

## Um breve retorno às origens

Os questionamentos que suscitaram a elaboração da presente pesquisa se originaram na minha experiência de campo, como coordenadora do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família*, desenvolvido entre 1998 e 2004, com a participação de alunos do curso de graduação em psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, constituindo-se numa proposta de mudança do paradigma centrado na atenção secundária à saúde (voltado para o tratamento de doenças e, conseqüentemente, enfatizando a figura do médico), para outro que prioriza a atenção primária à saúde, ressaltando a prevenção e valorizando todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Assim, de acordo com a Constituição Federal de 1988, que definiu como princípios do Sistema Único da Saúde a universalização, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação popular, o PSF foi implantado priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. A equipe de saúde é composta, no mínimo, por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os atendimentos são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde) ou nos domicílios, exercendo-se o “princípio de vigilância à saúde” e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade na identificação e no atendimento aos problemas de saúde da comunidade. É possível a inserção de outros profissionais da área de saúde na equipe, em função da necessidade da comunidade assistida e da disponibilidade da equipe para tal inclusão (Ministério da Saúde, 2007).

Foi a partir disso que teve início o referido projeto de extensão em Vespasiano (MG). Ele teve como objetivos:

1. Prestar assistência psicológica a pacientes diabéticos e hipertensos freqüentadores do PSF em Vespasiano, a fim de que eles pudessem desenvolver suas potencialidades, de modo a usá-las da forma mais

adequada ao atendimento de suas necessidades. Esperava-se, com isso, beneficiar não apenas o seu quadro clínico, mas também despertá-los para seu potencial na construção de uma vida com mais qualidade;

2. Atuar junto à equipe do PSF, colaborando com outros profissionais da Saúde, visando a integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica;
3. Proporcionar aos estudantes de psicologia a possibilidade de aplicação dos conhecimentos clínicos obtidos no curso no contexto comunitário, numa atuação tanto terapêutica quanto preventiva, mediante o atendimento supervisionado dos pacientes e do trabalho desenvolvido junto à equipe interdisciplinar.

A abordagem gestáltica foi o referencial teórico que fundamentou o trabalho. A metodologia utilizada foi composta por atendimentos individuais, visitas domiciliares, psicoterapia de grupo, grupos terapêuticos, grupos informativos, reuniões de equipe, interconsultas, apresentação do teatro informativo *Histórias por um fio: Falando sobre terapia de grupo* e supervisão. As atividades desenvolvidas foram realizadas por estagiários do curso de graduação em Psicologia da FAFICH/UFMG selecionados por mim enquanto coordenadora do projeto de extensão (no total, 49 estagiários participaram do projeto). Assim, em cada uma das nove equipes do PSF em Vespasiano, além dos profissionais da área de saúde que compunham a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde, havia um estagiário de Psicologia atuando sob minha supervisão (Cardoso, 2001, 2002; Cardoso & Santos, 2000; Cardoso, Mayrink & Santos, 2004).

É importante salientar que o enfoque do projeto de extensão se deu a partir da Psicologia Clínica, de forma semelhante àquela descrita por Amatuzzi, Echeverria, Brisola & Giovelli (1996) como “(...) um debruçar-se sobre aquelas pessoas no seu próprio ambiente comunitário, um ‘inclinarse’ atencioso, para com elas refletir sobre as questões psicológicas tais como emergiam de sua experiência vivencial” (pp. 46-47).

## 1.1

### A Abordagem Gestáltica e a Proposta de Trabalho com Grupos

Com o objetivo de situar melhor a questão da presente pesquisa sobre a vivência de família em contexto de pobreza, faz-se necessária a explicitação da estrutura e da dinâmica dos grupos terapêuticos, contexto a partir do qual ela surgiu. Nesse sentido, farei uma breve descrição da concepção gestáltica de grupo, adotada ao longo do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família*, pois foi no trabalho com aqueles grupos que o tema “família” se evidenciou, despertando em mim o interesse em realizar a presente pesquisa.

#### 1.1.1

##### A Abordagem Gestáltica

Por fugir ao escopo deste estudo o aprofundamento da teoria gestáltica, apresentarei apenas os pressupostos que forneceram o referencial teórico do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família*, enfatizando aqueles utilizados no trabalho com os grupos terapêuticos.

A fundamentação filosófica da abordagem gestáltica baseia-se em princípios do humanismo, do existencialismo e da fenomenologia. O homem é concebido como um ser de possibilidades e de potencialidades, as quais devem ser valorizadas ao longo do processo terapêutico. Também é considerado como um ser livre para fazer as escolhas de seu projeto de vida, pelas quais deve se responsabilizar. Além disso, é um ser dotado de consciência ativa que atribui a tudo um sentido (conceito fenomenológico de “intencionalidade da consciência”). Assim, toda consciência implica um objeto e todo objeto implica uma consciência a qual lhe atribui um sentido particular. Na prática, isso significa que cada pessoa percebe o mundo a partir de sua própria perspectiva. No grupo, não há uma perspectiva melhor ou mais correta que a outra (nem mesmo a do coordenador). Portanto, cada pessoa deve buscar sua própria referência sobre o tema em questão e se situar diante do mundo a partir dessa experiência (Ribeiro, 1985, 1999).

Quanto ao referencial teórico, a gestalt-terapia recebeu diversas influências, dentre as quais destaco a psicologia da gestalt, a teoria organísmica de Kurt Goldstein e a teoria de campo de Kurt Lewin, que contribuiram para os

conceitos de figura-fundo, totalidade, auto-regulação organísmica (homeostase), presentificação da experiência, contato, *awareness* e fronteira de contato, dentre outros. Outra referência importante foi a filosofia dialógica, proposta pelo filósofo existencialista Martin Buber, que sustenta a compreensão gestáltica da relação terapêutica.

A gestalt-terapia concebe o homem como um ser em relação consigo mesmo e com o mundo, num constante vir-a-ser e sempre existindo num campo circundante. A partir dessa condição humana, o contato é considerado a matéria-prima da relação humana. Perls, Heferline & Goodman (1997), no primeiro livro publicado sobre gestalt-terapia (original em 1951), sustentam que todo organismo vive em função da manutenção do diferente, sendo pela assimilação desse diferente que o organismo cresce e se desenvolve. O contato é justamente essa troca com o meio (na chamada fronteira-de-contato) que permite a mudança. O diferente não é introjetado passivamente pelo organismo, mas é assimilado, respeitando as características daquele, num processo de ajustamento criativo. Os autores ressaltam que esse processo ocorre desde as formas vivas mais simples até as mais complexas, incluindo o homem. Abarca desde as funções mais objetivas, como a respiração, como as mais subjetivas (constituição do eu e aquisição da cultura, por exemplo).

Coerente com esse conceito de contato, Ribeiro (1995) afirma que “o modo como uma pessoa faz contato consigo e com o mundo expressa igualmente o grau de individuação, maturidade e entrega com que alguém vive em um dado momento.” (p. 7)

Quanto mais a pessoa se conecta com sua experiência presente, maior sua possibilidade de estabelecer um contato pleno. Esse conceito é fundamental no trabalho com grupos, pelo fato deste se constituir num campo onde a pessoa se defronta com a diversidade nos mais variados aspectos, estabelece relações, experimenta o inesperado e revê sua própria referência.

Perls et al (1997) propõem que, na medida que a pessoa aumenta seu contato consigo mesma e com o mundo, ela amplia também sua capacidade de *awareness*, definida como uma força integradora da estrutura da experiência imediata, seja no nível sensorial, muscular, vegetativo ou afetivo. As alienações, os bloqueios e as resistências geram desconexões entre a pessoa e o mundo,

diminuindo sua capacidade de reconhecimento de si nas relações. *Awareness* implica em contato, mas nem todo contato implica em *awareness*.

Yontef (1993) define *awareness* como “uma forma de experienciar. É o processo de estar em contato vigilante com o evento de maior importância no campo indivíduo/meio, com total suporte sensorio-motor, emocional, cognitivo e energético.” (p. 245)

Não existe na língua portuguesa uma palavra que exprima o significado de *awareness*, por isso os teóricos mantiveram a palavra original. A palavra mais próxima é conscientização, mas ela não explicita o sentido de contato, excitação, fluxo e livre formação de gestalten, implícito neste conceito. Assim, o objetivo maior da abordagem gestáltica é ajudar a pessoa a restabelecer sua capacidade de se tornar *aware*.

### 1.1.2

#### **A Concepção de Grupos na Abordagem Gestáltica**

A concepção gestáltica de grupo que adotei ao longo do trabalho em Vespasiano se baseia, principalmente, nas contribuições da teoria de campo e na fenomenologia, buscando facilitar nas pessoas a capacidade de se tornarem mais *aware* de si mesmas. Perls et al. (1997) enfatizam a relação constante entre organismo e meio ao sustentarem que a experiência é função da fronteira entre ambos. Eles afirmam:

Em toda ou qualquer investigação biológica, psicológica ou sociológica temos que partir da interação entre o organismo e seu ambiente. Não tem sentido falar, por exemplo, de um animal que respira sem considerar o ar e o oxigênio como parte da definição deste, ou falar de comer sem considerar a comida, ou de enxergar sem luz, ou de locomoção sem gravidade e um chão para apoio, ou da fala sem comunicadores. (PERLS et al., 1997, p. 42)

A noção de campo engloba tanto o organismo quanto o ambiente. Yontef (1993) define campo como “uma totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam um todo interativo unificado” (p. 297). Nesse sentido, a abordagem de campo é holística, pois todos os eventos que nele ocorrem resultam da interação das forças presentes, configurando-se, portanto, numa teia sistemática de relacionamentos. Isso implica que os fenômenos são integrados e

determinados pelo campo todo. Assim, trabalhar nessa perspectiva é descrever a totalidade, da qual os eventos e as pessoas são apenas uma parte. Mais do que segmentar, classificar ou interpretar, trata-se de observar, descrever e compreender a rede de relações entre as partes que o compõem.

Robine (2001) considera que o conceito de campo tem aproximação com a fenomenologia, em razão de ele se referir ao espaço vital das percepções, ações, sentimentos e significados de cada pessoa. Portanto, o que uma pessoa experimenta como campo, dificilmente será experimentado por outra, em função de suas próprias vivências. Essa perspectiva me permite dizer que, apesar das aparências, vivemos em mundos completamente diferentes.

Nesse prisma, sujeito e objeto deixam de estar em oposição, pois a experiência inclui o sentido produzido pela pessoa no seu ambiente. Assim, torna-se impossível falar de um campo (situação ou evento) como possuidor de uma realidade independente e objetiva, separada da experiência que a pessoa tem dele. Para conhecer a experiência que se tem do campo é preciso conhecer a perspectiva da pessoa.

Esses pressupostos são de grande valia para a compreensão dos fenômenos grupais na abordagem gestáltica, pois ressaltam a relação, a atividade e as forças dinâmicas experimentadas no grupo. As influências entre cada participante e aquelas do grupo como um todo são mútuas, múltiplas e complexas. Os eventos experienciados são co-construídos pela interação entre os estímulos e a reflexão que se tem deles. Isso impossibilita que se tenha uma única perspectiva válida do grupo, mas tantas quantas forem seus integrantes. O máximo que se pode fazer é atualizar as experiências destes para conhecê-las, saber seus sentidos e quais se aproximam, pois o grupo é um campo construído momento a momento, constantemente (Fairfield, 2004).

Essa concepção de grupo prioriza a dimensão processual, que compreende o grupo como um fenômeno em constante transformação, a partir das relações estabelecidas entre seus membros e entre o próprio grupo e o contexto no qual ele ocorre. Sua realidade externa (o que acontece a cada momento tanto no nível verbal quanto no não-verbal, bem como as contingências do lugar onde ele ocorre) afeta a realidade interna de cada um dos seus membros (incluindo a do coordenador). Da mesma forma, as vivências e os processos internos de cada participante transformam a realidade do grupo como um todo. Assim, trata-se de

uma totalidade cujas partes são interdependentes, sejam elas conscientes ou inconscientes, coerentes ou divergentes, claras ou ambíguas.

Ribeiro ilustra isso ao afirmar que:

O grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem. Tem tudo o que eles têm e transforma esse conteúdo em um continente de imensas e vastas possibilidades. O grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, no seu poder de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se. (RIBEIRO, 1994, p. 10)

A proposta de Yalom (1995) sobre trabalhos com grupos também serviu como referencial teórico nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão em Vespasiano, especialmente no que concerne aos fatores terapêuticos do grupo propostos pelo autor: instilação de esperança, universalidade, oferta de informações, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, reedição corretiva do grupo familiar primário, comportamento imitativo, catarse, fatores existenciais, coesão grupal e aprendizagem interpessoal. Eles propiciaram a compreensão do material emergente ao longo do processo grupal, bem como em situações específicas da interação dos participantes.

Essa concepção descrita anteriormente teve forte influência na minha maneira de propor e de conduzir os grupos no trabalho de campo. Desde os seus objetivos, até a forma como os temas foram escolhidos, busquei valorizar a perspectiva de seus participantes, resgatar e legitimar sua experiência conforme explicitada por eles durante o encontro. E foi justamente essa postura fenomenológica de abertura, facilitação e de confirmação das pessoas que me possibilitou captar o tema “família” como central em suas experiências, conforme descreverei a seguir.

### 1.1.3

#### **Os Grupos Terapêuticos**

Na experiência do projeto de extensão, o grupo foi se fortalecendo (em comparação às outras modalidades de atendimento), devido à procura da comunidade por esse tipo de assistência. Inicialmente, propus grupos de psicoterapia e grupos de espera no dia em que eles compareciam ao Centro de

Saúde para controle da glicemia e/ou pressão arterial. Entretanto, tais grupos de espera tiveram um aumento progressivo de participantes, sendo que alguns destes, inclusive, passaram a frequentar os grupos mesmo nos dias em que não estava agendada sua consulta médica. Com essa adesão dos pacientes, a dinâmica dos encontros foi se modificando e passei a chamá-los de grupos terapêuticos, os quais tinham objetivos distintos daqueles dos grupos de espera, conforme explicito a seguir.

Os grupos terapêuticos se davam da seguinte forma: os pacientes compareciam regularmente ao Centro de Saúde Pública para realizarem o controle da glicemia e/ou da pressão arterial junto à equipe de saúde. Eram pessoas simples, usuárias do Serviço Público de Saúde, moradoras da região mais pobre de Vespasiano e, em sua maioria, com mais de 40 anos. Enquanto aguardavam a consulta, eram convidadas a participar do grupo da Psicologia (eventualmente, elas participavam de grupos com outros profissionais da área de saúde). Eles eram temáticos, com cerca de 60 minutos de duração, sem continuidade entre eles, com composição flutuante, tema previamente definido e esgotado a cada encontro. Tinham como objetivo ampliar a conscientização das pessoas assistidas sobre suas experiências, facilitar a comunicação e resgatar a responsabilidade delas não apenas em relação à doença e ao tratamento, mas também em relação à sua vida de modo geral. Em outras palavras, buscava-se trabalhar a experiência de seus membros a partir do material emergente, enfocando o aspecto emocional, as crenças e ações de cada pessoa, tendo também conotação pedagógica, na medida em que, ocasionalmente, eram difundidas informações.

A experiência me mostrou que as pessoas frequentemente são desacreditadas e desconfirmadas no seu saber e no seu conhecimento de vida, o que elas, muitas vezes, ampliam para si mesmas como um todo e para os diversos aspectos de sua vida. A postura fenomenológica, proposta pela abordagem gestáltica, de acolhimento, de disponibilidade para escutar genuinamente as pessoas atendidas e o interesse por suas vivências, bem como a valorização da experiência de vida dos participantes do grupo, permitiram uma aproximação maior entre estes e os estagiários de psicologia. Diversas vezes, as pessoas disseram se sentir mais à vontade para falar de sua história e de questões ligadas à doença no grupo, do que na consulta médica. Acreditamos que isso ocorreu devido à legitimação da experiência de cada pessoa e ao respeito pela diferença,



conforme propõem a teoria de campo e a fenomenologia (Fairfield, 2004; Ribeiro, 1994). Isso facilitou o acesso do estagiário às experiências das pessoas assistidas e à sua compreensão de mundo. Além disso, o grupo foi reconhecido por diversos participantes como uma oportunidade para pensar sobre a vida e os problemas cotidianos, aprender com a diversidade de perspectivas dos outros integrantes do grupo e aprofundar seu autoconhecimento.

A partir dessa postura fenomenológica de abertura para abordar nos grupos as questões que mais mobilizavam as pessoas, foi trabalhada uma ampla gama de temas, todos apontados nos encontros como experiências significativas e mobilizadoras por parte dos pacientes como, por exemplo, a vivência de ser diabético ou hipertenso, os sentimentos, a experiência religiosa, a preocupação, o autocuidado, a avaliação dos grupos propostos pela Psicologia e a experiência de fazer uso contínuo de remédios, dentre outros. Eles serviam apenas como um estímulo para a expressão dos participantes em relação àquilo que vivenciavam no momento. Quando emergia uma questão que mobilizava mais o grupo, era essa a ser aprofundada, mesmo sendo distinta do tema proposto inicialmente. Além do diálogo, eram utilizados recursos expressivos (lápiz coloridos, papel, revistas, colagens, etc.) visando a facilitar o contato e a expressão das pessoas sobre sua experiência, o que originou um registro interessante a partir do que ocorreu nos grupos. Aos poucos, mesmo as pessoas que não estavam agendadas para consulta médica iam ao Centro de Saúde para participar dos grupos terapêuticos.

O único tema definido previamente por mim, enquanto coordenadora do projeto de extensão, era a “apresentação”. Sempre que um estagiário iniciava sua participação numa equipe, no primeiro encontro com o grupo ele propunha uma dinâmica que tinha como objetivo facilitar a apresentação dele e dos participantes. Na supervisão, nós conversávamos sobre os temas que emergiram nesse primeiro encontro e, a partir desse material, definíamos qual seria o tema do segundo encontro, e assim, sucessivamente. Todos os temas sugeridos aos grupos foram escolhidos dessa forma. Então, por exemplo, numa “dinâmica da apresentação”, os participantes falaram muito sobre a importância de cuidar dos sentimentos, além do corpo e da alma, para melhorarem sua saúde. Então, o próximo grupo teve como objetivo facilitar a expressão dos sentimentos experimentados por eles. Nessa ocasião, em especial, falou-se muito sobre “preocupação”. Alguns chegaram a verbalizar que não dava para controlar a pressão ou a glicemia com

tanta preocupação. Propusemos, então, outro grupo acerca desse tema, solicitando, após um aquecimento inicial, que eles expressassem da melhor forma (falando, desenhando ou selecionando uma figura, por exemplo) sua experiência de “preocupação”. Perguntas como “O que é essa ‘preocupação’?”, “Como ela acontece na sua vida?”, “O que você pode nos falar ou nos mostrar dela nesse momento?” eram feitas a fim de facilitar o contato dos participantes com sua vivência do tema, bem como seu depoimento para os demais membros do grupo. Foi ao falar sobre a preocupação, mais do que sobre outros temas, que a “família” surgiu de modo mais intenso.

Como coordenadora do projeto de extensão solicitei a todos os estagiários que escrevessem um relatório ao final das atividades, com a descrição detalhada das mesmas, o qual me era entregue nas supervisões. No caso dos grupos, além desse relatório, recebi inúmeras colagens e desenhos confeccionados pelos seus participantes, que eles preferiram deixar com o estagiário. Isso propiciou um grande acervo das produções criadas por eles ao longo do projeto de extensão. Foi ao consultar esse material que percebi que a família era um tema sempre presente nos grupos, direta ou indiretamente, mesmo que não se tratasse do principal assunto proposto no encontro. Com isso, propus grupos com o objetivo de investigar a vivência deles de família, e foi a partir dessa experiência de campo que evidenciei importância de realizar uma pesquisa sobre esse tema em uma comunidade popular (Cardoso & Féres-Carneiro, 2007).