉGALLIER *et al.*, 2000; OLIVEIRA; VALLA, 2001).

Embora hábitos e comportamentos relacionados à saúde sejam culturalmente mediados, tornam-se também formas bastante pessoais. É nessa dimensão que encontramos, provavelmente, as maiores lacunas do "fazer" da Saúde Pública, ao não levar em conta o caráter não racional das escolhas de comportamento. É preciso então tentarmos compreender os diversos determinantes do comportamento humano (CHOR, 1999).

Até mesmo porque, a atribuição de sentidos a uma determinada situação é influenciada pelas conjunturas do momento em que se vive, ou seja, a dinâmica externa, representada pelos acontecimentos do mundo que, por sua vez, influencia a dinâmica interna.

Ademais, conforme propõe Montoro (2008), é necessário um esforço permanente para colocar as questões principais no campo dos valores e dos elementos simbólicos com os quais as comunidades operam em constante atenção para com os múltiplos significados que orientam a vida das pessoas, esforço tal que os grupos constituídos para ação e suas lideranças podem empreender estrategicamente.

Ainda, é importante sublinhar que o controle de doenças, como o dengue e a influenza A, não se pode dar efetivamente por meio de programas verticalizados, uma vez que envolve aspectos ligados às condições e à experiência de vida das comunidades que, ao serem negligenciadas, se traduzem, comumente, em exclusão social (OLIVEIRA; VALLA, 2001). A comunicação deve gerar referenciais para a ação e para a mudança de comportamentos nos indivíduos, segundo seu acervo pessoal e social de conhecimentos e opiniões. Segundo Braga (2002), é uma comunicação diversificada, pessoalizada, necessariamente local e de inserção cultural e etno-orientada cuja aprendizagem ocorrerá por meio da apreensão ativa da realidade, baseada na organização e nos conhecimentos comunitários.

Por último, diante dessa realidade, enfatizamos a necessidade de, durante o processo grupal, estimular a abertura de um canal de comunicação eficaz em que se possa fluir toda a informação necessária ao cumprimento de uma efetiva inter-relação entre coordenador e demais membros do grupo.

5.4 A comunicação verbal do coordenador segundo os pressupostos de Forrest

Como explicita o Modelo de Forrest (1983), os comportamentos verbais podem ser classificados como facilitadores ou bloqueadores. No estudo realizado, identificamos 1973 comportamentos verbais, sendo 69,6% constituídos de subcategorias facilitadoras. Dentre elas, as mais frequentes foram: dando informação (80,0%); reconhecendo a presença do integrante (9,5%) e declarações amplas (7,7%). Entre as subcategorias bloqueadoras, destacaram-se: fechando o questionamento (64,1%) e aprovando ou concordando (13,3%), as quais se encontram ilustradas na TAB. 2.

TABELA 2

Frequência de categorias facilitadora e bloqueadora emitidas pelos coordenadores de grupos na Estratégia de Saúde da Família

Comportamento verbal					
Categoria Facilitadora			Categoria Bloqueadora		
Subcategoria (função)	n	%	Subcategoria (função)	n	%
F1 (declarações amplas)	106	7,7	B1 (comentários estereotipados)	30	5,0
F2 (encorajando grupo continuar)	5	0,4	B2 (aconselhamento)	21	3,5
F3 (refletindo)	18	1,3	B3 (aprovando, concordando)	80	13,3
F4 (dividindo as observações)	6	0,4	B4 (pedindo explicação)	20	3,4
F5 (reconhecendo os sentimentos)	0	0	B5 (desaprovando, discordando)	47	7,8
F6 (reconhecendo a presença do integrante)	131	9,5	B6 (depreciando)	2	0,3
F7 (dando informação)	1099	80,0	B7 (defendendo)	7	1,2
F8 (clarificando)	9	0,7	B8 (mudando o assunto)	8	1,4
F9 (verbalizando pensamentos subentendidos)	0	0	B9 (fechando o questionamento)	384	64,1
Total	1374 (69,6)	100,0	Total	599 (30,4)	100,0

Fonte: Caderno de campo.

A maior ocorrência de F7 (**dando informação** - 80,0%) é esperada por predominarem, nos grupos, práticas comunicativas cuja intenção do coordenador é de informar os participantes sobre ações que remetem à adoção de comportamentos para a prevenção de doenças e manutenção de um estado ótimo de saúde.

Médico Danilo fala sobre os perigos advindos da modernidade: "Hoje a vida está muito confortável, mas está nos prejudicando. O homem que morava na roça comia muita gordura, mas carregava lenha, capinava. Hoje temos a TV com controle remoto [...]. Ficamos mais sedentários". NO (UBS "7")

Apesar de sua importância, é do nosso conhecimento que a atividade grupal não pode ser vista somente como lugar de repasse de informações. Estudo realizado por Almeida (2006) junto a um grupo que agregava pessoas com diabetes *mellitus* mostrou que, durante as discussões sobre alimentação, o coordenador buscava contextualizar as informações dentro dos hábitos alimentares de cada um, fazendo a adequação à realidade dos participantes.

Outro estudo também demonstrou que o aprendizado, principalmente entre os idosos, não se restringe ao aspecto da informação sobre prevenção, mas inclui dimensões mais amplas do viver. Assis, Pacheco e Menezes (2002) mostraram que a aprendizagem vem da experiência do outro, da vivência de partilhar histórias de vida e de encontrar nessa troca um espaço de crescimento pessoal. Esse aspecto é propiciado por uma abordagem comunicativa que valoriza a expressão de cada participante e promove a reflexão, não estritamente da saúde em sua dimensão física, mas da vida de cada um, suas dificuldades e possibilidades para o bem-estar no processo de envelhecimento.

Além disso, não devemos nos esquecer de que nem sempre formas tradicionais de repasse de informações garantem o acréscimo de conhecimento. No grupo, os integrantes podem receber uma grande carga de informação dos coordenadores, saber reproduzir os conceitos, mas nem sempre saberão realmente interpretá-los e aplicá-los em seu cotidiano (ZANETTI *et al.*, 2008).

Informações também foram emitidas como resposta aos questionamentos dos participantes. No propósito de estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis, por exemplo, alguns coordenadores fizeram com que dúvidas surgissem no grupo e, conseqüentemente, houvesse uma busca pelo conhecimento. Ilustramos essa situação, com um participante que buscou informação sobre atividade física. Tal dúvida leva-nos a crer que ele não possuía informação adequada sobre o assunto, apesar de ser frequentemente discutido nos encontros.

Um dos membros do grupo tem dúvida quanto à frequência de fazer caminhada e questiona: "Eu vim hoje aqui, e falei que iria fazer essa pergunta, pois tenho dúvida. Meu médico disse que posso caminhar ou de manhã ou de tarde, três vezes por semana. Como é isto?". Enfermeira Angélica esclarece sua dúvida: "Segundo o Ministério da Saúde, pode ser três vezes por semana, uma vez ao dia. Manhã e tarde, depende de sua disposição e tempo [...]". NO (UBS "4")

Mediante a preocupação dos coordenadores em promover maior envolvimento do grupo para adotarem hábitos de vida saudáveis, cabe, contudo, algumas considerações. Ressaltamos que mudanças nos hábitos de vida percorrem um processo lento e dificultoso para as pessoas na medida em que envolve repensar toda a rotina e adaptar o projeto de vida. Isso será alcançado a partir de uma

assimilação crítico-reflexiva de conhecimentos, que possibilite a conscientização da nova condição de saúde.

Nessa perspectiva, é útil que o coordenador utilize subcategorias que permitem maior expressão reflexiva do grupo como, por exemplo, a subcategoria F3 (**refletindo**). Essa subcategoria foi pouco explorada pelos coordenadores deste estudo, apenas 1,3% dos comportamentos verbais facilitadores.

Médico Carlos discute com o grupo se sexo tem idade. Bertoldo [participante] diz que a velhice está na cabeça. Carlos: "Você acha que velhice tá na cabeça?". *NO* (UBS "1")

Segundo Stefanelli e Carvalho (2005), esse modo de comunicar leva a pessoa a refletir sobre seu comportamento, indagar o que está ocorrendo de fato e efetuar mudanças para manter a saúde. Ela sente que é aceita como pessoa, com direito a ter seus próprios sentimentos e pensamentos.

Nesse sentido, enfatizamos que **reconhecer a presença do participante** (F6) pode também contribuir para que o integrante se sinta percebido e aceito pelo grupo, visto que a palavra adquire maior importância, sobretudo por meio do nome. Essa subcategoria foi a segunda mais emitida pelos coordenadores entre as subcategorias facilitadoras (F6 - 9,5%).

Segundo Machado, Leitão e Holanda (2005) e Stefanelli (1992), ter um nome significa possuir uma existência, satisfazer o desejo inato do ser humano de tornar-se conhecido, servindo como sustentáculo à presença e à identidade de uma pessoa, a partir de sua enunciação. Dessa forma, os coordenadores que se preocupam em dirigir-se aos participantes do grupo por meio do nome, reconhecem, de forma consciente ou não, a presença intencional do outro com os demais.

Assistente social Cristiane percebe que Gilda [participante], não se dirigiu à mesa para pegar seu crachá. Logo, ela a convida para pegá-lo: "Ô dona Gilda! Você não vai pegar seu crachá? Vai ficar sem nome?" [...]. Gilda levanta rapidamente, dizendo: "Ah! Esqueci". E vai até a mesa e pega o crachá. Cristiane comenta que os integrantes cobram os seus crachás: "Questão de identidade. Eles fazem questão do crachá". *NO* (UBS "6")

Outros questionamentos ocorreram em situações, quando o coordenador, ao utilizar termos técnicos, de difícil compreensão, levaram alguns participantes a questioná-lo, exigindo que clarificasse o significado daquilo que expressou:

ENM Gabriela comenta sobre os embutidos. Participantes demonstram desconhecer o que é isso. Joana [integrante] acha que é carne recheada. Gabriela então explica que embutidos são linguíça, salsicha "aquilo que usa tripa de boi". *NO* (UBS "5")

A esse respeito, Carvalho, Bachion e Braga (1997) alertam para o fato de que uma maior emissão de subcategoria F8 (**clarificando**) pode revelar uma necessidade constante de esclarecimento do participante devido a inadequações da comunicação dos emissores, tais como, uso de termos de difícil entendimento, vocalização ininteligível ou pouco audível.

Não raro encontrarmos tal situação em grupos que agregam idosos, visto as modificações naturais decorrentes do envelhecimento que podem expressar potenciais desgastes, de natureza pessoal e familiar. Algumas dessas mudanças interferem diretamente na capacidade de trocar ideias, conversar, transmitir informações e na possibilidade de estabelecer relações e entendimento entre as pessoas (MENDES, 1996), o que deve ser considerado pelo coordenador de grupo.

Neste estudo, essa subcategoria teve baixa frequência de emissão, apenas 0,7%. A nosso ver, pode ser um achado preocupante, pois também pode indicar, mesmo que indiretamente, maior passividade do grupo mediante a fala do coordenador. Por receio, vergonha ou até mesmo falta de oportunidade para se expressar no grupo, as pessoas não solicitam esclarecimento daquilo que foi dito durante a explanação.

Observamos ainda que alguns coordenadores buscam **encorajar o grupo a continuar** a se expressar, indicando interesse e compreensão do que está dizendo. Essa subcategoria também teve baixa frequência de emissão (F2 - 0,4%):

Enfermeira Regina pergunta ao grupo qual a diferença entre gripe e resfriado. Uma participante responde: "No resfriado, a gente tosse, não dá febre [...] neh?". Regina: "Ahn! E a gripe?". Participante: "Na gripe dá febre e mal-estar [...]". *NO* (UBS "8")

Quanto à subcategoria F4 (**dividindo as observações**), também foram poucas as situações em que o coordenador verbalizou suas percepções acerca do estado físico ou emocional do grupo, apenas 0,4% dos comportamentos verbais. A maior emissão dessa subcategoria auxiliaria o grupo a melhor verificar, corrigir ou elaborar possíveis manifestações físicas ou emocionais que, porventura, possam dificultar o cumprimento da tarefa.

"Antes de ir embora, queria que todo mundo falasse o que achou da dinâmica [teatro sobre sexualidade entre idosos]. Fazer uma avaliação do grupo. [...] vocês ficaram constrangidos [com o teatro]? Dona Perpétua [participante] ta com a cara feia". NO (UBS "4")

Referenciando-se à subcategoria F1 (**declarações amplas** ou **questões de abertura**), destacaram-se expressões como "Gostaria de saber o que vocês acham do grupo?"; "Como vocês passaram a semana?"; "Dona Anita acha que sexo não tem idade. O que a senhora acha?"; "E se dona Maria ficar muito incomodada e resolver separar do marido dela, o que vocês vão falar para ela?".

É interessante assinalar que, embora essa subcategoria permita, num primeiro momento, que o grupo direcione a conversação, determinando seu foco, nem sempre sua emissão garante a manifestação dos participantes. Podemos citar um exemplo, quando o coordenador, ao dizer que gostaria de saber o que cada um achava sobre o que eles poderiam acrescentar e melhorar o grupo, logo em seguida, diz: "Eu queria conhecer bem rapidinho o nome das pessoas". Os participantes atem-se a dizer apenas o nome.

Tal situação pode remeter às possíveis explicações: o coordenador, ao fazer uma pergunta seguida de outras, poderá pressionar o participante a respondê-las. O participante, por sua vez, poderá ficar atônito e sem saber a que pergunta responder primeiro, sem sequer conseguir compreendê-las (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Além disso, temos possivelmente o próprio despreparo técnico-científico do coordenador para manter uma comunicação mais efetiva no grupo.

Cabe destacarmos que não foram encontradas, neste estudo, as subcategorias F5 (**reconhecendo os sentimentos**) e F9 (**verbalizando pensamentos subentendidos**). Podemos explicar esse fato, pela maior dificuldade dos coordenadores em lidar com aspectos emocionais e relações humanas, o que é evidenciado em vários estudos (FERNANDES, 2007; GROSSMANN; KOHLRAUSCH, 2006; MUNARI *et al.*, 2008).

Segundo Dall'Agnol *et al.* (2007, p. 23), o coordenador deve reconhecer que, em grupo, deparamos

[...] com redes de afetos, de valores e crenças que se cruzam constantemente em múltiplas combinações. A comunicação com o(s) outro(s) gera uma dinâmica que é perpassada pela descoberta de afinidades, mas também por receios, terreno fértil para a expressão dos mais diversos mecanismos de defesa.

Entre as subcategorias bloqueadoras, observamos predomínio de B9 (**fechando questionamento** - 64,1%).

Enfermeira Beatriz pergunta ao grupo se eles sabem o que é homeopatia. Os participantes respondem que não. *NO* (UBS "5")

Enfermeira Amanda convida o grupo para participar dos exercícios físicos: "Então vamos fazer atividade para matar saudade?". *NO* (UBS "1")

Nos grupos observados, a ênfase nesse tipo de pergunta pode levar à passividade do participante que, por sua vez, tenderá a pensar que só tem por função responder perguntas. Muitas vezes, essas respostas se limitam ao "sim" ou "não", o que não apenas desencoraja a verbalização de ideias pelo integrante, como também pode deixar o coordenador sem alternativa para prosseguir a comunicação (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Com o objetivo de estimular o sentido de competência e capacidade do grupo, alguns coordenadores utilizaram a subcategoria B3 (**aprovando, concordando**), destacando-se como a segunda subcategoria, entre as bloqueadoras, mais emitida (13,3%).

Clara [participante]: "[...] quando eu como macarrão não como arroz".
Enfermeira Beatriz: "Isso mesmo". Clara: "Faço ginástica também".
Enfermeira: "Isso mesmo, ta gastando o que consome". *NO* (UBS "5")

Observamos que a aceitação do conteúdo de uma determinada mensagem emitida pode reforçar a autoestima e a identidade da pessoa e oferecer o desenvolvimento do sentimento de segurança e satisfação (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Entretanto, lembramos que poderá ser utilizada também como forma de obter concordância ou submissão.

Outro ponto importante a ser destacado entre as subcategorias bloqueadoras refere-se à falta de argumentação de alguns coordenadores diante das perguntas feitas pelos participantes. Quando se veem incapazes de respondê-las ou se mostram ansiosos, emitem **comentários estereotipados** (B1 - 5,0%), com pouco significado, comprometendo a comunicação.

Beatriz termina o grupo, dizendo que depois de um dia vem o outro e que é importante superar as dificuldades. *NO* (UBS "5")

Em relação à subcategoria B8 (**mudando de assunto**), verificamos baixa frequência em sua ocorrência nos grupos observados (1,4%). Sua emissão incidiu

ora em situações cujo coordenador apresentava não aceitação do conteúdo da fala do participante, ora quando a própria ansiedade do coordenador o fez atropelar suas falas. Ainda a abordagem de temáticas relacionadas à esfera sexual e à chegada de integrantes atrasados provocou o aparecimento desse modo de comunicação. Esse comportamento, segundo Stefanelli e Carvalho (2005), pode ser interpretado pelo participante como falta de atenção ou interesse por sua pessoa.

Médico Carlos começa a falar sobre a Política Nacional de Saúde. Pergunta se o grupo percebeu mudanças depois que o INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] foi extinto. Uma senhora comenta que mudou demais. O médico questiona o que mudou. A senhora fala que antes era mais fácil consultar. [...] Médico questiona ao grupo se todos concordam. Alguns falam que hoje é muito demorada a consulta com especialistas, pode até levar anos. O médico muda de assunto, antes mesmo de uma das participantes concluir a fala sobre a dificuldade de marcação com o especialista hoje. *NO* (UBS "1")

Enfermeira Beatriz discute com o grupo sobre a gripe. Em um dado momento, chega uma participante atrasada. Ela interrompe o grupo ao cumprimentar as pessoas. [...] O grupo se distrai com a chegada dessa participante. Ela fala alto e Beatriz não retorna ao assunto que estava falando. Há um momento de desordem no grupo. *NO* (UBS "5")

As subcategorias B2 (**aconselhamento**) e B4 (**pedindo explicação**) tiveram frequências semelhantes, cerca de 3,5%.

A menor ocorrência na emissão da subcategoria B2 é compreensível, visto que as abordagens teóricas referem-se ao coordenador como copensor, ou seja, aquele que pensa junto com o grupo (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998). Nesse sentido, ao desempenhar papel de facilitador de processos, esperamos que as ações de "aconselhamento" sejam evitadas pelo coordenador. Até mesmo porque, quando aconselhamos ou dizemos às pessoas sobre o que elas devem pensar, como comportar-se ou o que fazer, expressamos que as mesmas são incapazes de tomar decisões, o que retarda o desenvolvimento de seu potencial para a independência e autonomia. Nessa perspectiva, o coordenador necessita oferecer ao grupo elementos ou dados que permitam sua reflexão para que possa tomar suas decisões adequadamente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ainda sobre essa subcategoria, é importante destacarmos que o coordenador, ao aconselhar o grupo, muitas vezes enfatiza o indivíduo como responsável por sua saúde; ao passo que os determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais das doenças são pouco considerados. Há, ainda, o predomínio da função apelativa

da linguagem, que é utilizada para normatizar condutas, ou seja, agir sobre o receptor, de modo a tentar modificar sua atitude ou comportamento. Assume geralmente a forma de ordens, pedidos ou conselhos.

ENM Gabriela fala sobre os progressos do grupo no controle da glicemia e da pressão arterial. [...] Fala sobre a responsabilização de nós mesmos pelo nosso cuidado: "Nós somos 100,0% responsáveis pelos nossos atos, pensamentos. Nós temos responsabilidade de orientar, mas são vocês que tomam as decisões". *NO* (UBS "5")

O trecho acima destacado remete às ideias behaviorista articuladas em 1978 a partir do Relatório de Lalonde (1974), que propõe maior responsabilização dos indivíduos sobre questões de saúde e justifica as chamadas mudanças no estilo de vida como condição fundamental para a promoção da saúde.

Nessa perspectiva, seria interessante que o coordenador possibilitasse ao grupo ser pró-ativo, ou seja, escolher suas ações e assumir responsabilidades por si próprio, a partir de uma linguagem pró-ativa: "Eu escolho comer de forma saudável", ao invés de "Eu tenho que comer de forma saudável". Assim que o grupo começar a pensar de forma pró-ativa, possibilitará aumentar a confiança e passar a tomar decisões que farão as coisas acontecerem, assumindo, assim, o controle do cuidado.

A subcategoria B4 (**pedindo explicação**) foi emitida em situações em que o coordenador solicitou, aos participantes, explicação sobre algum sentimento ou ação, conforme evidenciamos na observação de campo seguinte:

Magda [participante] pergunta à médica Poliana se ela não iria receitar uma medicação para dormir. Médica: "Mas você já tem na receita uma medicação para dormir". Ao olhar a receita, confirma e questiona: "Por que não está tomando?". Margarida: "Não comprei". Médica: "Se não tem no posto, tem que comprar". *NO* (UBS "4")

Observamos ainda que nem sempre a explicação solicitada pelo coordenador é dada pelo participante, mas sim, pelo próprio coordenador:

Enfermeira Neide discute com o grupo sobre medicação: "Aqui [unidade básica de saúde], você pega [a medicação] por mês. Por quê? A receita vale por dois ou três meses [...]. Tem remédio que a gente começa a usar e pode não estar adaptado com ele. Então eu posso ter alguma coisa e tem que ser trocado. *NO* (UBS "7")

A subcategoria B5 (**discordando**) foi empregada, nesse estudo, para expressar julgamento negativo nas ações ou pensamentos do grupo, introduzindo valores do coordenador. Foi utilizada, ainda, no intuito de chamar a atenção dos

participantes quando se dispersavam. Essa subcategoria teve uma frequência de emissão de 7,8%.

Ao falar sobre pneus enquanto criadouro do mosquito do dengue, um dos participantes diz, em tom de fazer piada: "Mas em pneu, não! O mosquito morre". Riso. Enfermeira Angélica olha para ele e diz: "Fazendo gracinha, né?", e continua a ler a cartilha. O participante cala. *NO* (UBS "4")

Participante Gilson pergunta à enfermeira Neide se eles podem fornecer uma lista de medicamentos dispensados pela farmácia da unidade básica. Enfermeira passa a conversar com Gilson a esse respeito [...]. Grupo se dispersa. Neide tenta resgatar a atenção das pessoas: "Ô gente! Vamos voltar aqui. E o que eu gostaria falar pra vocês é [...]". E retorna ao assunto da hidratação oral. *NO* (UBS "7")

Observamos, nas situações acima relatadas, que a emissão da subcategoria B5 pode despertar um sentimento de inadequidade ou incompetência por parte do participante quando emitida pelo coordenador.

Nessas situações, é importante que o coordenador compreenda que pode até mesmo não aceitar determinada manifestação do grupo, mas necessita oferecer-lhe elementos que lhe permitam analisar seu comportamento e mudá-lo caso seja necessário. Desse modo, o coordenador torna claro para o participante que o aceita como pessoa e, ao mesmo tempo, oferece-lhe elementos para mudar seu comportamento (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A subcategoria B7 (**defendendo**) foi menos expressiva, cerca de 1,2%. Lembramos que, nessa subcategoria, o coordenador busca proteger-se ou apresentar desculpas, em vez de permitir que o grupo expresse suas próprias opiniões e sentimentos. Podemos exemplificar com a seguinte interação:

Enfermeira Angélica ressalta que pessoas "mais cheinhas" possuem maior risco de terem doença crônica. Devem, portanto, evitar alimentos gordurosos. Nesse momento, uma participante que aparentemente mostra-se com sobrepeso, diz não concordando: "Não como nada disso e estou engordando". A enfermeira comenta: "Mas tem que ser moderado". *NO* (UBS "4")

Observamos menor frequência entre as subcategorias bloqueadoras para a subcategoria B6 (**depreciando**), aproximadamente 0,3%. Esse tipo de comportamento verbal nega ao participante o direito de existir como pessoa e seus sentimentos e ideias não são levados em consideração, o que, em termos de grupo, não é produtivo. É como se fosse negado ao participante o direito de ser uma pessoa que tem seu próprio modo de agir, pensar e sentir (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Dessa forma, ao depreciar alguma manifestação do grupo, podemos levá-lo a comportar-se da maneira como nós queremos, não lhe permitindo a oportunidade de efetuar correções em sua comunicação. O participante tende, assim, a ser passivo nas diferentes situações de vida, quando a depreciação é frequente.

Enfermeira Regina comenta: "Hoje tem jogo de futebol no Mineirão com a influenza, né? E o povo ta todo andando de máscara no meio da rua. Não tô aguentando isso não!". *NO* (UBS "4")

A partir das considerações feitas, percebemos que a aprendizagem grupal requer uma abordagem que valoriza a expressão do participante, não estritamente da saúde em sua dimensão física, mas da vida de cada um, que pode ser melhor explorada por categorias que permitem aos membros verbalizarem suas percepções. Assim, reafirmamos a necessidade de se buscarem novas formas de se comunicar nos grupos, explorando outras subcategorias que permitem aos membros se expressarem. Para tanto, ressaltamos que a melhor forma de se comunicar com o outro dependerá da situação vivenciada.

5.5 "Eu quis saber o que a pessoa está me mostrando": a leitura do grupo a partir da comunicação não verbal

Segundo Ferreira (2006), o ato de comunicar com o outro não se inicia e se encerra na palavra. Além da comunicação verbal, o espaço entre os interlocutores, o gesto, o olhar e a postura influenciam a mensagem transmitida, de modo que, mesmo na ausência de palavras, continuamos dizendo alguma coisa (SILVA, 2003).

Nessa perspectiva, constatamos, no depoimento de uma das entrevistadas, maior sensibilidade para perceber a comunicação não verbal e as emoções emergentes no grupo. Quando essa comunicação é captada, potencialmente poderá reverter-se no atendimento de algumas das necessidades sentidas pelos participantes e na resolução, mesmo que em partes, de seus problemas.

[...] na comunicação, até aquele que fica mais calado, te remete a um pensar diferente para ele. [...] tem pessoa que vai ao grupo e a única comunicação que ela tem para apresentar é o jeito dela sentar, encurvado, triste. Eu não quis só essa comunicação acadêmica. Eu quis saber o que a pessoa está me mostrando ali. *Beatriz* (enfermeira)

Verificamos que Beatriz atenta para os fatores cinestésicos emergentes no grupo, a partir da observação da postura corporal e das manifestações afetivas do participante que podem denotar emoções diversas. A compreensão dessa linguagem é importante para o coordenador, pois, conforme afirma Silva (2003), na sociedade, alguns sentimentos como tristeza, vergonha e raiva são considerados indesejáveis. Dessa forma, o indivíduo, ao não verbalizar ou não demonstrar o que sente, pode prejudicar seu reequilíbrio interno ou mesmo a relação com o coordenador, caso este não seja capaz de perceber e interpretar tais aspectos. Verificamos, portanto, que, para a cinésica, não há movimento ou expressão corporal destituído de significado no contexto em que se apresenta (BIRDWHISTELL¹², 1970 apud SILVA, 2003).

O olhar também é usado pelo coordenador para se comunicar com o grupo. Consiste em gesto regulador que tem por função manter e regular a comunicação estabelecida durante uma interação face a face. Esses comportamentos incluem os movimentos dos olhos, meneios de cabeça e posturas que sinalizam turnos de falas nas conversações. Para alguns autores, o contato com os olhos é particularmente importante como um sinal de busca de *feedback*, início ou término das conversações (DANIELS; SPIKER; PAPA, 1997; EKMAN; FRIESEN, 1969).

Depois de encerrar a fala sobre o evento que o grupo está organizando, ACS Rodrigo olha para a professora do curso de Fisioterapia, e com meneio vertical da cabeça, autoriza-a iniciar sua atividade sem emitir palavras. *NO* (UBS "1")

Além da cinésica, outros coordenadores também atentam para a comunicação paraverbal, demonstrando ter consciência de que, às vezes, podemos modular conscientemente a voz, de maneira que a ênfase dada a determinadas palavras confirme ou não a mensagem verbal emitida (SILVA, 2003).

Eu quis ver essa outra comunicação, que é essa que o ser humano chega e se apresenta 'Oi Beatriz! Tudo bem?', da voz que nem fala direito. Estou olhando para as pessoas e estou vendo a tristeza, ou estou vendo muita euforia. *Beatriz* (enfermeira)

¹² BIRDWHISTELL, R. L. **Kinesis and context**. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970.

A partir do exposto, verificamos a presença de coordenadores dispostos a fazer uma leitura polissêmica do acontecimento grupal cujo sintoma (significante) não tem como referente único a alteração biológica (significado), mas uma rede de significados culturalmente compartilhados. Para tanto, utiliza-se da comunicação não verbal para captar o indizível. Essa leitura transcende os sintomas manifestos na medida em que agrega, ao sentido, articulação com a história individual e o contexto sociocultural do grupo.

A entonação de voz destaca-se, ainda, em algumas situações vivenciadas nos grupos, principalmente quando o coordenador tenta persuadir os integrantes a manifestarem favoravelmente para uma determinada tarefa proposta por ele.

ACS Rodrigo fala sobre a Escola Aberta: "Vou falar bem abertamente com vocês. Eles pagam 21 mil reais para manter esse projeto [Escola Aberta¹³]. [...] todo mundo conhece o nosso grupo. Vão dar estrutura. Se quiser pandeiro, eles dão, se [...]", ia dizendo, empolgado [...]. "Eles querem dar esse espaço para nós [pausa, e muda a entonação de voz, mantendo uma sonoridade maior para dar ênfase à fala], mas tem a contrapartida. É exigido que façamos reunião no sábado ou no domingo todas as semanas". Ele começa a observar o grupo. O grupo permanece em silêncio [...]. ACS pergunta se teriam disponibilidade de reunir às sextas-feiras e aos sábados. Tenta convencê-los: "Vamos ter benefícios. [...] Vamos participar? Vejam bem, teremos ganho [pausa], materialidade, espaço [...]". *NO* (UBS "1")

Além disso, entre os coordenadores, identificamos demonstração de sentimentos diversos, os quais decodificamos, principalmente, como interesse, atenção, alegria, descontração, ansiedade e irritação.

Ao questionar ou cumprimentar o grupo, coordenadores demonstraram sentimentos de interesse, olhando nos olhos dos participantes com atenção.

Assistente social Cristiane cumprimenta os participantes da seguinte forma: "Ô, dona Cleuza, tudo bom? E dona Morgana?", fala olhando nos olhos das pessoas e apertando as mãos de forma carinhosa e sorridente. *NO* (UBS "6")

¹³ A terminologia Escola Aberta refere-se a um programa de cooperação técnica entre o Ministério da Educação e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que visa "contribuir para a melhoria da qualidade da educação, a inclusão social e a construção de uma cultura de paz, por meio da ampliação da integração entre escola e comunidade; ampliação das oportunidades de acesso à formação para a cidadania e redução de violências na comunidade escolar" (BRASIL, 2007).

Citamos como situação em que a descontração foi evidenciada durante a interação grupal, momentos em que o coordenador, ao relatar algo, o faz com bom humor, fazendo o grupo rir junto com ele.

Durante o alongamento, chega uma funcionária do parque que solicita ao grupo autorização para fotografá-lo a pedido de um jornal da prefeitura. Todos concordam. Enfermeiro Geraldo diz que eles estão indo para o jornal, depois para a Rede Globo. Todos riem. *NO (UBS "5")*

Lembramos que a cultura brasileira manifesta, com muita facilidade, o riso, o chiste, a brincadeira, o trocadilho (SOUZA, 1982). As emoções contagiam os membros de um grupo e fortalecem o sentimento de coesão. Torna-se, portanto, desejável rir juntos.

Um exemplo de sentimento de ansiedade foi identificado em um dos encontros cuja coordenadora, ao discorrer no grupo sobre hábitos de vida saudáveis, proporciona a seguinte situação:

Médica Poliana fala sobre as vantagens de se exercitar fisicamente. Ao falar, mantém os pés cruzados, balançando-os rapidamente e, na mão, segura uma caneta que passa a bater na mesa com movimentos que acompanham o ritmo de sua voz. *NO (UBS "4")*

A irritação foi observada em uma das interações quando a enfermeira repassa para o grupo um informe sobre a licença médica concedida ao médico da equipe, o que foi acompanhado por demonstração de satisfação por uma participante:

Enfermeira Neuza informa ao grupo que o médico da equipe saiu de licença e não se sabe quando ele ou outro médico integrará a equipe. Nesse momento, uma participante comenta, demonstrando satisfação: "Graças a Deus que ele foi embora, pois ele era muito ruim". A enfermeira, visivelmente irritada com o comentário, diz que as pessoas precisam dele. A participante continua achando boa a informação. *NO (UBS "5")*

A partir das manifestações anteriormente expostas, verificamos a importância de o coordenador atentar para a demonstração de sentimentos, pois, como nos alertam Amado e Guittet (1978), muito dificilmente a informação transmitida por meio da comunicação não verbal pode ser anulada pelo conteúdo verbal da mensagem.

Outros aspectos importantes na comunicação evidenciados neste estudo dizem respeito à proxêmica e à tacêsica, destacadas por situações em que

observamos a violação do espaço íntimo de alguns membros do grupo, desencadeando respostas de defesa, tais como, ansiedade e sofrimento:

Compareceu ao encontro uma nova integrante. Momento de alongamento do grupo. Enfermeira Amanda e ACS Teresa não explicam os exercícios a serem realizados. O grupo parece familiarizado. Essa nova integrante [...] se mostra apreensiva, pois desconhece os exercícios. Observa os companheiros da roda para verificar se está fazendo corretamente o exercício. Ao fazer o alongamento do músculo da coxa, em que um se aproxima do outro, até ficar ombro no ombro, essa integrante olha para a esquerda, olha para a direita rápida e repetidamente. Quanto mais se aproximam as pessoas, mais assustada fica. *NO* (UBS "1")

[...] a gente tá aprendendo a [...] respeitar o limite do outro. Porque tem gente que não gosta que você toque muito, [...]. Então, a gente tem conseguido transpor essas barreiras, respeitando. Igual essa questão do toque, a gente tem algumas dinâmicas, das pessoas fazerem massagem nas outras, tá tocando. A gente conseguiu ter essa interlocução. Às vezes, com [...] mais dificuldade com alguns, com outros nem tanto. *Gabriela* (ENM)

Lembramos que o espaço íntimo delimita não a distância nos termos físicos do espaço medido, mas sim de uma delimitação virtual do espaço que o sujeito considera como seu, do que está no âmbito de suas decisões (HALL¹⁴, 1986 apud SILVA, 2003).

Dessa forma, ao se propor no grupo a realização de atividade física, devemos atentar para a intervenção direta ou indireta no corpo, pois é atravessada por pulsões da sensibilidade que dependem das percepções e das representações. Esse é o centro das significações e ponto central de referência para a constituição da própria identidade (LEPARGNEUR, 1994) de tal modo que, quando não é respeitado, os resultados são diferentes na interação.

Mediante a possibilidade de invasão desse espaço íntimo, alguns coordenadores pedem licença aos integrantes para tocá-los.

O grupo realiza exercícios de relaxamento com uma bolinha de borracha. Em dupla, um membro fica de costa para o outro. Este massageia partes do corpo do companheiro com a bolinha. Enfermeira Amanda orienta os exercícios, explicando-os. [...] No momento em que a enfermeira solicita massagear a região lombar, diz: "Pode ficar despreocupado que ninguém vai passar no bumbum". *NO* (UBS "1")

¹⁴ HALL, E. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio d'Água, 1986.

Verificamos, na situação acima apresentada, a necessidade do coordenador atentar-se para as respostas objetivas ao cuidado prestado com base na expressão dos membros, em suas opiniões e gestos, por meio da comunicação não verbal. O toque, por ser uma intrusão no espaço íntimo do outro, exige identificarmos sinais não verbais que demonstram "consentimento" ou não do membro em relação a essa invasão, como sua expressão facial, rigidez muscular e direção do olhar (SILVA, 2003).

Tais respostas corporais, segundo Ferreira (2006), exigem não apenas leituras objetivas, mas também dependem da subjetividade do observador, no caso, o coordenador.

Ademais, é de nosso entendimento que a percepção consciente do coordenador quanto à forma não verbal da comunicação se faz necessária, pois pode influenciar na dinâmica grupal, permitindo que conteúdos permaneçam latentes por longo período.

5.5.1 "A gente quer ouvir a sua voz": o coordenador frente ao silêncio do grupo

O silêncio consiste em uma expressão não verbal, que nos comunica frequentemente muito mais que palavras. Integra o contexto de um grupo em seu início, sendo natural. Apesar de sua importância, seu manejo é considerado o espinho na garganta de muitos coordenadores inexperientes (CASTILHO, 1994). Neste estudo, alguns coordenadores suportaram com tranquilidade e sem angústia o silêncio do grupo, ao passo que outros demonstraram dificuldade para enfrentá-lo, conforme ilustrado abaixo:

Enfermeira Amanda propõe fazer o planejamento do grupo. "Vocês lembram que nós pegamos o nome de vocês e a data de aniversário? Que tal comemorarmos o aniversário da gente?". Silêncio. "O que vocês acham?". Silêncio. Observando a passividade do grupo, ACS Teresa fica inquieta na cadeira e de repente: "Oh, gente! É festa!", diz em voz alta e firme, batendo palma, para estimular a participação das pessoas no grupo. *NO (UBS "1")*

Segundo Castilho (1994), aprender a manejar o silêncio é uma grande aprendizagem para todo coordenador. Percebê-lo e compreender seus diferentes significados são atitudes que propiciam melhor leitura da dinâmica grupal. Além

disso, o simples processo de escuta está repleto de silêncio e reúne recepção, acolhida e agradecimento. Aprender alguma coisa do outro é aprender a ouvir seu silêncio e, ainda mais profundamente, aprender a ficar em silêncio com o outro.

Sabemos, entretanto, que nem sempre o coordenador suporta o silêncio dos integrantes, como demonstrado anteriormente. Um dos motivos é a manifestação de uma ansiedade persecutória como menciona Pichón-Rivière (1998). Também há o fato de essa falta de escuta do coordenador mudar o movimento do grupo.

Quando o silêncio surge, certas atitudes típicas começam a aparecer. Neste estudo, vimos o aumento de pequenos movimentos, como tamborilar os dedos e balançar os pés, ora observados entre os membros do grupo, ora entre os próprios coordenadores. Nessas situações, conforme explica Castilho (1994, p. 79),

cada [pessoa], ao seu modo, encontrará sua forma característica de liberar a sua ansiedade. [...] é sempre uma das mais ricas fontes de comunicação [não verbal] que o grupo usa para [também] encobrir um determinado momento, algo que não está conseguindo enfrentar.

Outra questão importante que emergiu das observações diz respeito ao fato de o silêncio marcar o fim ou o início de uma nova fase do grupo, como se os membros estivessem procurando recuperar energia para uma nova etapa. Essa constatação é evidenciada em um dos encontros, após a realização de uma dinâmica:

Após o término da dinâmica, os participantes são convidados a se sentarem em círculo. Devido à dinâmica ter proporcionado maior movimento no grupo, algumas pessoas demonstram cansaço. As pessoas permanecem por alguns minutos em silêncio. Percebendo que o grupo aparenta mais calmo, ACS Teresa começa a falar sobre o propósito da dinâmica. *NO* (UBS "1")

Castilho (1994) nos explica que, em situações como essa, o grupo novamente se encontra diante de um novo desconhecido, diante de um novo caminhar. Reinicia, assim, nos mesmos comportamentos, em busca de um novo quebra-gelo, que o faça romper sua própria resistência e avançar em seu processo.

Frente à presença da cultura do silêncio no grupo, os coordenadores utilizam estratégias para rompê-lo, conforme demonstra a FIG. 11. É importante esclarecermos que tal cultura consiste na mudez, na dificuldade de algumas pessoas em questionar, de trocar ideias, de expressar julgamentos de valor, se posicionar e interagir em grupo, tal como é definido por Costa (2007).

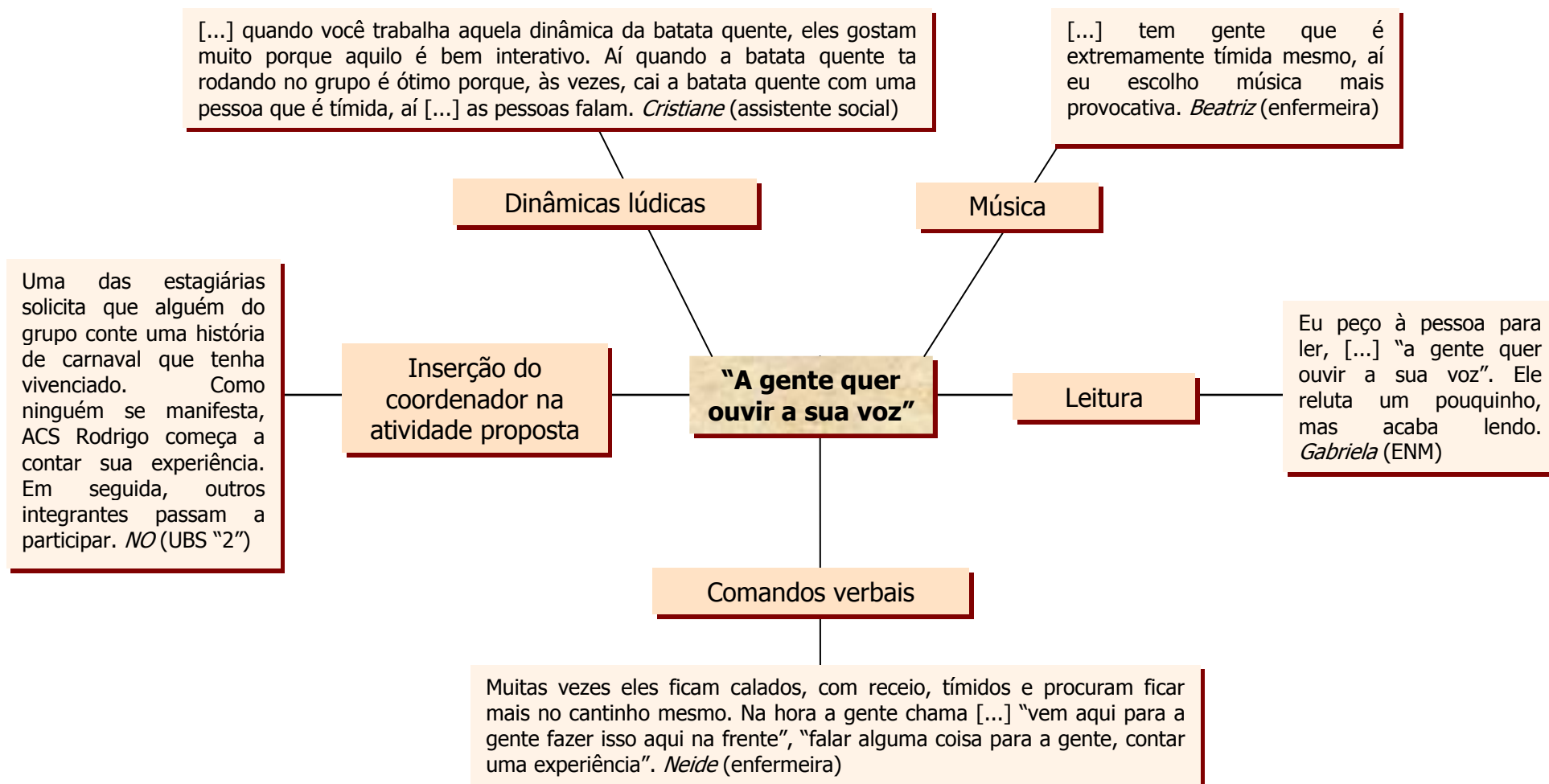


FIGURA 11 - Estratégias do coordenador de grupo para romper a barreira do silêncio. Belo Horizonte, 2010

A partir da FIG. 11, percebemos que as estratégias incorporadas pelos coordenadores tendem a superar as tradicionais fronteiras estabelecidas entre o processo comunicacional, ao lançar as bases da humanização, pois contemplam os sentimentos, as sensações e a intuição. É nesse modelo dialógico, que a música, as dinâmicas lúdicas, a leitura e os comandos verbais, expressadas como incentivos à manifestação em grupo, incitaram o processo comunicacional à medida que facilitaram a socialização, com escolha e abertura. Essas estratégias asseguraram a empatia, a liberdade de expressão, a autoconfiança, a cooperação, o respeito às diferenças culturais, a criatividade, a expressividade e a coparticipação.

No entanto, ressaltamos que, antes de decidir se deve ou não intervir no silêncio do grupo, o coordenador precisa estar atento sobre o porquê do silêncio: bloqueio, resistência, medo de falar e não ser aceito ou se é um caso de “silêncio reflexivo”. Deve centrar sua atenção na comunicação não verbal dos participantes, a fim de decodificar melhor o real motivo daquele silêncio (STEFANELLI; CARVALHO, 2005), e, logo, traçar estratégias adequadas ao estabelecimento de uma comunicação, rompendo com o silêncio do grupo.

5.6 O grupo enquanto espaço de escuta

Para melhor compreensão desse núcleo temático, faz-se necessário destacarmos, inicialmente, a diferença entre os termos ouvir e escutar. Segundo Grossi (2000, p. 41, grifo da autora),

do latim, o termo *audire*, ouvir, [...] ficar a saber, entender já à primeira mão, difere de escutar, *auscultare*, apurar o ouvido, “*prestar ao que é dito uma atenção que falta a quem se limita a ouvir*”, pois “*falar é uma necessidade, escutar é uma arte*”. [...] Ouvir e escutar exigem comportamentos diferenciados. [...] Ouvir pode tornar-se um gesto mecânico [...].

Verificamos, a partir dos conceitos expostos, que um dos maiores problemas de comunicação é como o receptor escuta o emissor. Muitas vezes, o que temos é o receptor ouvindo o emissor.

Nessa perspectiva, apesar de ser entendida como uma característica desejável em qualquer situação de interação, nem sempre a escuta ocorre nos grupos.

Coordenadores despreparados demonstram ansiedade para ouvir e, assim, acabam não ouvindo o grupo, o que pode comprometer o andamento do trabalho.

Médica Poliana pergunta quem dos presentes faz uso de insulina. Germano [participante] manifesta-se positivamente. A médica questiona como ele aplica e guarda a insulina, como despreza o material e por quanto tempo usa a agulha. Germano começa a responder e, em certo momento, Poliana o interrompe com um "ta". A médica indaga se é dolorosa a injeção. Germano diz que não, mas sua fala confunde-se em meio à fala da médica, que não o espera concluir a resposta, dizendo: "É uma agulha muito pequena, não dói a injeção". Bate a caneta na mesa com mais intensidade. *NO* (UBS "4")

Mais adiante, no mesmo encontro, constatamos outra vez dificuldade da coordenadora em escutar o que o outro lhe informa. Possivelmente desconhece os problemas e as necessidades como são sentidos pelo integrante, que deveria ser o protagonista, mas pouco tem a oportunidade de se integrar à interlocução.

Germano [participante] comunica à médica Poliana que sua receita venceu, e, portanto, está sem remédio. Precisa de uma nova receita, mas necessita ir embora. Poliana diz: "Eh? Aí que eu vou puxar a orelha do senhor". Germano fala: "Se eu contar a história para a senhora, a senhora vai entender. Cada um tem seus problemas". A médica não diz nada. Solicita a ACS distribuir um folheto sobre alimentação saudável. *NO* (UBS "4")

Segundo menciona Stefanelli e Carvalho (2005), apenas o outro pode dizer como se sente, o que pensa, que imagem tem de si mesmo e do mundo que o cerca. No intuito de escutá-lo, é preciso estar atento para não julgar o conteúdo do pensamento expresso e concentrar toda a atenção nele, pensar reflexivamente sobre o que ele diz; tentar compreender o que está sendo dito e também o que não está.

A esse respeito, destacamos as palavras de Távola (2009, p. 9):

[...] é raro e difícil se comunicar! O que há, em geral, ou são monólogos simultâneos trocados a guisa de conversa, ou são monólogos paralelos, a guisa de diálogo. O próprio diálogo pode haver sem que necessariamente haja comunicação. Pode até haver um conhecimento a dois, sem que, necessariamente haja comunicação.

Os trechos em destaque evidenciam ainda que a própria ansiedade do coordenador pode levá-lo a não escutar o grupo. Poliana, ao discutir sobre o tratamento insulínico, faz alguns questionamentos sobre o assunto e consegue, no máximo, ouvir parcialmente um dos integrantes, o que pode prejudicar a compreensão, em sua extensão e profundidade, do que ele diz. Além disso, se escutar o outro implica em aceitar sua expressão e compreender suas motivações, seu sistema de referência (AMADO; GUITTET, 1978), a coordenadora pode transmitir

ao grupo sua não abertura para o diálogo naquele momento. Soma-se a isso, o fato de que a leitura grupal não é feita por uma única pessoa. Tanto coordenador quanto integrante interpretam uma determinada situação, é como uma reação em cadeia.

Encontramos, ainda, coordenadores que escutam e consideram a opinião dos membros do grupo. Inclusive, ao buscarem uma relação mais dialógica, alguns deles dão voz aos participantes, propondo-se a ouvi-los naquilo que os aflige, respondendo-lhes com palavras que os confortam.

[...] a gente percebe que, deixando todo mundo participar, o ouvir tornou-se um exercício do grupo também. *Geraldo* (enfermeiro)

Verificamos no depoimento que, ao se propor manter uma fala dialogada, Geraldo demonstra interesse em compreender o ser humano diante de sua complexidade. Para tanto, o mesmo precisa saber escutar o outro, a partir de ações compreensivas e humanizadas (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Segundo Zimerman e Osório (1997), a essência de qualquer indivíduo consiste no fato de ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como a da dependência e a de ser reconhecido pelos outros, com os quais é compelido a conviver. Assim, como o mundo interior e o exterior são a continuidade um do outro, da mesma forma o individual e o social não existem separadamente; pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, complementam e confundem entre si.

Ademais, devemos entender que, enquanto coordenadores de grupo, não devemos buscar saídas para os problemas apresentados pelo grupo, mas sim, fazê-lo encontrar a solução por si mesmo. Tampouco devemos impor nossa própria realidade aos outros. Assim, é necessário que escutemos as opiniões e escolhas dos próprios membros, mantendo uma abordagem dialógica que favoreça o respeito ao pensamento e à atitude daquele por nós assistido.

Nessa perspectiva, há coordenadores que conseguem perceber que a comunicação envolve tanto o sujeito da ação como todos aqueles que se encontram em seu contexto social, como a família. Portanto, é importante escutá-la também:

O [...] contexto familiar amplia muito nossa comunicação, porque eu vou lá e vejo uma família cheia de problemas, de dificuldades. Eu tô percebendo que a pessoa traz com ela todo um conteúdo que precisa ser trabalhado. Não dá para trabalhar todos os conteúdos, mas pelo menos cutucá-la, para que ela mesma possa dar algumas pequenas respostas, [...]. Na verdade,

you cutuca a pessoa da forma que ela permitiu a você e ela vai para a casa ver o que ela dá conta lá. *Beatriz* (enfermeira)

Nas narrativas a seguir, percebemos que alguns coordenadores oportunizam que o membro seja o protagonista, desvencilhando-se da hierarquia usuário *versus* profissional de saúde. Traz, dessa forma, uma proposta de trabalho integradora, valorizando o outro e reconhecendo que o processo de aprendizagem se concretiza quando há uma interação mútua entre o comunicador e o receptor.

[...] a gente não é dono do saber. As coisas que eles [participantes] falam, a gente concorda. Eu acho que isso ajuda na comunicação, de dar uma liberdade deles conseguirem expor o que eles estão pensando. *Amanda* (enfermeira)

Ao término do grupo, enfermeiro Geraldo fala para os participantes: “[...] a gente não é dono da verdade. A gente está aqui para construir as coisas. Então vai ser errando, aprendendo, vai ser ensinando, a gente está aqui”. *NO* (UBS “5”)

As falas em destaque enfatizam que o conhecimento não pode ser simplesmente recebido, mas sim, construído pelo sujeito por meio de sua própria ação. Nessa perspectiva, o processo de aprendizagem é visto como dependente do resgate das experiências dos participantes, buscando por meio do trabalho grupal construir novas concepções a partir do preexistente.

Entendemos que a comunicação nos grupos não pode basear-se na hierarquia e no *status* do coordenador como detentor exclusivo de conhecimentos para a transformação da realidade, pois são formas comunicacionais destinadas a fomentar a ação educativa que Freire (1971) chama negativamente de educação bancária. Alguns desses coordenadores reconhecem a importância da compreensão do sujeito em seu contexto cultural e socioeconômico.

Antes de irmos para o galpão, médico Alberto comenta que está cansado de dizer para as pessoas comerem frutas, verduras. Trata-se de uma região economicamente carente. Teve um dia que um usuário disse para ele: “Nossa doutor, hoje eu comi 10 pãezinhos”. Médico: “Mas por que você comeu isso tudo?”. Usuário: “Eu estava com muita fome”. Médico: “Então você percebe? Devemos conhecer nossa comunidade. *Alberto* (médico)

A esse respeito, Ferreira (2006) explica que a complexidade que envolve o ser humano convida a pensar a comunicação a partir de elementos outros que não o enquadre somente no discurso biomédico, pois essa é uma condição necessária, mas não suficiente, para darmos conta dos novos paradigmas de cuidar que estão

surgindo no campo teórico-filosófico e também na prática mesma do cuidado que se realiza nos grupos.

Feitas tais considerações, há a necessidade de desenvolver variados processos de escuta e reflexão do grupo em relação a sua dimensão sociocultural para revelar questões mais profundas do que supõem as práticas discursivas de profissionais de saúde que ainda alicerçam suas ações em políticas públicas verticais de saúde.

5.7 Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores na interação entre coordenador e grupo

Conhecer as principais dificuldades e facilidades que permeiam as relações entre coordenador e demais membros durante o manejo grupal auxilia-nos a compreender as interações ali estabelecidas, o que inclui, necessariamente, a comunicação.

As dificuldades foram enfatizadas pelos coordenadores e evidenciadas nas observações de campo, relacionando-se a aspectos tanto da própria instituição e do ambiente, quanto do próprio coordenador e dos participantes. Ao analisá-las, foi possível observar sua inter-relação com as facilidades, ilustradas na FIG. 12.

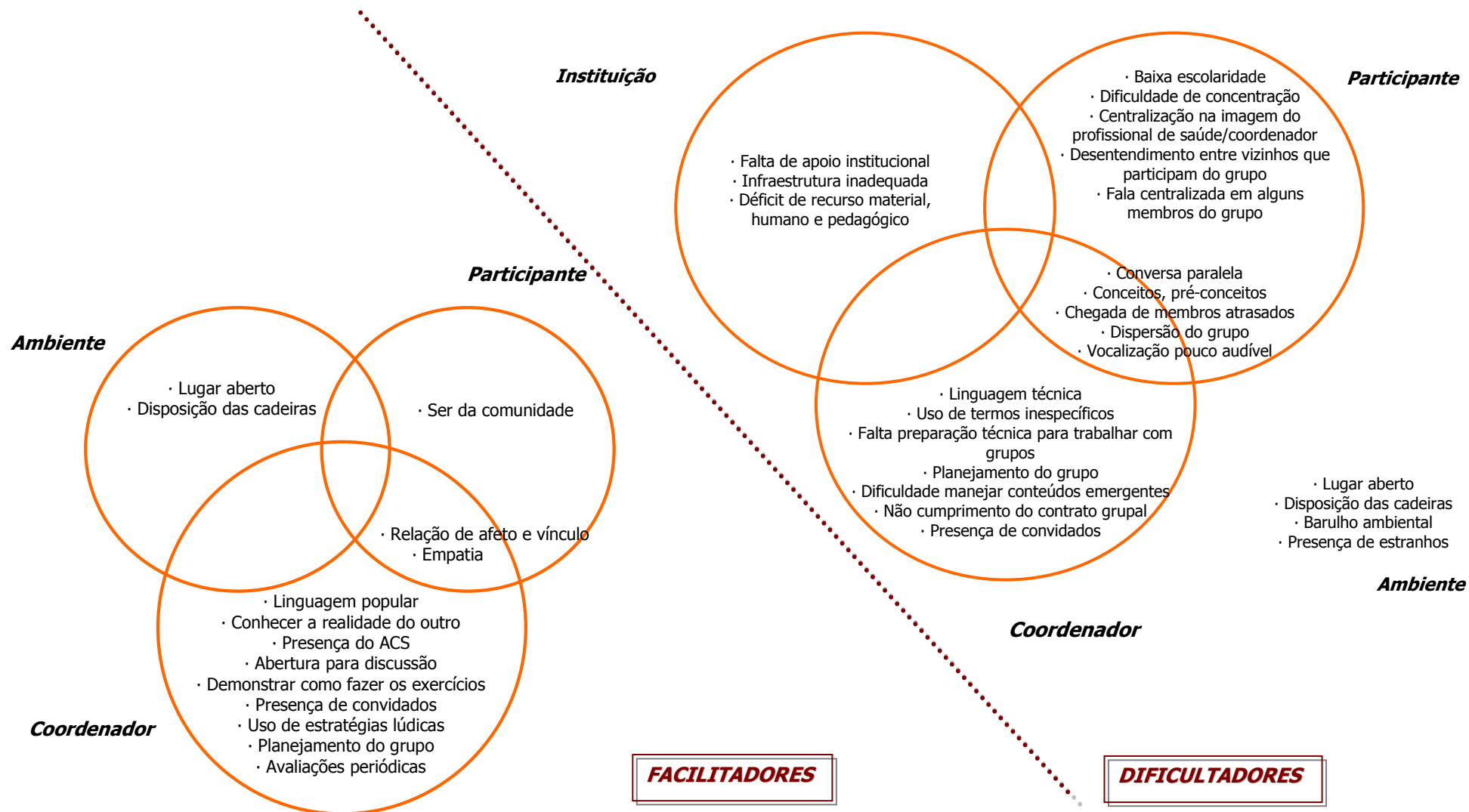


FIGURA 12 - Aspectos comunicacionais dificultadores e facilitadores em grupos socioeducativos. Belo Horizonte, 2010
 Fonte: Entrevistas com os coordenadores e Caderno de campo.

Analisando, primeiramente, as dificuldades apresentadas no âmbito da instituição, temos a falta de apoio institucional; infraestrutura inadequada e déficit de recurso material, humano e pedagógico como principais dificultadores na interação entre coordenador e grupo:

Nós estamos sem lugar. O Parque das Águas é muito bom, [mas está em reforma]. *Érika* (ACS)

[...] pena que muitas vezes a gente tem que ficar muito presa aqui no centro de saúde. Eu gostaria que a gente tivesse muito mais oportunidade de [...] fazer trabalho com grupos, é muito mais gostoso. *Neide* (enfermeira)

[...] sobre os recursos físicos e humanos, a prefeitura não trabalha direito. [...] se vai fazer qualquer coisa diferente é o próprio grupo que dá um jeito. É uma crítica que a gente faz do discurso de promoção da saúde e da efetivação de uma política de promoção da saúde qualificada. [...] falta uma política realmente intencionada de fazer isso. *Carlos* (médico)

[...] a gente tem um pouquinho de dificuldade. Na sala de multimeios, não é sempre que você consegue arrumar o *data show*, algum recurso. A gente já marcou um passeio, combinou o ônibus com a regional, a regional furou. Aí tem a questão da quebra da confiança e depois tem poucas adesões [...]. *Gabriela* (ENM)

Em relação ao ambiente, destacamos que o espaço físico, em seus aspectos de dimensionamento e infraestrutura, influencia diretamente na comunicação do grupo à medida que estimula a percepção ambiental, promove o equilíbrio e a harmonia e cria ambiências acolhedoras (BRASIL, 2006e).

O conceito de ambiência nos espaços da Saúde implica:

"espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao adotar o conceito de ambiência [...], atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do [Sistema Único de Saúde]. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por [...] um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2006e, p. 5).

Apesar desse entendimento, na prática, nem sempre encontramos ambientes propícios para a realização do grupo, o que pode comprometer a produtividade do trabalho. Presença de pilastras, poeira, entulho, barulho ambiental destacam-se como dificultadores dos mais importantes. Isso porque os componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como, iluminação, som e dimensão configuram-se como elementos de destaque na boa ambientalização.

Ao entrarmos no salão, as cadeiras são dispostas em duas fileiras, uma em frente à outra, devido às pilastras que impedem a formação de um círculo. As mesmas prejudicam o contato visual dos integrantes a depender do local que ocupam no salão. *NO* (UBS "7")

[...] o espaço físico [...] é muito ruim aqui no centro de saúde. Barulho de carros próximos ou, às vezes, as salas estão muito quentes. A gente vai para a Igreja, mas ela é muito ampla e as pessoas não escutam direito. *Carlos* (médico)

[...] um celular quando toca, às vezes, atrapalha, apesar de muitas vezes eles desligam ou deixam no silencioso para não atrapalhar. *Mariana* (enfermeira)

Alguns encontros são realizados em lugares abertos, como parques ecológicos, que podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Essas áreas tornaram-se importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que se configuram como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde. São criadas ambiências externas, para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, *tai chi*, dentre outros).

Nós fizemos [a gincana] no Parque das Águas. Lá tem espaço. [...] Fizemos também relaxamento na grama, é uma coisa que eles gostam. Fazia exercício em um lugar todo cheio de árvore. *Érika* (ACS)

Entretanto, lugares abertos podem também dificultar a comunicação nos grupos na medida em que contribuem para a dispersão dos integrantes, e há maior possibilidade de se ter a presença de estranhos que circulam no local, prejudicando a manutenção do sigilo grupal. A presença de estranhos também foi evidenciada por uma das coordenadoras quando o grupo é realizado dentro da unidade básica de saúde.

[...] eu acho que interfere muito [...] a presença de algumas pessoas. Igual [no parque ecológico] tem o guarda municipal, pessoa que fica capinando. Muitas vezes eu vejo que a presença de um deles estranha o grupo, porque o grupo vai adquirindo uma confiança. Alguém que ele não combina que é de outra rua eu percebo que interfere. [...] eu queria um grupo que fosse totalmente aberto, [...] por mais que sejam totalmente abertos, as pessoas querem um pouco de sigilo. [...] Então eu acho que se fosse algum local que o pessoal entrasse e tivesse um pouquinho mais de sigilo seria melhor. *Beatriz* (enfermeira)

Às vezes, algum funcionário que entra para me passar alguma coisa atrapalha. *Mariana* (enfermeira)

Outro aspecto que influencia a comunicação nos grupos diz respeito à utilização de mobiliários que devem ser confortáveis e suficientes, além de estarem dispostos de maneira a promover a interação entre as pessoas. Neste estudo, houve predomínio da disposição das cadeiras ou dos próprios integrantes em círculo, fenômeno frequente nos grupos observados.

A gente procura trabalhar em círculo pra ta ouvindo, ta observando todos de maneira igual. A gente interage dentro desse círculo. *Teresa (ACS)*

ENM Gabriela [...] convida a todos para formarem uma roda e inicia dinâmica de descontração na qual ela emite sons e faz gestos e todos repetem. *NO (UBS "5")*

Segundo Munari *et al.* (2008), a roda possibilita às pessoas o desenvolvimento do compromisso com o trabalho e a segurança necessária para expor suas ideias. Facilita ainda o estabelecimento do vínculo e da confiança, além de colocar todas as pessoas em situação de igualdade.

Embora consideremos que a existência do espaço grupal organizado em roda seja um avanço rumo à construção de uma comunicação mais aberta e participativa, observamos desencontros de linguagens e de atitudes entre coordenador e grupo, como mostra a narrativa abaixo:

As cadeiras encontram-se dispostas em círculo. Enfermeira Bianca discute com o grupo a diferença entre gripe e resfriado, a partir da leitura de lâminas de *power point* impressas em folha A4. Há pouca interação grupal. *NO (UBS "8")*

A partir da situação exposta, constatamos que pode haver uma ilusão de possibilidade de sempre ter um diálogo horizontalizado no círculo. No entanto, lembramos que a interação depende de outros fatores como, por exemplo, a forma como o grupo é aquecido, a motivação do coordenador em conduzir o grupo, a articulação entre os integrantes, entre outros.

Segundo Pitta (1995, p. 5), a horizontalização na forma de interação asseguraria um encontro, por meio de uma "engenharia de posições". Porém, a exposição ou reunião de atores no mesmo plano de conversações não garante que a interlocução se efetive. Essa mesma autora explica que a horizontalização se constitui sempre numa experiência em aberto que não pode se fechar, pela impossibilidade de se transferir a experiência de um sujeito para outro. Essa

impossibilidade fundamenta-se na complexidade inerente ao processo de significações que deve ser compreendido pelo coordenador.

Em outros grupos temos a disposição das cadeiras em semicírculo e, no meio, uma mesa onde fica o coordenador, o que pode de algum modo ser intimidador da participação do grupo. A esse respeito, Silva (2003, p. 87) explica que

sentar-se em frente a uma pessoa, com a mesa no meio, cria um ambiente competitivo e pode significar que estamos na defensiva. Essa situação pode levar as pessoas a reafirmarem seus pontos de vista, já que a mesa é uma barreira sólida entre ambos, e pode, também, estabelecer uma situação de superior-subordinado, durante a realização [do grupo].

A partir dessas considerações, enfatizamos a importância de se criar ou adaptar espaços coletivos destinados aos encontros de modo a proporcionar espaços vivenciais prazerosos, propícios à comunicação aberta entre coordenador e membros.

Quanto aos aspectos dificultadores relacionados ao coordenador, destacamos o uso de uma linguagem técnica. Verificamos que as interações estabelecidas nos grupos, ora são mediadas por uma linguagem técnica, ora por uma linguagem popular. Essas linguagens ora se afinam, ora concorrem entre si ou até se contradizem, fazendo emergir dificuldades na compreensão das mensagens transmitidas. O seguinte depoimento exemplifica o uso de termos específicos que, embora os coordenadores os reconheçam como dificultadores na comunicação, na prática, acabam utilizando-os, muitas vezes, de forma automática:

[...] os termos que eu uso, [...] às vezes, criam um certo distanciamento. [...] a gente acha que eles têm conhecimento, sabem o que significa, mas não existe o significado, tanto termos técnicos como glicemia, pressão arterial, hipertensão, diabetes. Cada um tem um conceito e a gente percebe que, às vezes, o conceito não é o mesmo. *Carlos* (médico)

Percebemos, no trecho citado, como a área da Saúde está repleta de terminologia de difícil compreensão, que precisa ser contextualizada para que possa ser traduzida pelas pessoas. Lembramos que, no grupo, no intuito de se chegar a um entendimento, coordenador e membros necessitam possuir um quadro de referências em comum durante a comunicação, especificando o sentido a seus atos de fala.

Isso porque a presença de códigos não compartilhados em seu significado contribui para desencontros comunicacionais entre coordenador e membros do grupo. No dizer de Craco (2006), uma linguagem que utiliza códigos, principalmente

pelo coordenador, acaba dificultando o acesso do grupo às informações na medida em que se torna uma barreira linguística inicial para que o diálogo se estabeleça.

Ferreira (2006) também contribui para melhor compreendermos tal situação. Essa autora compara a valorização excessiva que se dá à sofisticação da tecnologia de ponta e da cultura que construímos de que, quanto mais complicado for algo, melhor para demonstrar nossa sabedoria, com a percepção de algumas pessoas acerca da comunicação verbal. Provavelmente há a ilusão de que, quanto mais palavras técnicas e de difícil entendimento usarmos, mais demonstramos o quanto o outro não sabe aquilo que só nós sabemos e, aí, perdemos a oportunidade do diálogo e da ampliação do conhecimento que se dá na medida da troca e do compartilhamento de saberes.

Essa linguagem é, portanto, não apenas um instrumento de comunicação, mas também de poder no grupo na medida em que se transforma em códigos acessíveis apenas aos coordenadores, dificultando o estabelecimento de uma comunicação democrática entre todos os participantes.

Posto isso, ressaltamos que um dos maiores desafios que nos é colocado refere-se à necessidade de superarmos as barreiras linguísticas que o jargão técnico nos impõe, dificultando uma autêntica interação entre coordenador e grupo. Isso se torna mais preocupante quando se tem integrantes com baixa escolaridade, sendo considerado por alguns coordenadores como outro dificultador na prática comunicativa. Essa situação exige o uso de uma linguagem popular, caracterizando-se, por sua vez, como um dos aspectos facilitadores mais apontados pelos coordenadores para se ter uma boa comunicação no grupo.

Aquilo que você ouve nem sempre você pode passar do mesmo jeito para a população que ela não vai compreender. [...] Eu acho que a gente deve usar uma linguagem que eles [grupo] possam entender. Não usar muita linguagem técnica, não moldar muito as palavras, falar mais o cotidiano deles, buscar mais assuntos do cotidiano deles. *Adriano (ACS)*

[...] as pessoas que a gente trabalha têm um passado de muito sofrimento, de usurpação de direitos, tanto nutricionais, físicos, biológicos, de doenças crônicas e [...] da infância mal cuidada e também de falta de oportunidade ao estudo, à leitura, à política. Então isso limita o envolvimento e a participação no grupo. [...] A gente tem que trabalhar com essa realidade. *Carlos (médico)*

Dessa forma, não basta possuir conhecimento sobre prevenção de doenças e promoção de saúde. O coordenador deve saber comunicar de forma autêntica a informação de modo que chegue e produza algum tipo de intervenção que possibilite ao grupo se sentir valorizado e integrado em seu processo de cuidar. Nos grupos que agregam idosos, isso é particularmente importante, pois, ao proporcionar aos idosos situações em que se sintam responsáveis por si mesmos e por seu próprio cuidado, poderão resgatar sua autonomia, potencialmente presente, antes de sua condição de cronicidade da saúde (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007).

Não é só a linguagem técnica a comprometer a comunicação no grupo. Outros elementos também a perturbam, como, por exemplo, o uso de termos inespecíficos pelo coordenador e a desconsideração do conteúdo das falas dos participantes:

O grupo discute sobre alimentação saudável. [...] uma participante, que até então está em silêncio no grupo, pergunta o que pode substituir o leite, pois tem problema "de gordura no fígado e não pode beber leite". Enfermeira Angélica responde que pode beber leite de cabra ou de soja. A participante diz que não suporta leite de cabra, devido o cheiro. Outro participante tenta estabelecer diálogo, dizendo que sabe como acabar com o cheiro do leite de cabra. Diz isso, em direção à participante e depois para a enfermeira, mas elas pouco se atem ao conteúdo de sua fala. A enfermeira interrompe-o e passa a falar sobre queijo. *NO* (UBS "4")

Outro dificultador considerado neste estudo diz respeito ao não cumprimento do contrato grupal, o que se tornou um obstáculo na prática comunicativa, dificultando a operatividade das metas do grupo.

Dia de Serenata do Acamado. Saímos do galpão às 14:26 h. [...] Chegamos à casa de Jota [acamado] às 15:08 h. A família está reunida, almoçando. ACS Virgínia comenta com médico Alberto que tinham que ter esperado mais um pouco, pois ela avisou à família que eles viriam por volta das 15:30 h. Grupo demonstra desorganizado e ACS decepcionada: "[...] eu falei com o Alberto que tínhamos que cumprir o horário". *NO* (UBS "2")

Ainda, não raramente encontrarmos coordenadores com dificuldade em manejar os conteúdos emergentes nos encontros, muitas vezes decorrentes da falta de preparação técnica para trabalhar com grupos. Essa situação é mais evidente quando o coordenador necessita lidar com sentimentos humanos e interações que afloram no grupo, fato evidenciado em outros estudos (FERNANDES, 2007; MUNARI; FUREGATO, 2003). Lembramos que o coordenador deve fazer uma leitura do processo grupal com os fenômenos que emergem em cada reunião, o que permitirá melhor conduzir o grupo sem interferências.

[...] eu não me sinto preparada para isso [coordenar grupo]. Eu acho que a gente tem que se preparar mais como profissional. *Flávia* (ENM)

Muitas vezes, nos encontros, as pessoas contam coisas da infância e choram. Então eu falei assim: "Isso é muito maior que eu possa imaginar". Aí eu pensei como eu vou trabalhar isso, eu não dou conta. O que eu quero é resgatar com as pessoas a alegria do viver em todas as fases da vida e tirar o mito de que a morte é uma coisa horrorosa [...]. *Beatriz* (enfermeira)

Outra dificuldade que se põe à comunicação nos grupos refere-se à discussão de temáticas que trazem em seu conteúdo pré-conceitos marcados por tabus arraigados na sociedade como, por exemplo, aspectos da saúde da mulher e a sexualidade entre os idosos, conforme podemos constatar nos trechos em destaque:

[...] a gente sentiu que a questão da mulher é muito difícil de ser abordada, da violência contra a mulher. A gente sabe que têm mulheres no grupo que apanham de marido, o marido tem relação extraconjugal e ela não consegue usar preservativo. [...] até agora não conseguimos abordar, porque primeiro que o grupo é hegemônico por mulheres [...]. Essa questão é muito complicada porque culturalmente, ainda mais nessas pessoas antigas, [...] tem muito consolidado nelas essa postura de inferioridade da mulher, de que a mulher tem que [...] sofrer calada, [...] e apanhar do marido, ela acha que é normal ou pelo menos não tem coragem de colocar isso. *Carlos* (médico)

Para discutir sobre métodos contraceptivos no grupo, enfermeira Yasmin entrega para cada integrante um preservativo. Algumas participantes encontram-se receosas em pegá-lo, inclusive, uma delas se recusa, o que é respeitado pela enfermeira. *NO* (UBS "3")

Percebemos também que a presença do próprio profissional de saúde, em especial, o médico, pode dificultar o estabelecimento de um diálogo, em função de já se encontrar enraizado na cultura popular de que é detentor de um conhecimento legítimo que o autoriza a prevenir ou diagnosticar e tratar. Além disso, cria-se uma dependência dos participantes sobre a figura do profissional de saúde/coordenador, dificultando a autonomia do grupo. Os trechos a seguir reforçam essa hierarquia profissional, ratificando o poder instituído.

Às vezes, as pessoas discordam do que eu falo, por exemplo, [...] mas não têm coragem de discordar. Não sei se é por causa dessa coisa de poder médico. Isso é uma coisa que me incomoda, que as pessoas não falam e acabam que nem abrem espaço para divergência. [...] eu tenho que criar uma relação mais próxima e desmontar um pouco essa noção de hierarquia para fluir melhor e tocar nas feridas corretamente. *Carlos* (médico)

Eu comecei o grupo, saí, fui para outro centro de saúde, aí o grupo acabou. Quando eu voltei, todo mundo disse: "Graças a Deus você voltou". [...] teve uma relação de dependência, se eu não chegava não começava o grupo, tipo assim "A Amanda não tá, fica sem graça" [...]. Quando eu não ia, elas

ficavam [...] decepcionadas. Na época, eu não percebi que era uma dependência tão grande assim, mas agora que eu saí que eu vi. *Amanda* (enfermeira)

A conversa paralela entre participantes e coordenador também se constituiu em importante obstáculo na comunicação dos grupos observados, levando à dispersão em graus variados. Essa constatação pode decorrer da chegada de membros atrasados, da voz baixa do emissor, desinteresse ou dificuldade de concentração dos participantes diante da atividade proposta, número excessivo de participantes no grupo, ressonância grupal, entre outros.

Após início do grupo, chega uma participante: "Boa tarde, Josefa", cumprimenta enfermeira Luana. Enfermeira solicita Josefa pegar uma cadeira e aponta o local para ela se acomodar. Simultaneamente médico Alberto começa a explicar a dinâmica a ser realizada naquele encontro. O médico apenas começa a falar, espera a mulher se acomodar, pois há conversa paralela. *NO* (UBS "1")

Outra coisa é a dificuldade de concentração que eles [o grupo] têm, [...] às vezes, pela dificuldade cognitiva, essa coisa de não terem frequentado escola e de [não serem] mais jovens atrapalha a comunicação. *Carlos* (médico)

Quando tem um tema de muito interesse ou algo que [...] aconteceu na vida deles [grupo], ele [participante] comenta com o do lado, "Isso aconteceu comigo", mas a gente consegue retomar. *Mariana* (enfermeira)

[...] geralmente vão de 30 a 40 pessoas. [...] hoje mesmo teve umas 27 pessoas, mas geralmente são as mesmas. *Fernanda* (ACS)

Outro depoimento sobre os dificultadores no processo comunicacional diz respeito aos conceitos e pré-conceitos existentes entre coordenador e participantes do grupo, conforme afirma um dos entrevistados ao ser questionado sobre possíveis aspectos da comunicação que interferem na comunicação do grupo:

Primeiro os conceitos e pré-conceitos de cada um, tanto meu em relação a eles [o grupo], tanto deles em relação a mim e aos demais membros da equipe que atuam no grupo: "Eu acho que doutor Carlos é contra casamento". Então eles não vão falar o que eles acham sobre isso porque senão vão discordar de mim, ou também a dona Luzia [participante] é muito fechada [...]. *Carlos* (médico)

A fase de planejamento foi citada por uma das entrevistadas como um dos facilitadores da comunicação grupal. Lembramos que essa fase é concebida, por alguns autores, como um processo de compreensão da realidade e sustentada por opções estratégicas, com tempo e espaço bem definidos, consubstanciados em ações

encadeadas com determinados objetivos (NOGUEIRA; MIOTO, 2007). A depender das estratégias utilizadas, poderá facilitar ou dificultar, portanto, a comunicação estabelecida no grupo.

[...] a equipe deve estar integrada, falando a mesma língua, porque se eu chego lá, por exemplo, e estou desinformada, e falo "Oh gente! Hoje vamos trocar receita", outro chega, fala "Não, hoje a médica não vai vir". [...] a gente tem que falar a mesma língua, procurar planejar o grupo antes, para você não chegar lá tão perdido. [...] a gente programando tudo com certeza vai sair melhor. *Flávia* (ENM)

Para alguns coordenadores, a presença de outros profissionais como fisioterapeuta, nutricionista, entre outros, caracteriza-se como um facilitador para a transmissão de conhecimentos no grupo, o que reafirma a presença da crença do saber especializado¹⁵:

A gente [...] chama o nutricionista para falar de determinado assunto, vai o fisioterapeuta para falar de caminhada, de dores [...]. [A presença de outros profissionais facilita a participação e o entendimento do participante do grupo]. Traz mais conhecimento diferenciado. Eu acho que isso é muito importante. *Neide* (enfermeira)

Entretanto, em outro momento de sua fala, essa mesma coordenadora afirma que a presença de convidados pode também se tornar um dificultador na comunicação grupal, pois os integrantes podem ficar inibidos, diminuindo sua participação. Tal percepção é compartilhada por outros coordenadores:

[...] quando vai um profissional de fora, que a gente convidou, eles [os participantes] ficam mais tímidos. É onde a gente introduz uma dinâmica antes. Depois, procura colocar eles mais à vontade, para despertar. *Neide* (enfermeira)

[...] quando vem outro profissional da saúde para dar palestra, eu fico muito atenta [...] porque, às vezes, não entendem e como tem uma pessoa diferente no grupo, elas ficam mais inibidas, a não ser aquelas que já são muito saídas, que dão conta de falar e perguntar alguma coisa. *Cristiane* (assistente social)

¹⁵ O saber especializado se origina do paradigma reducionista, racional e mecanicista. Segundo o filósofo francês Gusdorf (1976, p. 8), o "especialista é aquele que possui um conhecimento cada vez mais extenso relativo a um domínio cada vez mais restrito" e que "o triunfo da especialização consiste em saber tudo sobre nada".

A empatia também foi considerada como um facilitador da comunicação, vista como um dos elementos básicos da comunicação humana. Espera-se, na comunicação empática, que o coordenador perceba a experiência do outro como este a vivencia, atentando para não perder seu papel de profissional ou mesmo sua identidade. A empatia ocorre apenas quando se consegue transmitir ao outro a compreensão de como ele é e de como vivencia seu mundo, respeitando suas crenças, valores e cultura (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

[...] nós tornamos uma identidade mais empática [...]. [Os participantes] têm uma empatia muito grande com a gente. A gente cria uma relação muito maior de amizade. Então, você tem uma inter-relação com eles, uma interface muito maior. Então eles notam quando você tá triste e ficam tristes também, e alegre, a mesma coisa. Essa empatia se torna favorável a nós. *Rodrigo (ACS)*

Outro facilitador no processo comunicacional diz respeito à presença do agente comunitário de saúde nos grupos, o qual se identifica com a comunidade devido ao fato de possuir as mesmas características, quais sejam, valores, costumes e linguagem (SOUSA, 2003). Dessa forma, a inserção do agente no grupo é apontada como um facilitador para a comunicação, sendo um mediador do vínculo e da relação de confiança entre usuários e serviço de saúde.

Eu acho que as agentes de saúde são muito boas. Não sei se é porque elas vivem na comunidade, o carinho delas é redobrado. Não que a gente não goste do paciente, mas é porque a convivência com eles é maior, a questão da visita na casa. [...] elas são excelentes, com certeza, quem facilita muito o nosso grupo são elas. *Flávia (ENM)*

Conhecer melhor a realidade do outro também foi considerado como um facilitador da comunicação, pois permite agir de forma contextualizada.

[...] eu acho que para [...] conseguir uma comunicação adequada [o coordenador] tem que ter conhecimento da área, tem que ter vinculação com as pessoas, saber os principais problemas que você tem naquela comunidade, com aquelas pessoas, até para você poder abordar e falar a linguagem deles. *Gabriela (ENM)*

Alguns coordenadores ressaltam o aspecto lúdico no grupo apropriado para as pessoas idosas, a partir de estratégias lúdicas pedagógicas, tais como, passeio, bingo, música e dinâmicas:

Eu acho que através do lúdico a gente trabalha muito bem essa questão da comunicação. Você possibilita o acesso mesmo, não se torna uma coisa cansativa, utilizando mesmo as práticas, técnicas grupais. *Cristiane (assistente social)*

O lúdico é, pois, definido como

a condição de ser do humano que indica uma qualidade e um estado, partilhado por toda a espécie humana, manifesta-se singularmente no brincar, jogar, recrear, lazer e na construção de artefatos lúdicos e de criatividade, digitais e analógicos e, conseqüentemente, produzem os seus efeitos finais nos humanos que as protagonizam, em situações em que lhes atribuem significação lúdica. Nos efeitos finais da ludicidade, ocorrem diversas práticas de mudança seja na formação cívica, nas competências, capacidades e atitudes sociais, relacionais, afetivas, emocionais, cognitivas e criativas (LOPES, 2004, p. 50).

Outros aspectos facilitadores no processo comunicacional foram mencionados pelos coordenadores, tais como, a manutenção de uma relação afetiva no grupo, o vínculo, o fato de os participantes pertencerem à mesma comunidade, a abertura para discussão e as avaliações periódicas:

Facilitador é certa relação de afeto que a gente estabelece desde o consultório. [...] eles são da mesma comunidade, eles têm relação além do grupo. Muitos deles são amigos ou conhecidos. Então isso é uma coisa positiva. Outra coisa que a gente deixa sempre aberto espaço para avaliações periódicas. Foi bom para ver o que a gente faz para melhorar. [...] e essa coisa da gente abrir espaço para discutir [...]. *Carlos* (médico)

[...] depois que forma o vínculo, essas coisas que podem ser dificultadoras vão sendo melhoradas, quase que suprimidas. *Beatriz* (enfermeira)

Ressaltamos, ainda, que durante a realização de exercícios físicos, alguns coordenadores se preocupam em demonstrar como fazê-los, a partir da realização prévia dos mesmos em seu corpo ou de outro participante para tornar mais fácil a compreensão do grupo:

[...] a gente usa nós mesmos para poder mostrar a forma de fazer aquele exercício porque, se não mostrar, a pessoa faz errado e pode prejudicar a saúde. [...] é uma forma que a gente usa para poder ser bem entendido. *Teresa* (ACS)

A partir das dificuldades e facilidades comunicacionais expostas, é importante lembrarmos que é impossível não se comunicar (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007). Contudo, a possibilidade de encontrarmos ruídos no processo de comunicação entre os seres humanos é um dado eminente e recorrente. Logo, a capacidade de comunicar-se eficazmente depende de muitas variáveis, constituindo-se como um processo não tão fácil como possa parecer, no caso concreto, a qualquer coordenador. Esses obstáculos precisam ser conhecidos para serem superados. Se não, cria-se um ruído na comunicação, levando muitas vezes o grupo à dissolução.



Últimas reflexões...

*Palavras de quem ainda não terminou,
pois terminar pode significar estacionar e achar que se chegou ao fim.
Eu prefiro estar sempre a caminho, tendo em mente que um dia chegarei,
mesmo que eu nunca chegue. De mais a mais, é muito bom estar onde eu estou. a caminho.*

Routinho

Ao decidirmos trabalhar com a temática sobre a comunicação do coordenador de grupos socioeducativos na Estratégia de Saúde da Família, deparamo-nos com alguns desafios a serem enfrentados como, por exemplo, a delimitação do próprio objeto de pesquisa e a apropriação do referencial teórico-metodológico por nós utilizado.

Muitas foram as incertezas geradas neste caminhar, até mesmo porque nenhum método ou análise pode ser considerado como uma verdade absoluta, pois, lidamos com seres humanos em contextos diversos, os quais atribuem diferentes significados aos fenômenos da vida.

Ousamos, dessa forma, dizer que provavelmente muitas de nossas reflexões e propostas aqui delineadas necessitarão de futuras discussões. Conforme escreveu Freire (1987, p. 184), "nos daremos por satisfeitos se, dos possíveis leitores desse ensaio, surgirem críticas capazes de retificar erros e equívocos, de aprofundar afirmações e de apontar o que não vimos".

Nesse sentido, é importante resgatarmos as perguntas feitas no início deste estudo e que nortearam esta investigação: de que maneira os coordenadores se comunicam nos grupos socioeducativos no contexto da Estratégia de Saúde da Família? Qual o conteúdo veiculado na mensagem? Quais as aproximações e os distanciamentos na comunicação entre os coordenadores e os participantes que interferem no alcance dos objetivos do grupo?

Passamos, então, a discorrer sobre as percepções do que foi encontrado, pois acreditamos que este momento não é de conclusões, mas de ordenamento de pensamentos e ideias que se traduzem em reflexões.

No primeiro instante, verificamos o quão é importante o papel que assume a comunicação do coordenador enquanto indicador do processo grupal que interfere

sobremaneira na dinâmica do grupo. Vimos que o coordenador, na perspectiva de Pichón-Rivière, deve atuar como um copensor do grupo, e, assim, sua comunicação precisa despertar o interesse dos participantes e considerar os fatores psicológicos envolvidos no processo de aprendizagem.

Entretanto, na prática, nem sempre as ações do coordenador concorrem para a concretização de uma comunicação que promova o diálogo entre os membros do grupo na perspectiva de alcance dos objetivos.

Neste estudo, apesar de a comunicação do coordenador incentivar as pessoas a se responsabilizarem por seu próprio cuidado, verificamos que se mantém ainda uma prática prescritiva e comportamentalista, pouco sintonizada com o arcabouço filosófico-conceitual da promoção da saúde. Apresenta-se, portanto, uma concepção instrumental de comunicação, fundamentada na transmissão linear e verticalizada de conhecimentos, o que distancia os interlocutores no processo comunicativo, indo de encontro aos princípios que compõem a organização do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade). Dessa forma, o coordenador promove, a partir da comunicação estabelecida com o grupo, movimentos diferenciados, tais como, ansiedade, falta de espontaneidade, não discussão dos conteúdos que emergem das falas dos participantes.

A veiculação das mensagens foi feita por diferentes canais, tais como, dinâmicas, música, filmes, cartazes, textos e jornais. Essa propagação de mensagens não pode ser compreendida como mera transferência de informações na medida em que sua decodificação é percebida e processada de maneiras diversas. Cada integrante tem diferenças cognitivas e particularidades com relação aos conteúdos discutidos no grupo e que deverão ser consideradas pelo coordenador.

Constatamos também uma heterogeneidade entre as temáticas discutidas nos grupos observados, priorizando ora assuntos congruentes às ações de prevenção de doenças ou controle de agravos, ora direcionadas à promoção da saúde. A abordagem incessante de temáticas que remetem à doença leva ao desinteresse do grupo.

Dessa forma, enfatizamos a necessidade de redirecionar os temas abordados nos grupos de acordo com a realidade local. A adequação das temáticas à população-alvo é essencial para o planejamento e o desenvolvimento dos grupos,

permitindo que os participantes se identifiquem como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos ativos que constroem suas vidas em um contexto sociocultural, permeado por valores, hábitos, crenças e expectativas próprios.

A partir da análise de Forrest, identificamos 1973 comportamentos verbais, sendo 69,6% constituídos de categorias facilitadoras. Dentre elas predominaram: dando informação (80,0%); reconhecendo a presença do integrante (9,5%) e declarações amplas (7,7%). Entre as categorias bloqueadoras, destacaram-se: fechando o questionamento (64,1%) e aprovando ou concordando (13,3%). Reafirmamos a necessidade de que se busquem novas formas de se comunicar nos grupos, explorando outras subcategorias que permitam aos membros verbalizar suas percepções, como é o caso das subcategorias reconhecendo os sentimentos e verbalizando pensamentos subentendidos. Até mesmo porque a aprendizagem grupal requer uma abordagem que valoriza a expressão do participante, não estritamente da saúde em sua dimensão física, mas da vida de cada um.

Na tentativa de se buscarem novas formas de se relacionar com o outro, houve práticas comunicativas de coordenadores que sinalizaram um novo processo de trabalho no qual se reconhecem as pessoas como produtores ativos da construção e troca de novos significados sobre a saúde, contrapondo-se ao saber clínico e mecanicista, que busca a participação ativa do usuário, possibilitando cuidar-se de forma contextualizada com as necessidades que enfrentam.

Para tanto, foi marcante, neste estudo, a necessidade de o coordenador escutar o grupo, de modo a perceber e respeitar os tempos para fala de cada integrante, assim como, os silêncios que podem sinalizar anseios, desejos e dificuldades no trabalho e nas relações grupais.

Há necessidade de se desenvolverem variados processos de escuta do grupo em relação a sua dimensão sociocultural para revelar questões mais profundas do que supõem as práticas discursivas de coordenadores que ainda alicerçam suas ações em políticas públicas verticais de saúde. Nessa perspectiva, haverá crescimento grupal em um movimento dialético de construção, desconstrução e reconstrução do saber, pautado pelo diálogo, pela escuta e pela valorização do que emerge no grupo.

As dificuldades apontadas pelos coordenadores e evidenciadas nas observações de campo relacionaram-se a aspectos da instituição, do ambiente, do próprio coordenador e dos participantes. A possibilidade de encontrarmos ruídos no processo de comunicação nos grupos é, portanto, um fato eminente e recorrente. Logo, cabe ao coordenador conhecer e superar tais obstáculos, de modo a conceder ao grupo maior operatividade e desenvoltura de quem percebe que é possível crescer em conjunto a partir da ação coletiva.

Cabe ao coordenador apropriar-se de conhecimento técnico e cultural e de procedimentos de intervenção na dinâmica social em que vive o grupo, pois há uma demanda crescente nos serviços de saúde. O coordenador deve problematizar e buscar formas de comunicação dialógicas, interativas e receptivas à alteridade. Além disso, cada vez mais, exige-se do coordenador a competência interpessoal que só pode ser demonstrada por meio de sua habilidade em comunicação.

Para tanto, acreditamos ter imensurável importância a incorporação nos Cursos de Graduação na área de saúde, disciplinas que enfocam o trabalho com grupos e a comunicação no contexto grupal. Não podemos nos esquecer também da importância de se difundir cursos de Especialização sobre comunicação na área da saúde. Essa temática é pouco abordada ou nem mesmo faz parte das ementas e reflexões nos cursos técnicos, de graduação e de Pós-Graduação. Assim, observamos que sugestões como essas são essenciais para termos, no futuro, coordenadores capazes de desvendar suas potencialidades como facilitadores de um processo que se dá de forma conjunta e compartilhada, com seus pares, no sentido de troca e aprendizado. Concepções fragmentadas entre teoria e prática ainda predominam nos ambientes acadêmicos, além de uma visão instrumental, baseada na razão e desvinculada do sentir, da percepção e do agir.

Aí reside um dos maiores desafios do trabalho com grupos: o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo comunicacional entre coordenador e demais membros do grupo.

Acreditamos que este estudo possa subsidiar o planejamento de oficinas junto às equipes de Saúde da Família no intuito de encorajar e instrumentalizar os coordenadores a buscarem diferentes formas e meios de comunicação para efetivar a ação educativa dialógica e os espaços de interação nos grupos voltados para a

construção de novas formas de consciência crítica em relação ao interesse público e coletivo. Assim, será aprimorado o trabalho com grupos inserido no rol de atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, contribuindo para a melhor qualidade da assistência oferecida ao cliente que busca, nos serviços de saúde, solução de seus problemas ou melhoria na qualidade de vida.

Temos a expectativa de potencializar as práticas educativas na luta nada simples pela promoção da saúde, de modo a se ter um processo produtivo de cuidado às pessoas capazes de construir, conjuntamente, graus de autonomia que lhes cause impacto na qualidade de vida.

Por fim, esperamos ter contribuído para a construção de conhecimento na área de comunicação e saúde, e, sobretudo, ter impulsionado reflexões, questionamentos e críticas para futuras e necessárias contribuições, de modo a ultrapassar as fronteiras da comunicação como uma instância puramente auxiliar nos processos de disseminação ou divulgação de práticas e de conhecimentos produzidos e formulados.



*A linguagem - a fala humana -
é uma inesgotável riqueza de múltiplos valores.*

*A linguagem é inseparável do homem e
segue-o em todos os seus atos.*

*A linguagem é o instrumento graças ao qual
o homem modela o seu pensamento,
seus sentimentos, suas emoções, seus esforços,
sua vontade e seus atos,*

*o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado,
a base última e mais profunda da sociedade humana.*

*Mas é também o recurso último e indispensável do homem,
seu refúgio nas horas solitárias em que o espírito luta com a existência,
e quando o conflito se resolve no monólogo do poeta
e na meditação do pensador.*

*Antes mesmo do primeiro despertar de nossa consciência,
as palavras já ressoavam à nossa volta,
prontas para envolver os primeiros germes frágeis de nosso pensamento
e a nos acompanhar inseparavelmente através da vida,
desde as mais humildes ocupações da vida quotidiana
aos momentos mais sublimes e mais íntimos
dos quais a vida de todos os dias retira,
graças às lembranças encarnadas pela
linguagem, força e calor.*

*A linguagem não é um simples acompanhante,
mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento,
para o indivíduo, ele é o tesouro da memória e
a consciência vigilante transmitida de pais para filho.*

*Para o bem e para o mal, a fala é a marca da personalidade,
da terra natal e da nação,
o título de nobreza da humanidade.*



*"Uma palavra desprovida de pensamento é uma coisa morta,
e um pensamento não expresso por palavras permanece na sombra".*

Vygotsky

A CORRENTE do bem. Produção de Peter Abrahms, Robert L. Levy e Steven Reuther. Estados Unidos da América: Warner Bros./Bel Air Entertainment, 2000. 1 DVD (115 min).

ALMEIDA, L. A. de; PATRIOTA, L. M. Sexualidade na Terceira Idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do Bairro das Cidades - Campina Grande/PB. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Paraíba, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2009.

ALMEIDA, S. P. **A vivência no grupo**: a experiência para a pessoa diabética. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ALONSO, J. K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, jan./abr. 1999.

AMADO, G.; GUITTET, A. **A dinâmica da comunicação nos grupos**. Tradução de Analúcia T. Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 238 p. Tradução de: La dynamique des communications dans les groupes.

ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.

ARAÚJO, C. A. Á. Análise da pesquisa em comunicação segundo o critério do âmbito relacional. **Comunicação: meios e mensagens**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 31-44, jan./jun. 2007.

ARAÚJO, I. S. de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-178, set./fev. 2004.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p. (Temas em Saúde).

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 9., 2008, México. **Anais eletrônicos...** México: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, 2008.

Disponível em:

<http://www.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/Comunicacion_y_salud/ponencias/GT7_12Inesita.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2009.

ASSIS, M. de; PACHECO, L. C.; MENEZES, I. S. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 53-73, 2002.

BACHION, M. M. **Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturientes**. 1991. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

BACHION, M. M.; CARVALHO, E. C. de; STUCHI, R. A. G. Retrospectiva da produção científica do SIBRACEN: (1988-1994). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 47-55, abr. 1998.

BAKHTIN, M. M. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 196 p. (Linguagem e Cultura, 3).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Tradução de: L'Analyse de Contenu.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. Belo Horizonte, 2005. 157 p.

_____. **Relatórios de produção e acompanhamento das equipes de Saúde da Família**. 2007a. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/intranet>>. Acesso em: 20 set. 2007.

_____. **O Distrito Sanitário Barreiro**. 2007b. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4344&id_nivel1=-1>. Acesso em: 20 jun. 2007.

_____. **O Distrito Sanitário Norte**. 2007c. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4352&id_nivel1=-1>. Acesso em: 20 jun. 2007.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios de produção e acompanhamento das equipes de Saúde da Família**. 2009a. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/intranet>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. **SUS-BH: Cidade Saudável**. Plano Macroestratégico da Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte 2009-2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009b. 24 p.

BERGOLD, L. B. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental**. 2005. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2006.

BERGOLD; L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-542, jul./set. 2009.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação: introdução a teoria e a prática**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 330 p.

BIELEMANN, V. L. M.; SILVA, E. N. F.; RADTKE, R. S. Valorizando a terceira idade: um relato de experiência. **Expressão Extensão**, Pelotas, v. 4, n. 1, p. 48-51, 1999.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003. 105 p. (Coleção Primeiros Passos, 67).

BORDENAVE, J. E. D.; CARVALHO, H. M. de. **Comunicação e Planejamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 247 p. (Coleção Educação e Comunicação, 2).

BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 317 p.

BRAGA, J. L. Aprendizagem *versus* educação na sociedade mediatizada. **Revista Geraes - Estudos em Comunicação e Sociabilidade**, Belo Horizonte, n. 53, p. 26-39, jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1997.

_____. **Portaria nº 1.395/GM**, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 12 jun. 2007.

_____. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. 2006a. 26 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>.

Acesso em: 12 jun. 2007.

_____. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 23 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programa Escola Aberta**. 6 p. 2007. Disponível em: <ftp://ftp.fn.de.gov.br/web/escola_aberta/secretarias_participantes_escola_aberta.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

BUENO, M. R. Reflexões sobre a valorização do idoso. **Revista Travessias**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2008.

CABRAL, I. E. Contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11., 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEN-PA, 2001. 1 CD-ROM.

CÂMARA, M. F. B.; DAMÁSIO, V. F.; MUNARI, D. B. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 1, n. 1, out./dez. 1999.

CARDOSO, A. S. F. *et al.* Coordenação de grupos na enfermagem - reflexões à luz de Pichón-Rivière. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 288-292, abr./jun. 2009.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p. 45-55. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. **Dinâmica de grupo: pesquisa e teoria**. Tradução de Dante Moreira Leite e Miriam L. Moreira Leite. 2. ed. São Paulo: EPU/EDUSP, 1975. 1032 p. Tradução de: Group dynamics: research and theory.

CARVALHO, E. C. de; BACHION, M. M.; BRAGA, M. R. Comunicação oral com pacientes hematológicos: comportamentos facilitadores e bloqueadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 68-79, abr. 1997.

CASTILHO, A. **A dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 164 p.

CAVICHIOLO, S. A.; CARVALHO, E. C. Análise da interação entre equipe de enfermagem e pacientes com distúrbios de comunicação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3., 1992, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, 1992. p. 114-128.

CEOLIN, T. *et al.* A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência. **Enfermería Global**, Murcia, n. 16, p. 1-9, jun. 2009.

CHIAVARALLOTTI NETO, F. C.; MORAES, M. S.; FERNANDES, M. A. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 101-109, 1998. Suplemento 2.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr. 1999.

CIAMPONE, M. H. T. **Grupo operativo:** construindo as bases para o ensino e a prática da enfermagem. 1998. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

CIANCIARRULLO, T. I. (Org.). **Instrumento Básico para o Cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. 154 p.

COSTA, E. P. Rompendo a cultura do silêncio: uma vivência em sala de aula. In: CONGRESSO CIENTÍFICO DA UNIVERCIDADE, 2., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: UniverCidade, 2007. Disponível em: <http://www.univercidade.edu/uc/pesqcient/pdf/2007/educ_silencio.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2009.

COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Autonomia *versus* cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 53-58, jan./mar. 2007.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à Saúde da Família:** encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 21-26, 2007.

DANIELS, T. D.; SPIKER, B.; PAPA, M. **Perspectives on organizational communication**. 4. ed. Dubuque: Brown & Benchmark, 1997. 265 p.

DÉGALLIER, N. *et al.* People's knowledge and practice about dengue, its vectors, and control means in Brasilia (DF), Brazil: its relevance with entomological factors. **Journal of the American Mosquito Control Association**, Fresno, v. 16, n. 2, p. 114-123, jun. 2000.

DEZOTTI, C. B. S. **O teatro como meio de comunicação**. Um estudo sobre a utilização do *tableau* na Proposta Pedagógica de Arte do Ensino Fundamental e Médio da Rede Estadual de Ensino do Estado de São Paulo. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Escola de Comunicação, Universidade de Marília, Marília, 2006.

DIMITRIUS, J. E.; MAZZARELA, W. P. **Decifrar pessoas**: como entender e prever o comportamento humano. Tradução de Cláudia Amorim. 15. ed. São Paulo: Alegro, 2000. 328 p. Tradução de: Reading people.

DONATO, A. F. **Traçando redes de comunicação**: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde. 2000. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008. cap. 4, p. 62-83.

DURAND, G. **A imaginação simbólica**. Lisboa: Edições 70, 2000. 112 p.

EKMAN, P.; FRIESEN, W. V. The repertoire of nonverbal behavior: categories, origins, usage and coding. **Semiotica**, v. 1, p. 49-98, 1969.

FARIA, E. M. Comunicação e informação: instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 47-59, jan./jun. 1995.

FERNANDES, M. T. O. *et al.* Diversidade de recursos pedagógicos utilizados pelo coordenador de grupos junto à Estratégia de Saúde da Família. In: CONGRESSO MINEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 4., 2009, Belo Horizonte.

Anais... Belo Horizonte: Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

FERNANDES, M. T. O. **Trabalho com grupos na Saúde da Família:** concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 335-341, jul./set. 2008.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-330, maio/jun. 2006.

FIGUEIREDO, J. B. A. A dialogicidade de Paulo Freire na educação ambiental dialógica. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE: DESAFIOS À SOCIEDADE MULTICULTURAL, 5., 2005, Recife. **Anais...** Recife: Centro Paulo Freire de Estudos e Pesquisas, 2005. p. 1-16. Disponível em: <http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/A%20DIALOGICIDADE%20E%20PAULO%20FREIRE%20NA%20EDUCAÇÃO%20AMBIENTAL%20DIALÓGICA.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2008.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

FORREST, D. Analysis of nurses' verbal communication with patient. **Nursing Paper: perspectives in nursing**, v. 15, n. 3, p. 48-57, 1983.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 231 p.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 236 p. Tradução de: L'archeologie du savoir.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005. 79 p.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971. 93 p. (Série Ciência e Informação, 6).

_____. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p. (O mundo, hoje, 21).

_____. **Educação como prática da liberdade.** 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. 158 p.

GAIARSA, M. A. C. A magia do outdoor baiano. In: SANTANA NETO, J. A. **Discursos & Análises.** Salvador: UCSal, 2001. p. 98-107.

GARMENDIA, E. **Educación audioperceptiva:** bases intuitivas en el proceso de formación musical. Buenos Aires: Ricordi, 1981. 228 p.

GOFFMAN, E. **Frame analysis:** an essay on the organization of experience. Boston: Northeastern University Press, 1986. 586 p.

GROSSI, M. A. C. Por uma pedagogia do poético. **Presença Pedagógica,** v. 6, n. 33, p. 39-45, maio/jun. 2000.

GROSSMANN, E.; KOHLRAUSCH, E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 71-79, mar. 2006.

GUSDORF, G. Prefácio. In: JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

HAUER, R. M. **Linguagem teatral e aquisição de conteúdos escolares:** uma perspectiva cultural e histórica. 2005. 217 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

HERZOG, R. A percepção de si como sujeito-da-doença. **Physis - Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 2, p. 23-36, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Censo 2000.** 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2007.

KOLB, D.; RUBIN, I.; MCLNTYRE, J. **Psicologia Organizacional:** uma abordagem vivencial. Tradução de Edi Gonçalves de Oliveira. São Paulo: Atlas, 1978. 287 p. Tradução de: Organization Psychology - an experiential approach.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare, 1974. 77 p.

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

LEÃO, E. R.; FLUSSER, V. Música e comunicação não verbal em instituições de longa permanência para idosos: novos recursos para a formação de músicos para a humanização dos hospitais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2008.

LEPARGNEUR, H. **Consciência, corpo e mente: psicologia e parapsicologia**. Campinas: Papirus, 1994. 236 p.

LIMA, C. O. **Musicoterapia e Psicodrama: relações e similaridades**. 2003. 15 f. Monografia (Especialização em Musicoterapia) - Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em : <http://www.fw2.com.br/clientes/artesdecura/revista/musicoterapia/celio_psicodrama.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2010.

LOPES, M. C. O. **Ludicidade humana: contributos para a busca dos sentidos do humano**. Aveiro: Edição Universidade de Aveiro, 2004.

LÓPEZ, A. L.; CIANCIARULLO, T. S. Compreendendo o significado de qualidade de vida na velhice. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 233-249, set./dez. 1999.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. de. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 723-728, set./out. 2005.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin**. 5. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1981. 188 p. Tradução de: Dynamique et genese des groupes.

MALDONATO, M. **O desafio da comunicação: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Palas Athena, 2004. 228 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 227 p.

- MARCUS, T. M.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa qualitativa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-139.
- MEHRABIAN, A.; WIENER, M. Decoding of inconsistenste communications. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 6, n. 1, p. 109-114, may 1967.
- MENDES, M. M. R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994: mudança de paradigma curricular?** 1996. 312 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- MESQUITA, R. M. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-163, jul./dez. 1997.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.
- MONTORO, T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 445-448, jun. 2008.
- MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008. cap. 17, p. 269-279.
- MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 150-161, abr. 2006.
- MUNARI, D. B. *et al.* O uso do grupo na assistência em saúde: análise crítica e possibilidades. In: SANTOS, I. dos *et al.* **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções**. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2008. v. 4, cap. 8, p. 140-147.
- MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003. 82 p.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 237-250, ago. 1997.

MUNARI, D. B.; ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio / suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, maio 1997.

NASCIMENTO, S. Entre as teorias da informação e da comunicação: Sobre o sentido do corpo humano e do corpo cibernético. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5., 2004, Braga. **Actas...** Braga: Universidade do Minho, 2004. p. 72-74. Disponível em: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR46152e9c09c63_1.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2008.

NATANSOHN, G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de La Información y Comunicación**, v.6, n. 2, p. 38-52, mayo/ago. 2004.

NERY, M. P.; COSTA, L. F. A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ao grupo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2008.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. P. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2007. p. 273-303.

OLESEN, V. **Fields notes: some suggestions, some examples**. San Francisco: Sage, 1991.

OLIVEIRA, L. C.; PIVOTO, E. A.; VIANNA, P. C. P. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 101-104, set. 2009.

OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 77-88, 2001. Suplemento 17.

- OLIVEIRA, V. C. A comunicação e o Programa de Saúde da Família. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 4., 2001, Espírito Santo. **Anais...** Espírito Santo: Cátedra Unesco de Comunicação, 2001. Painel.
- OLIVEIRA, V. L. B. *et al.* Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-293, abr./jun. 2007.
- OSÓRIO, L. C. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1986. 358 p.
- _____. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 175 p.
- PAGLIUCA, L. M. F.; CAMPOS, A. C. S. C. Teoria humanística: análise semântica do conceito de Community. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 655-660, nov./dez. 2003.
- PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. da. Do Sensível ao Inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 208-214, mar. 2009.
- PENNA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17-24, abr. 2006.
- PEREIRA, L. L. **Vivenciando a comunicação como descoberta**. 1999. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. **Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología social**. Compilado por Joaquin Pichon-Rivière y colaboradores. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995. 203 p.
- _____. **O processo grupal**. 6. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 239 p.
- PITTA, A. R. (Org.). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncio**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. 293 p.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p. Tradução de: *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*.
- PUPO, M. L. S. B. **No reino da desigualdade: teatro infantil em São Paulo nos anos setenta**. São Paulo: Perspectiva, 1991. 159 p.

- RILEY, J. W.; RILEY, M. W. A comunicação na sociedade. In: COHN, G. (Org.). **Comunicação e indústria cultural**. 4. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1978. p. 118-154.
- RIMAL, R. N.; LAPINSKI, M. K. Why health communication is important in public health. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 87, p. 247-247, 2009.
- SAMPAIO, I. S. V. Conceitos e modelos da comunicação. **Ciberlegenda**, n. 5, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/mestcii/ines1.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2008.
- SANTAELLA, L. **O que é semiótica**. 10. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992. 84 p. (Coleção Primeiros Passos, 103).
- SANTOS, A. (Org.). **Caderno Mídia e Saúde Pública: 20 anos do SUS e 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2008. 144 p.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- SELLTIZ, C.; WHRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Tradução de Maria Martha Hubner D'Oliveira e Miriam Marinotti Del Rey. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987. 3 v. Tradução de: Research methods in social relations.
- SILVA, D. G. V. da *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2003.
- SILVA, L. B.; FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. Práticas criativas com enfoque para modelos interacionistas: ênfase no cuidado de Enfermagem no trabalho com grupos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 60., 2008, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEn-MG, 2008. 1 CD-ROM.
- SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 131 p.
- SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 3, p. 169-173, jul./set. 2004.
- SIMÕES, P. G. Para uma abordagem das interações comunicativas. **Verso e Reverso/Revista da Comunicação**, Rio Grande do Sul, Ano 21, n. 46, 2007.

Disponível em:

<<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/versoereverso/article/view/5776/5234>>. Acesso em: 27 ago. 2008.

SOARES, S. M. **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde - caminhos e descaminhos:** estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2000. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007.

SOUSA, M. F. de. **Agentes comunitários de saúde:** choque de povo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 162 p.

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

SOUZA, E. L. P. de. O consultor e o manejo de clima grupal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 97-116, 1982.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1603-1610, nov./dez. 2007.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino. São Paulo: Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem, 1992. 167 p.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2005. 159 p. (Série Enfermagem).

STEINBERG, M. **Os elementos não-verbais da conversação.** São Paulo: Atual, 1988. 65 p.

TAKAHASHI, R. T.; PEREIRA, L. L. Liderança e comunicação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 123-135, ago. 1991.

TÁVOLA, A. da. O difícil facilitário do verbo ouvir. In: PREFEITURA DE CURITIBA. **Desenvolvimento gerencial.** Brasília, 2009. p. 8-10. (Material de apoio).

- TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivência na ilha de Caratateua Belém. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 155-159, mar. 2007.
- TEIXEIRA, I. A. C.; LOPES, J. S. M. (Org.). **A escola vai ao cinema**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. 237 p.
- TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n. 1, p. 7-40, ago. 1997.
- TEMPORÃO, J. G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 201-204, set. 2009.
- TORRES, H. C. **Avaliação de um programa educativo em diabetes *mellitus* com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2004. 125 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte / Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 402-406, out./dez. 2006.
- TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 142-149, jan./fev. 2007.
- TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes *mellitus*. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269, jul./dez. 2004.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990. 175 p.
- ÚCAR, X. La animación teatral: los procesos de evaluación de intervenciones socioculturales implementados por medio de técnicas y elementos teatrales: teoría de la educación. **Revista Interuniversitaria**, Salamanca, v. 5, p. 159-177. 1993.
- VICTOR, J. F. *et al.* Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-730, dez. 2007.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2007. 253 p. Tradução de: Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes.

ZANETTI, M. L. *et al.* O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, mar./abr. 2008.

ZANINI, C. R. O. O cantar e a terceira idade. **Informativo Nova Geração**, Goiânia, V. 3, n. 12, p. 3, jul. 2000.

_____. Envelhecimento saudável - o cantar e a gerontologia social. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/saudavel.html>. Acesso em: 25 jan. 2009.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 244 p.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424 p.



APÊNDICE B

MODELO - GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS INFORMANTES

UBS	Equipe	Completa		Grupo idoso		Categoria profissional (coordenador de grupo)				Incluir	
		Sim	Não	Sim	Não	MD	ENF	ENM	Outros	Sim	Não

Fonte: Gerência das unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário _____.

Nota: UBS - Unidade Básica de Saúde; MD - Médico(a); ENF - Enfermeiro(a); ENM - Enfermagem Nível Médio.

APÊNDICE C

MODELO - AGENDA DAS ATIVIDADES DOS COORDENADORES DE GRUPOS COM PREDOMÍNIO DE IDOSOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

UBS	EQ	Categoria profissional				Grupo idosos dias/hora					Local
		MD	ENF	ENM	Outro	2ª f.	3ª f.	4ª f.	5ª f.	6ª f.	

Fonte: Coordenadores de grupos, informantes da pesquisa do Distrito Sanitário _____.
 Nota: UBS - Unidade Básica de Saúde; EQ - Equipe; MD - Médico(a); ENF - Enfermeiro(a); ENM - Enfermagem Nível Médio.

APÊNDICE D

GUIA ESPECÍFICO PARA ACOMPANHAMENTO DOS GRUPOS COM PREDOMÍNIO DE IDOSOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mês: _____ 200_____

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

APÊNDICE E

FICHA DO INFORMANTE

1. Identificação:

Nome: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Religião: _____

Médico(a) ____ Enfermeiro(a) ____ ENM ____

UBS: _____ ESF: _____

Tem especialização? Sim ____ Não ____ Qual? _____

Já fez alguma capacitação para trabalhar com grupos? Sim ____ Não ____

Qual? _____ Onde fez? _____

Já teve contato com disciplinas que abordassem a comunicação?

Sim ____ Não ____ Qual? _____

2. Considerando a comunicação como um aspecto dos mais importantes nas atividades de trabalho com grupos, conte para mim como a comunicação acontece nestes grupos (leve em consideração as temáticas abordadas nos encontros e a forma com que esses assuntos são explorados no grupo).

3. Fale um pouco sobre os aspectos da comunicação que interferem e facilitam a interação no grupo.

APÊNDICE F

FORMULÁRIO PARA TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA núm. _____

Informante:

Entrevistadora:

Data:

UBS:

Equipe:

Duração:

Transcrição Entrevista	Notas/Análise

APÊNDICE G**FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO		
Observador:		
Data: ____/____/____	Início: _____	Término: _____
1. Identificação do grupo:		
Distrito Sanitário:		
UBS:	Equipe:	
Coordenador(es):		
2. Caracterização do grupo:		
Núm. de participantes:	Mulheres: _____	Homens: _____
Média da idade dos participantes:		
Total de participantes:		
3. Observação da coordenação (inclui Modelo de Forrest)		
Temas discutidos:		
Participação dos integrantes do grupo:		
Formas de intervenção do coordenador no processo grupal: (pré-tarefa, tarefa)		
Diálogos mais significativos:		
Relações estabelecidas entre o grupo (símbolos, signos e discursos que demarcam lugares e competências de fala):		
4. Impressões da observadora:		



ANEXO A

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 325 - Telefax: (031)34099855
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil E-mail: smsoares.bhz@terra.com.br

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2008

Ilmo. Sr. _____

Gerente do Distrito Sanitário _____

Com os nossos cordiais cumprimentos, vimos à presença de V. S^a. informar que o presente projeto integra um amplo programa de pesquisa sobre o trabalho com grupos na Saúde da Família e que no momento terá como enfoque a comunicação nas práticas de coordenação de grupos com predomínio de idosos na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se do aprofundamento de um dos trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG, intitulado "Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural", dissertação de Mestrado defendida e aprovada no ano de 2007.

Para o desenvolvimento desse estudo, solicitamos a V. S^a. autorização para realizá-lo nesse distrito, envolvendo as ____ unidades básicas de saúde com suas ____ equipes de Saúde da Família. Os critérios de inclusão das equipes serão: equipes completas, compostas de um médico, um enfermeiro e dois profissionais de enfermagem de ensino médio; equipes cujos grupos socioeducativos estejam constituídos predominantemente por idosos com 60 anos ou mais; grupos com pelo menos seis meses de organização; profissionais que aceitem colaborar de forma voluntária com esta pesquisa.

Esclarecemos, na oportunidade, que a coleta de dados será feita por meio da observação não participante dos grupos e entrevista com os coordenadores, desde que os mesmos dispuserem a colaborar espontaneamente com a pesquisa e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desde já, agradecemos a atenção dispensada e esperamos breve retorno, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Líliam Barbosa Silva

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

(31)3295-7600 - ligemeasbh@yahoo.com.br

(31)3409-9855 - smsoares.bhz@terra.com.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO / SMSA-BH (coordenador de grupo)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 325 - Telefax: (031)34099855
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

Atividades:

Entrevista abrangendo as práticas de coordenação de grupos que melhor se adequam às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família junto aos coordenadores de grupo.

Observação e gravação em aparelho de MP3 do trabalho do coordenador(a) de grupo pelas pesquisadoras. Teremos um processo sistemático de observação, gravação, detalhamento, descrição, documentação e análise com vistas à coleta de dados e alcance dos objetivos.

Introdução

O senhor(a), profissional de saúde, está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaborador(a) na pesquisa sobre **Grupos na Saúde da Família: observatórios de práticas de coordenação de trabalho com grupos** (título provisório). Trata-se do desdobramento de um dos trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG, intitulado "Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural", dissertação de Mestrado defendida e aprovada no ano de 2007.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Objetivos da pesquisa

Geral: Descrever práticas de coordenação de grupos que melhor se adequam às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma sistemática, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família.

Específicos: Organizar observatórios de práticas de coordenação de grupos realizados por profissionais de equipes de Saúde da Família.

Articular uma rede de pesquisadores e profissionais, voltados para a investigação das práticas de coordenação do trabalho com grupos baseada em referenciais teóricos integradores.

Criar banco de dados interinstitucional referente à prática de grupos, de modo a contribuir para a avaliação do impacto do trabalho com grupos na rede básica de saúde.

Aprimorar o treinamento dos profissionais de saúde no que se refere à coordenação desses grupos.

(Vários estudos reforçam que é indispensável aos profissionais de saúde a discussão e a aprendizagem sobre os fenômenos grupais, com a finalidade de compreender os fundamentos teóricos da dinâmica grupal e ampliar o seu olhar sobre o grupo (FERNANDES, 2007; MUNARI *et al.* 2008; SOARES; FERRAZ, 2007). Conforme nos lembram Trentini e Beltrame (2004), esse é um ponto frágil dos serviços de saúde, pois, dificilmente, são oferecidos às equipes programas de educação continuada específicos para a atividade com grupos e os poucos existentes geralmente possuem conteúdo apenas técnico, não sendo valorizada a intersubjetividade. Pretende-se, portanto, com esse estudo, construir descritores que permitam acompanhar o trabalho grupal com o objetivo de conhecer o impacto, as influências e relações que esse processo pode ter nas condições de vida de seus participantes e na eficácia dos serviços prestados. Espera-se, ainda, fornecer subsídios teóricos para

os coordenadores de trabalho com grupos de modo a aprofundar a prática da coordenação para leituras e interpretações mais aprofundadas do processo grupal).

Participação no trabalho

A sua participação é totalmente voluntária. Caso decida interromper durante a entrevista, não haverá qualquer prejuízo para o senhor(a).

Procedimentos

O senhor(a) precisará responder algumas perguntas que serão feitas e gravadas pela pesquisadora e permitir que o grupo que o senhor(a) coordena seja acompanhado. Ainda, será necessário que participe das oficinas a serem propostas pela pesquisadora e que autorize a gravação e a filmagem das mesmas e o produto das oficinas sejam fotografados. Os dados obtidos serão analisados segundo a Análise Temática de Conteúdo proposto por Bardin (1977).

Confidencialidade

Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas de ambas as partes ou erros da pesquisadora no preenchimento do formulário.

Não será identificado no formulário o nome ou endereço de quem está sendo entrevistado, de forma a manter o sigilo dos seus dados. Serão usados nomes fictícios para manter o anonimato.

A utilização dos resultados do estudo será divulgada em dissertação de Mestrado e eventos científicos, congressos e na SMSA/BH.

Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Riscos e desconfortos

O único risco que poderá acontecer será o constrangimento do senhor(a) durante a entrevista e a filmagem. Você tem todo o direito de não participar da filmagem e isso será acatado imediatamente pelas pesquisadoras. Ao mesmo tempo, caso manifeste-se cansado(a) ou incapaz de responder, a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse.

O senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. E o material já coletado em entrevista, observações realizadas serão destruídos.

Ressaltamos que a coleta de dados será realizada no horário de seu trabalho, e, portanto, não deverá onerar o participante da mesma.

Benefícios

Os dados obtidos irão contribuir para a construção de descritores que permitam acompanhar o trabalho grupal com o objetivo de conhecer o impacto, as influências e relações que esse processo pode ter nas condições de vida de seus participantes e na eficácia dos serviços prestados. Ainda, fornecer subsídios teóricos para os coordenadores de trabalho com grupos de modo a aprofundar a prática da coordenação para leituras e interpretações mais aprofundadas do processo grupal.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a atividade, por favor entre em contato com:

- Líliam Barbosa Silva (31)3295-7600 - ligemeasbh@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Maria Soares - (31)34099855 - smssoares.bhz@terra.com.br
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG - (31)3409-4592
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA - (31)3277-5309

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	Data ____/____/____
Nome completo e legível do participante do estudo	
Endereço ou telefone de contato: _____ (falar com: _____)	
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	Data ____/____/____
Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (membros do grupo)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 325 - Telefax: (031)34099855
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

Prezado senhor(a)

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaborador(a) na pesquisa intitulada **Grupos na Saúde da Família: observatórios de práticas de coordenação de trabalho com grupos**.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Atividades:

Observação e gravação em aparelho de MP3 do trabalho com grupos pelas pesquisadoras. Teremos um processo de observação, gravação, detalhamento, descrição, documentação e análise com vistas à coleta de dados e alcance dos objetivos.

Objetivo da pesquisa

Descrever práticas de coordenação de grupos que melhor se adequam às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma sistemática, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família.

Participação no trabalho

A sua participação é totalmente voluntária. Caso decida interromper sua participação, não haverá qualquer prejuízo para o senhor(a).

Confidencialidade

Os dados coletados terão fins científicos, sendo arquivados sob sigilo, garantindo-se o anonimato, inclusive pelo uso de nomes fictícios. Reiteramos que sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Riscos e desconfortos

O único risco que poderá acontecer será o constrangimento do senhor(a) durante a observação e gravação do trabalho com grupos.

O senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. O material já coletado nas observações e nas gravações realizadas será destruído.

Benefícios

Os dados obtidos irão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho com grupos, contribuindo para as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a atividade, por favor entre em contato com:

- Líliam Barbosa Silva (31)3295-7600 - ligemeasbh@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares - (31)34099855 - smssoares.bhz@terra.com.br
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG - (31)3409-4592
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA - (31)3277-5309

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	Data ____/____/____
Nome completo e legível do participante do estudo	
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	Data ____/____/____
Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	

ANEXO C

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 133/08

Interessado(a): Profa. Sônia Maria Soares
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 7 de maio de 2008, o projeto de pesquisa intitulado "**Grupos na Saúde da Família: observatórios de práticas de coordenação de trabalho com grupos**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMSA/BH

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 044/2008

Título do Projeto: Grupos na Saúde da Família: observatórios de práticas de coordenação de trabalho com grupos.

Pesquisador Responsável: Sônia Maria Soares

Outros pesquisadores: Líliam Barbosa Silva

Instituição responsável: Escola de Enfermagem da UFMG

Instituição onde se realizará: Secretaria Municipal de Saúde – DS Barreiro e DS Norte

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:

Considerando as limitações existentes na prática de profissionais de saúde quanto à coordenação de grupos e a relevância e magnitude desta modalidade de atendimento pelas equipes de saúde da família, o presente projeto de pesquisa tem como objetivos descrever as práticas de coordenação de grupos relacionadas às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sistematizar informações e contribuir com subsídios teóricos para a melhoria da atuação dos profissionais de saúde que coordenam práticas de grupos, incluindo processo de educação continuada dos profissionais de saúde.

SUMÁRIO DO PROJETO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, a ser desenvolvido no período junho de 2008 a fevereiro de 2010, por pesquisadora, professora da Escola de Enfermagem da UFMG. O estudo propõe avaliar as práticas de coordenação de grupos por profissionais de saúde do PSF dos Distritos Barreiro e Norte, através de processo sistemático de observação, análise, descrição e entrevistas com os profissionais que coordenam grupos. O trabalho de campo será realizado em 4 etapas: análise documental, seleção dos sujeitos do estudo, entrevista etnográfica, observação participante dos grupos e organização de oficinas com os profissionais de saúde visando aprimorar as práticas em grupo.

Parecer:

A pesquisa está bem descrita, apresenta objetivos claros, fundamentação teórica, adequação às normas e relevância do ponto de vista de saúde pública, contribuindo com subsídios para qualificação das práticas coletivas das equipes de saúde do PSF. Além disso, cabe destacar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG.

Quanto aos pontos levantados pelo CEP referentes às fontes de financiamento e a necessidade de termo de consentimento para os participantes dos grupos, a pesquisadora apresentou respostas aos questionamentos em 06 de agosto e em 03 de setembro de 2008, esclarecendo as questões levantadas e acatando a sugestão do CEP de utilização de termo

de consentimento (TCLE) para todos os usuários que estiverem presentes nos grupos observados. Com isso, concluímos pela aprovação do projeto sem mais questionamentos.

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 19 de setembro de 2008.