

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ÉRICA PATRÍCIA PEREIRA DE CASTRO BRAGA

**A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BRUMADINHO / MINAS GERAIS
2013**

ÉRICA PATRÍCIA PEREIRA DE CASTRO BRAGA

**A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte
Rocha

**BRUMADINHO / MINAS GERAIS
2013**

ÉRICA PATRÍCIA PEREIRA DE CASTRO BRAGA

**A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Ayla Norma Ferreira Matos (examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte, em ____/____/____

Resumo

O trabalho de grupos de educação em saúde é uma alternativa para as práticas assistenciais individuais. Estas ações favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença. Por estas razões que nasce o interesse em buscar o conhecimento e a expansão destes conhecimentos, por meio do trabalho em grupos. O objetivo deste estudo foi verificar na literatura a importância dos grupos de educação em saúde na atenção básica. Entre fevereiro a agosto de 2013, para elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos, livros e manuais disponíveis na internet, através da base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e trabalhos de TCC do CEABSF (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) e utilizando educação em saúde, promoção à saúde, saúde da família, ações coletivas e atenção básica como palavras-chave para selecionar os artigos. Onde foram selecionados artigos publicados nos últimos 20 anos. Os resultados são percebidos, nos grupos de educação em saúde, quando são utilizadas dinâmicas de grupo com encontros temáticos, com temas previamente definidos, privilegiando a interação comunicacional, para que haja a troca de conhecimentos e saberes, pois os sujeitos se transformam e auxiliam na transformação dos outros, buscando a autonomia, a cidadania e a interdisciplinaridade. Para atuar nesses grupos a equipe deve acreditar, gostar e construir ações educativas, visando suprir lacunas que interferem no autocuidado e estreitam as relações entre os pacientes e agentes de saúde. Desta forma pôde-se concluir que os ganhos, através do trabalho em grupos de educação em saúde na atenção básica, são indiscutíveis, principalmente quando há consciência da necessidade da combinação entre a difusão do conhecimento, a habilidade para planejar e lidar com as pessoas, e ainda, a atitude para a manutenção dos grupos e a identificação dos problemas.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção à Saúde. Saúde da Família. Ações Coletivas. Atenção Básica.

Abstract

The work groups in health education is an alternative to individual healthcare practices. These actions favor the enhancement of all involved, not just on a personal as well as in professional, through the appreciation of diverse knowledge and the possibility to intervene creatively in the process of health and illness. For these reasons it is born interest in seeking knowledge and expand this knowledge by working in groups. The aim of this study was to check the literature the importance of groups in health education in primary care. Between February and August 2013 for the preparation of this study was a literature review of articles, books and manuals available on the internet through the database LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and works CBT CEABSF (Specialization Course in primary Care family Health) and using health education, health promotion, family health, collective actions and care as keywords to select items. Where were selected articles published in the last 20 years. The results are seen in groups of health education, when used with group dynamics thematic meetings with predefined themes, privileging the communicational interaction, so there is an exchange of knowledge and expertise, as the subjects become and assist in transformation of others, seeking autonomy, citizenship and interdisciplinarity. To serve these groups the team must believe, like building and educational activities to fill gaps that interfere with self-care and narrow the relationships between patients and health workers. Thus we conclude that the gains through working groups on health education in primary care, are indisputable, especially when there is awareness of the necessity of combining the diffusion of knowledge, the ability to plan and deal with people, and yet, the attitude to the maintenance of groups and identification of problems.

Keywords: Education in Health Promotion Health Family Health. Class Actions. Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

ACS – Agente comunitário de saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4. METODOLOGIA	12
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
5.1 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família	13
5.2 Ações educativas na Estratégia de Saúde da Família.....	14
5.3 Aspectos positivos da utilização de grupos em ações educativas	15
5.4 Desafios na implementação e adesão aos grupos de educação em saúde.....	16
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) nasce da observação, no cotidiano, por parte dos responsáveis pela promoção da saúde nas comunidades, da necessidade do envolvimento tanto dos profissionais da saúde, quanto da população, e por isso o interesse e motivação em abordar a importância dos Grupos de Atenção Básica em Saúde, como forma de aprendizado e expansão de conhecimentos, da forma mais natural possível.

No processo de reorganização da atenção básica em saúde no Brasil, o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e exige um repensar dos processos e conteúdos utilizados na formação e capacitação de seus profissionais (DUARTE 2010).

Conforme dados oficiais, a unidade básica da ESF em bom funcionamento tem capacidade para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de qualidade, prevenindo doenças, evitando hospitalizações desnecessárias, e assim, promovendo melhoria na qualidade de vida das pessoas (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A ESF teve seu início no Brasil em 1994 quando formaram-se as primeiras equipes de saúde da Família, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), de acordo com a área de abrangência e número de pessoas na área adstrita (DUARTE, 2010).

As equipes prestam assistência nas unidades básicas de saúde ou em domicílio, proporcionando assim vínculo da população acompanhada e uma melhor identificação dos problemas de saúde da comunidade da sua área de abrangência (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

O objetivo principal da ESF é a reorganização da prática da atenção à saúde em novas metodologias de trabalho, substituindo o modelo tradicional (médico centrado), para um modelo que amplie o acesso, levando a saúde até a família e, desta forma, melhorando a qualidade de vida da comunidade. Esta trabalha prioritariamente com a prevenção, promoção e recuperação destas famílias, de maneira mais holística e contínua, ou seja, o acompanhamento é oferecido em todos os ciclos da vida (DUARTE, 2010).

Nesse sentido é fundamental pensar em estratégias que contribuam para a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, de modo que assegurem os princípios do SUS, de universalidade e acesso, atendendo a demanda da população (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), o Programa de Saúde da Família (PSF) permite uma melhor compreensão das situações enfrentadas e vividas pelo usuário em seu contexto social e permite uma atuação pautada no diálogo mais completo durante o grupo operativo. Permite ainda o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, possibilitando a construção de vínculos mais espontâneos e naturais com a população, onde o incentivo a autonomia esteja em primeiro lugar.

A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade. A ação educativa na atenção básica estabelece-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando densamente as atividades que os profissionais de saúde realizam no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários (WITT, 2005).

São importantes o conhecimento, a compreensão e a pesquisa do conceito de grupo, finalidade, estrutura, e de como ocorrem às relações dentro de um grupo e a interferência das mesmas no comportamento e estilo de vida dos indivíduos (BARRETO, 2003).

2. JUSTIFICATIVA

Como profissional da Atenção Básica de Saúde tenho observado ao longo de experiências uma prática de grupos de educação em saúde não sistematizada, variável entre as diversas unidades de saúde e até mesmo nas diferentes equipes de um mesmo centro de saúde. Esta realidade pode trazer resultados negativos como a baixa resolutividade do grupo; baixa adesão da população atendida e insatisfação da comunidade e da ESF (Estratégia de Saúde da Família).

Ao elaborar este trabalho, a expectativa é que todo conteúdo seja de suma importância, para eu desempenhar atividades futuras, e que contribua para melhorar a assistência prestada à clientela da unidade básica de saúde, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

Acredito que só aquele que vivencia o processo poderá falar melhor sobre ele.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar na literatura a importância dos grupos de educação em saúde na atenção básica/Estratégia Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos

Destacar os aspectos positivos da utilização de grupos em ações educativas.

Identificar as dificuldades na implementação e adesão aos grupos de educação em saúde.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema de interesse em artigos científicos, livros e manuais, disponíveis na internet através da base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e trabalhos de TCC do CEABSF (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Para fazer a busca dos artigos foram utilizados como palavras-chave: educação em saúde, promoção à saúde, saúde da família, ações coletivas, atenção básica.

Foram selecionados os artigos com texto completo, em português, que apresentem pelo menos duas das palavras-chave, publicados nos últimos 20 anos.

Dentre os critérios de exclusão estão: resumos de artigos, artigos não disponíveis no Brasil e em outros idiomas.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro a agosto de 2013.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

Através da Portaria nº 2.488, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, no dia 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

Portanto, percebe-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, à medida que proporciona ruptura com práticas tradicionais e hegemônicas de saúde que se mostram não resolutivas. Tal reorientação só é possível graças à adoção de tecnologias de trabalho pensadas como estratégias criativas e inovadoras. Além disso, a referida estratégia apresenta algumas inovações, em relação às práticas de saúde, como compreensão ampliada do processo saúde-doença e assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita (ALVES, 2005).

Partimos do pressuposto de que a Atenção Básica constitui-se em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

“O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade” (BRASIL, 2006, p.10).

Concomitante, a ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2011) e com o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Toda essa estrutura é vinculada à Atenção Básica de Saúde que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua

capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

5.2 Ações educativas na Estratégia de Saúde da Família

A promoção da saúde se destaca no cenário atual, pois suas ações se voltam ao indivíduo assistido e não à doença, como acontece no modelo biomédico e hegemônico, sendo, portanto, um importante recurso recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, são ações de baixo custo e alta efetividade e impacto na saúde da população. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2007).

O atendimento em grupo deve ser utilizado como estratégia de educação em saúde. No processo grupal, podemos oferecer a aproximação dos participantes, possibilitando um espaço informal de troca de experiências, formulação de conhecimentos e possibilitar a humanização da assistência de enfermagem (MIRANDA, 2011).

Todo trabalho em grupo só será possível se explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão (ANDER-EGG, 2000). A experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação - núcleo do sujeito, devem ser estimulados a manifestar-se mediante composição com características dos outros componentes do grupo (CAMPOS, 2000).

O trabalho de grupos em atenção básica é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009).

No contexto da atenção básica no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição da equipe no Programa de Saúde da Família. Estudos sobre o trabalho na atenção básica refletem a diversidade das práticas desenvolvidas com grupos compostos por clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes

nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônico degenerativas (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009).

Segundo Pedrosa (2003), faz-se necessário repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social; compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais e considerar a educação em saúde uma estratégia para a constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador.

Segundo Alves (2005), educação em saúde é um recurso utilizado por profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, deve-se primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo.

O trabalho com grupos é reconhecido como estratégia de promoção da saúde, cuja prática vem sendo, cada vez mais, valorizada e discutida. Isso se deve ao fato de que em um grupo se torna mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde, o que pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento proposto (VICTOR *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2003).

Os grupos de educação em saúde se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes, além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

5.3 Aspectos positivos da utilização de grupos de educação em saúde nas ações educativas

Soares e Ferraz (2007) mostram que, entre os benefícios da modalidade de atendimento em grupo, destacam-se uma maior otimização do trabalho e uma diminuição das consultas individuais, promovendo a participação ativa do usuário no processo de educação em saúde e interação da equipe de saúde com este usuário.

O grupo de educação em saúde constitui-se em uma opção de atendimento em saúde em diversos âmbitos, pois proporciona aos participantes desenvolver um papel participativo e crítico nos grupos, importante para a promoção da saúde e autocuidado (ALVES E SOUZA, 2011). É importante reforçar que, de acordo com a experiência e a literatura, “(...) o espaço grupal é potencializador da função terapêutica da pessoa” (ALVES E SOUZA, 2011, p.49).

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas e angústias (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009).

Conforme Almeida (2006), a aprendizagem em grupo permite que as pessoas recebam informações, orientações, esclarecimento das dúvidas e o compartilhamento de experiências, assim os sentimentos de pertencimento ao grupo fazem com que os participantes sintam-se seguros.

Alves e Souza (2011) recomendam, para que um grupo apresente melhor qualidade, o número de integrantes deve ser de oito a doze pessoas e estas estejam em círculo, pois assim permite o contato de olhares entre os participantes do grupo e em relação à duração, que não ultrapasse 50 minutos para não ficar cansativo e causar dispersão do grupo.

Dias, Silveira, Witt (2009) ressaltam que o tamanho do grupo deve considerar que o número de participantes permita que todos se manifestem e se sintam assistidos.

A estruturação do tempo inclui a duração e a frequência dos encontros, bem como o uso de grupos fechados ou abertos. A duração ótima está entre 60 a 120 minutos, mas há aqueles que utilizam menos tempo. Quanto à frequência, há grupos que se reúnem uma vez por semana. Tanto a duração como a frequência dos encontros vai depender das restrições clínicas e objetivos terapêuticos do grupo em questão (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009).

5.4 Desafios na implementação e adesão aos grupos de educação em saúde

Ao planejar os grupos, alguns aspectos importantes devem ser observados. Primeiro, procede-se à identificação da problemática e viabilidade grupal

(possibilidade de realização e obtenção de resultados). A organização e a infraestrutura devem prever: material de divulgação e medidas atrativas, espaço físico, equipe de trabalho (capacitação), critérios de inclusão e exclusão (de participantes), funcionamento e cronograma (horário, dias e frequência) e tamanho do grupo (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009).

Soares e Ferraz (2007) destacam que há escassez de referencial teórico que orientem aos profissionais de saúde sobre a coordenação de grupos na saúde e as metodologias a serem empregadas, o que se mostra como um dificultador na implantação e manutenção do processo grupal.

Silva et. al, (2003), ressaltam também que mesmo as atividades grupais sendo muito utilizadas pelos profissionais de saúde, estes não dominam bem a técnica de realização de grupos de educação em saúde e este conhecimento é de fundamental importância para que esta modalidade de assistência seja efetiva. Estes mesmos autores relatam que a realização das atividades em grupo é guiada pelos erros e acertos provenientes do trabalho cotidiano com esses grupos, o que reforça a falta de conhecimento.

Outro fator apontado por Ronzani e Silva (2008) como dificultador para o desenvolvimento da ESF, no ponto de vista dos profissionais, dá-se pela incompreensão da população quanto aos objetivos da estratégia o que repercute na não - participação em atividades desenvolvidas que não se refiram à assistência médica. Assim, pode-se inferir que as práticas não convencionais são menos valorizadas e os usuários só as reconhecem quando se utilizam, nessas práticas, não somente tecnologias leves, mas também leveduras, para o cuidado com a saúde.

Ronzani e Silva (2008) salientam que a deficiência ou a total falta de planejamento das ações ditas preventivas e de Promoção da Saúde, como as palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos, podem aumentar a distância entre os profissionais e os usuários. Para que seja feito o planejamento das práticas educativas é necessário ajustar o contexto sócio-histórico da população assistida e os objetivos da equipe e da população. Além disso, a distância que se tem dos usuários no planejamento e a tomada de decisão da equipe podem reforçar as dificuldades nesse processo.

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-desão,

segundo Reiners et al (2008), são complexos e difíceis de ser entendidos, por isso, um dos problemas encontrados pelos profissionais de saúde, é a dificuldade do doente em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. A maioria dos fatores que contribuem para a não-adesão, segundo os autores está relacionada ao paciente, porém, os profissionais de saúde são co-responsáveis visto que estes também falham em promover uma compreensão mais profunda a adesão/nãoadesão.

O desafio de lidar com a não-adesão da população aos grupos de educação em saúde precisa ser encarado pelos profissionais de saúde, através de programas voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. As estratégias devem ser realizadas privilegiando a educação em saúde, e precisam atender às diversas necessidades dos pacientes e suas famílias.

As dificuldades de adesão aos grupos de educação em saúde, por parte dos pacientes, também pode estar relacionada com o comportamento dos mesmos, diante das recomendações médicas para seguir as prescrições medicamentosas, sobre dietas, mudanças de hábitos, além do aconselhamento feito por outros profissionais de saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que, no cotidiano das equipes, a implementação de práticas de grupo tem ganhado espaço, já que a população e as equipes de saúde começam a reconhecer os prováveis ganhos. O trabalho preventivo quando realizado de forma estruturada, terá fortes tendências de substituir o trabalho curativo.

Com isso, evidenciamos que a educação em saúde deve estar baseada na reflexão crítica do grupo quanto aos problemas e às ações necessárias a melhoria da qualidade de vida. Vasconcelos (2001) descreve a educação em saúde, com vista a promover melhoria da saúde e qualidade de vida para a população, como uma prática fundamentada em conhecimento de todos os atores envolvidos, capaz de estabelecer uma relação direta entre a ação de saúde, o pensar e o fazer cotidiano da população e não somente uma ação de repasse de informações que pouco contribuirá para mudar uma realidade aparente.

Dessa forma, essas ações de educação em saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população, principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas, e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (MATTOS, 2001).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), os grupos de educação em serviços de saúde é uma prática assistencial que assume diversas modalidades, de acordo com a finalidade, a técnica e a fundamentação teórica. O grupo pode reunir pessoas com enfermidade comum, mas ter uma estrutura na qual as pessoas se vinculam e interagem, desenvolvendo uma relação dialógica que opera a integração do conhecimento intelectual com a vivência, propiciando mudanças de atitude diante do cuidado com a saúde.

Ronzani e Silva (2008) destacam que a justificativa dada por usuários para a não-participação em atividades que não seja a assistência médica deve-se ao fato de que tais atividades não correspondem a suas necessidades, por não terem interesse em participar ou por ignorarem a existência de tais atividades, mesmo considerando as palestras, por exemplo, uma intervenção importante. Pode-se afirmar assim que, quando organizadas apenas pelo interesse do profissional, as

práticas educativas na ESF, incluindo os grupos, podem trazer resultados aquém dos possíveis, se planejados de forma não participativa.

Reafirmando a necessidade de se reavaliarem as atividades promovidas pelos profissionais da ESF, Silveira e Ribeiro (2005) destacam que, influenciados por sua formação orientada por um modelo de atenção biologista, esses profissionais têm desenvolvido uma prática pouco resolutive, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e reducionista, pois coloca como foco da atenção a doença, ao invés dos sujeitos que adoecem.

As ações de Promoção da Saúde e de prevenção de agravos podem trazer sustentação para as práticas da ESF quando valorizam os determinantes gerais do processo saúde-doença. Para isso, é importante a integração de políticas públicas governamentais e não-governamentais que visam modificar as condições de vida e de saúde, indo além de ações educativas individuais e de mudanças de estilo de vida (SOUSA, 2008).

Segundo Torres, Hortale e Schall (2003), a dinâmica de grupo como forma de atuação configura-se por encontros temáticos aqueles com duração entre 60 e 120 minutos de duração, sem continuidade entre eles, com composição flutuante, tema previamente definido e esgotado a cada encontro.

Percebe-se que o grupo, quando construído em parceria com as necessidades apresentadas pela comunidade, traz resultado referente à diminuição da demanda e melhora da auto-estima. Destaca-se que a construção de práticas educativas em saúde, de forma compartilhada, deve privilegiar a interação comunicacional onde saberes diferentes se interagem e os sujeitos se transformam e auxiliam na transformação do outro, buscando a autonomia, a cidadania e a interdisciplinaridade (ACIOLI, 2008).

A construção do conhecimento, em relação à promoção da saúde, é um processo que precisa ser realizado de forma constante tendo a participação individual e coletiva, na esfera familiar, no grupo de trabalho, nos grupos sociais, nas comunidades ou até mesmo nas organizações sociais (CEGANO; SIQUEIRA; CÉZAR VAZ, 2005). Portanto, a promoção da saúde se dá pelo fato de todas as partes envolvidas participarem, e é desta forma que cada qual contribui, uns para com os outros, para o crescimento, encorajamento e aperfeiçoamento da população.

Segundo Dias, Silveira, Witt (2009), ações educativas podem trazer bons resultados e contribuir para a redução da procura dos usuários a unidade de saúde,

resultando em maior satisfação com seu autocuidado. Também é importante salientar que através das ações educativas o conhecimento é absorvido e a troca de experiências é realizada de forma natural.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ganhos obtidos, através do trabalho com grupos educativos em saúde na atenção básica, são indiscutíveis. Todavia, observa-se que para obter sucesso, a realização deste trabalho requer a combinação de teoria e prática, ou seja, para que os profissionais de saúde possam organizar e manter o trabalho de grupo na atenção básica, são necessários: conhecimentos, habilidades e atitudes.

Silveira e Ribeiro (2005) abordam a necessidade de os profissionais que realizam a prática de grupos terem conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o trabalho em grupo, para que o exerçam com rigor teórico e criticidade.

Neste contexto, a difusão do conhecimento é a principal atribuição da equipe, que precisa estar sempre atenta e motivada para definir os temas, os papéis grupais, etc. Os membros da equipe precisam buscar o conhecimento específico para cada tema. Também é necessário ter habilidades, tanto para lidar com as pessoas, quanto para o planejamento das dinâmicas, definição de métodos e adaptação dos mesmos aos grupos educativos. As atitudes do profissional de saúde se manifestam na identificação dos problemas, que necessitam de um trabalho de educação em saúde, ao considerar o sujeito portador de necessidades como biológico, social, subjetivo e histórico. Também, a responsabilização pela manutenção do grupo é uma atitude importante, frente às expectativas do usuário.

O trabalho em grupo possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas, e circunstâncias de vida que influenciam a saúde.

A expectativa é que este trabalho possa contribuir para a construção destes conhecimentos, habilidades e atitudes, na prática de trabalho com grupos educativos na atenção básica em saúde.

Este trabalho também sugere alguns pontos a serem “atacados” para vencer os desafios da implementação e adesão aos grupos, e são eles: planejamento das atividades com antecedência, identificação e mapeamento correto dos problemas, melhor organização e infra-estrutura, busca e disseminação do conhecimento teórico, e a necessidade contínua das equipes, em demonstrar para a população que o objetivo dos trabalhos em grupos tem um caráter preventivo, ao invés do curativo.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A. prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.117-21, Jan./Fev. 2008.

ALMEIDA, S. P. **A vivência no grupo**: a experiência para as pessoas diabéticas. Belo Horizonte, 2006. 143f. Dissertação. (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

ALVES e SOUZA, A.M.; FRAGA, M.N.O. Grupos: Breve história. *In*: ALVES E SOUZA, A.M.[org]. **Coordenação de Grupos**: Teoria e prática. Fortaleza: Expressão Gráfica Ed., 2011. p.49-54.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p. 39-52. 2005.

ANDER-EGG, A.S. Educar em direitos humanos: construir democracia. *In*: OMISTE et al. **Formação de grupos populares**: uma proposta educativa. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

BARRETO, M. F. **Dinâmica de grupo**: história, prática e vivências. Campinas: Alínea; 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: Cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006. 162p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Série Pactos Pela Saúde 2006; v.7.2 ed. Brasília, 2007. 52p.

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

CEGAGNO, D, SIQUEIRA, H.C.H, CEZAR VAZ M.R. Falando sobre pesquisa, educação em saúde na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enf.** Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2): 154-60.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2.ed.Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2009.

DIAS, V. P ; SILVEIRA, D. T ; WITT, R.R. Educação em Saúde: O trabalho de Grupos em Atenção Primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p.221-227, Abr./Jun.2009.

DUARTE, G. M. **A ludo-educação como estratégia para estimular a participação dos usuários dos grupos operativos**. Relato de experiência. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Moeda, 2010.8p.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado**. 1. ed. Goiânia: AB, 2003. 124p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

MIRANDA, R. M. **A Importância do Grupo Operativo na Melhoria da Assistência a Gestante na Estratégia Saúde da Família**. 2011.19p.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. Disponível em: <www. gices-sc.org>. Acesso em: 20 agos. 2013. Entrevista cedida a Radis, 2003.

REINERS, A. A. O; AZEVEDO, R. C. S; VIEIRA, M.A; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. 2008; 13(Sup2):2299-306.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, jan./fev. 2008.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SILVA, A. L. A. C. et. al. Atividades Grupais em Saúde Coletiva: Características, Possibilidades e Limites. **Rev. Enferm. UERJ**; v.11, n.1, p.18-24, 2003.

SILVA, D.G.V.; FRANCIONI, F.F.; NATIVIDADE, S.L.; AZEVEDO, M.; ANDOVAL, R.C.B.; DI'LOURENZO, V.M. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.97-103, 2003.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104. 2005.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Nery: Revista Enfermagem**, v.11, n.1, p.52-57, 2007.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p.153-158, mar./abr., 2008.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A., SCHALL, V. A. experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Jul./Aug. 2003, vol.19, no. 4, p.1039-1047.

VASCONCELOS, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: **reflexões da rede educação popular e saúde**. Hucitec, São Paulo. 2001.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em educação Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.70p.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.41, n.4, p.724-30, 2007.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.