

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTUDO DA APLICABILIDADE DA ESTRATEGIA
DE GRUPO OPERATIVO DE IDOSOS EM UM
CENTRO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.**

ALUNA: ROSANA CUNHA MEIRELES.
TUTOR: FLÁVIO DE FREITAS MATTOS.

“

BELO HORIZONTE
2009

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
1. Introdução.....	
2. Justificativa.....	7
3. Objetivos.....	14
4. Material e Métodos	15
5. Resultados e Discussão	17
5.1. Proposta de Intervenção	
5.2. Monitoramento e Avaliação	
6. Conclusões	19
8. Referências	20

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a aplicabilidade da estratégia de grupo operativo junto a idosos de um Centro de Saúde de Belo Horizonte para obter um maior engajamento e integração no meio social pelo reforço das capacidades de auto-estima, auto-confiança e senso de governabilidade. Para tanto foi estruturado um grupo operativo para idosos com reuniões mensais. Avaliou-se a adesão, assiduidade e satisfação dos idosos em 7 grupos operativos realizados. Contou-se com um número médio de 23 participantes por grupo operativo e obteve-se uma assiduidade total de 76,6% dos participantes. Estas reuniões foram desenvolvidas com atividades lúdicas, musicais e culturais, buscando elevar a auto-estima do grupo, utilizando o espaço para integração dos participantes, divulgação de cuidados de saúde e conhecimentos úteis na prevenção e promoção de saúde. Os resultados foram considerados satisfatórios, observando que os objetivos foram alcançados. Por meio deste projeto foi possível concluir que existe espaço para a realização de grupos operativos com idosos utilizando estratégias lúdicas naquele Centro de Saúde de Belo Horizonte.

Palavras-chave: Promoção de Saúde, envelhecimento, grupo-operativo, idosos.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the applicability of the operative group strategy with the elderly at a health center in Belo Horizonte. It was intended to have a greater engagement and integration in social life of the elderly population by strengthening their self-esteem, self confidence and sense of governance. Thus, we structured the operative groups for monthly meetings with the elderly. It was evaluated the elderly membership, attendance and satisfaction in 7 operative groups performed. It was obtained a median of 23 participants per operative group and a total attendance of 76,6%. These meetings have been developed with recreational, music and culture activities. It was performed looking to increase their self-esteem, dissemination of knowledge about health care useful in prevention and health promotion. It was also used the space for interaction among participants. The results were considered satisfactory and the objectives were achieved. It was concluded that there is space for the operative groups implementation with elderly people using playful strategies at that Center for Health in Belo Horizonte.

Key-words: Health promotion, aging, operative group, elderly.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa demanda ações de intervenção no campo do envelhecimento. Estudos epidemiológicos mais atuais vêm demonstrando aumento acelerado da expectativa de vida da população brasileira, cujo envelhecimento está se dando em grande escala desde o final do século passado.

Estimava-se que no ano de 2025 o Brasil, que estava em décimo sexto lugar em 1950, alcançasse o sexto lugar no ranking mundial em número de idosos, com a quantidade aproximada de 30 milhões. (SILVESTRE & COSTA, 1996) Segundo o IBGE este nível de participação dos idosos na sociedade será atingido antes de 2020 (BRASIL, 2008). O IBGE (BRASIL, 2008), em censo demográfico realizado em 2007 apresentou dados preocupantes em relação ao envelhecimento populacional brasileiro. A população geral do Brasil se encontrava então com 183.987.291 milhões de habitantes.

O país tem caminhado velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE (BRASIL, 2008), o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60). As projeções para a população brasileira são de uma participação percentual de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de 9,49% (em 2008) até 29,75% (em 2050).

Assim sendo, o envelhecimento populacional torna real a necessidade de se pensar a condição do idoso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso, como aqueles indivíduos que tem idade acima de 65 anos, para os países desenvolvidos; e 60 anos para os países em desenvolvimento. O

notável fenômeno que está ocorrendo em todo mundo: idades mais avançadas estão se tornando mais comuns. Em muitos países, o grupo que cresce mais rapidamente é o de idade mais avançada.

Na atualidade, considera-se que um aspecto que contribui para o envelhecimento populacional é o desenvolvimento tecnológico, principalmente em países desenvolvidos. Entretanto, em nosso contexto, tem sido também observado que houve melhoria na qualidade de vida, assistência a saúde disponível, seja através dos planos privados de saúde, como também através de programas de governo, a exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), maior acesso aos medicamentos da rede pública, melhoria nas condições de saneamento básico, atenção para imunização de massa e maior controle dos indivíduos com doenças crônicas e infecto-contagiosas.

Para receber o idoso na Unidade da Saúde da Família (USF), a equipe multiprofissional deve estar preparada para entender o processo de envelhecimento nas suas múltiplas dimensões e, a partir daí, propor ações específicas na saúde, já que a probabilidade de adoecer aumenta com a idade,. Além disso, deve estar preparada para compreender que os problemas de saúde evidenciados pelos idosos, em geral, são oriundos tanto de fatores biológicos como psicológicos e sociais (PASCHOAL, 1996).

A população da terceira idade poderá viver melhor, e é exatamente isto que se quer alcançar, se for atingida pelas mudanças sociais e assistência ao idoso, através da prática assistencial, divertida e dinâmica, e fortalecimento e criação de mais espaços onde o idoso possa manter-se socializado e desenvolver uma prática participativa que proporcione uma melhoria real na sua qualidade de vida.

Para tanto, um dos princípios da base das intervenções preventivas na área da promoção à saúde quanto à assistência aos idosos é a participação desta população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. É umas das estratégias que favorecem a ação

integrada da equipe multiprofissional em processo de educação em saúde é a Dinâmica de Grupos Operativos.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) em questão foi realizado uma oficina em julho de 2008 para o diagnóstico situacional da população da área adscrita entre os diversos profissionais, usuários e gestores. Após o diagnóstico realizado no Centro de Saúde São Marcos, de acordo com o levantamento de dados apresentados pelas equipes de saúde da família (verde e vermelha) concluiu-se que os idosos da área de abrangência necessitam de uma melhor atenção de saúde na comunidade, pois apresentam uma alta vulnerabilidade nas suas condições de saúde.

Sabe-se que a ESF (Equipe de Saúde da Família) e os usuários são de extrema importância na participação nas atividades para motivação e na grande contribuição de cada segmento nas atividades de promoção social como um instrumento de crescimento a partir do conceito de um novo idoso. Acredita-se que devemos proporcionar ao idoso a possibilidade de desenvolver seus potenciais artísticos (desvendar seus talentos), por meio de ações culturais, criando condições de inclusão social desses cidadãos, ao mesmo tempo que lhes garantindo maiores condições de resgate da auto-estima, auto-confiança e maior governabilidade sobre suas ações. Algumas variáveis influenciam essas competências e habilidades no idoso.

“Alguns fatos de ordem social que ocorrem predominantemente nas idades mais avançadas parecem influenciar a ampliação da morbidade e da mortalidade do idoso tais como: viuvez, aposentadoria” (Lessa, 1998:207). A viuvez é um fator de risco mais significativo para a morbidade entre os viúvos no primeiro ano de morte do cônjuge. A aposentadoria pode levar à completa inatividade e a perda dos vínculos sociais e por isso os idosos ficam mais expostos às doenças associadas à inatividade física.

Outro fator de risco importante para os idosos é a solidão. Ela pode ser vista como resultado das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como: a redução do núcleo familiar, a participação mais efetiva da mulher no

mercado de trabalho fora do lar e a quebra dos vínculos matrimoniais (LESSA,1998).

Este trabalho busca fazer aproximação entre os campos da Promoção da Saúde e o conceito de Envelhecimento saudável, tenta-se responder a questões sobre a melhor forma de promover a saúde no campo do envelhecimento, de selecionar os referenciais teóricos que possam sustentar um trabalho de Promoção da Saúde no campo do Envelhecimento no cenário de uma UBS na cidade de Belo Horizonte.

Segundo Cusack(1999), deve-se entender a velhice como um período da vida inerente ao desenvolvimento humano e não como um tempo de desagregação da vida comunitária. Deve-se olhar a velhice, como um tempo de engajamento ativo em desafios e atividades que podem beneficiar ambos: os idosos e a sociedade. O primeiro passo para isso é o empoderamento pessoal.

O conceito de empoderamento, tradução do conceito de “Empowerment”¹, faz parte do campo de ação da Promoção da Saúde Reforço da ação comunitária/ Participação Comunitária. Na Carta de Ottawa (1986), esse campo de ação é definido como o processo de desenvolvimento na comunidade, da capacidade de controle e de habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização coletiva. O desenvolvimento da comunidade se baseia nos recursos humanos e materiais com que conta a comunidade para estimular a independência e o apoio social (BUSS , 2000,p.174). A ajuda recíproca, onde cada um cuida de si e dos outros , é um dos temas centrais da proposta de intensificar a auto-assistência e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis do reforço e da participação comunitária, na direção dos assuntos da saúde (BUSS, 2000, p.47).

A meta deste estudo é promover o empoderamento das pessoas idosas, possibilitando a elas maior capacidade para lidar com a limitação da autonomia decorrente da condição físico-social.

¹ Optou-se por traduzir neste trabalho o termo empowerment por empoderamento, como é traduzido no espanhol. No português é frequentemente traduzido como “fortalecimento”.

O desafio, no entanto, é mudar conceitos já enraizados e utilizar novos métodos, com inovação em sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país. Em suma, estimular o idoso a buscar o Centro de Saúde não pela doença, mas pela Promoção da Saúde, não pela dor, mas pelo amor, através do estímulo do autoconhecimento, autocuidado, e alta valorização e às interrelações humanas. Caracterizar a Atenção Básica como um local capaz de integrar ações e intervenções educativas, preventivas e cura.

Gutierrez(1997) apud Buss (2000), incorpora ao conceito da Promoção da Saúde a participação da comunidade e a responsabilidade do Estado no cuidado de sua população, definindo que:

“Promoção da saúde é o conjunto das atividades, processos e recursos, de ordem institucional , governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde sua condições de vida, a níveis individual e coletivo.”(Gutierrez, 1997 apud Buss, 2000, p.167).

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os Sistemas de Saúde. Guia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade, e da participação social. Através da mobilização das Equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Com base no princípio da territorialização, a responsabilidade à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive aquelas que se encontram em instituições públicas ou privadas é da ESF.

As áreas de atuação previstas pelo SUS neste projeto são: Informação, Educação, Comunicação e Treinamento por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável.

O cuidado à pessoa idosa compreende diversos atores: idoso, família, cuidador (se existente), comunidade e equipes de atenção a saúde, que atuam de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção as demandas identificadas por meio de relações interpessoais. É preciso valorizar e criar, além dos espaços de discussão da própria equipe, outros espaços em que possam ser incluídos os outros atores envolvidos na rede social de cuidado do idoso.

A adesão aos projetos terapêuticos depende da capacidade da equipe de saúde de produzir vínculos positivos e propostas terapêuticas pactuadas. Os idosos e seus familiares não devem ser tratados ou considerados como receptores passivos dos serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à própria saúde, participando do tratamento e sendo apoiados e valorizados nesse processo.

A tríade do cuidado da pessoa idosa é formada pelo idoso e seus familiares, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de Atenção à Saúde. Essa tripla parceria é peculiar ao tratamento das condições crônicas e essencial no gerenciamento do cuidado do idoso. Somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas quando os idosos, suas famílias, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de Atenção à Saúde são: informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria, conforme descrito.

Devem ser informados, na medida da necessidade de cada usuário, sobre as condições crônicas, incluindo seu ciclo, as complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas, evitando produzir uma situação em que a doença ou o risco tornem-se dominantes na vida do idoso.

Devem ser motivados, para modificar seus comportamentos e manter estilos de vidas saudáveis, aderir a tratamentos de longo-prazo e auto gerenciar suas condições crônicas, a partir, não somente de restrições, mas também da construção de possibilidades de prazer e felicidade, apesar dos limites.

Devem ser capacitados com habilidades comportamentais para administrar suas condições crônicas em casa. Isso incluem a disponibilidade de medicamentos, equipamentos de saúde, instrumentos para auto-monitoramento e habilidades de auto-gerenciamento.

Essa tríade é influenciada e apoiada pelas organizações de saúde e por toda a comunidade que, por sua vez, influenciam de maneira recíproca no âmbito político. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre o sistema de saúde e a comunidade, acerca de questões específicas do idoso e de seu tratamento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

É importante saber de que forma a equipe entende e sente a idéia do envelhecimento, pois essa questão está associada a uma necessidade de repensar a Atenção à Saúde e à transformação cultural da condição de envelhecimento. O Serviço de Saúde e o cultural são dois movimentos inseparáveis e vitais para o sucesso de qualquer política para a pessoa idosa.

1.1. Referencial teórico-metodológico: a estratégia de grupos operativos

Zimmerman & Osório (1997) classifica, dois tipos de grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos. A teoria e técnica de grupos operativos, foi desenvolvida por Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça, que viveu na Argentina desde seus 4 anos de idade. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

O fenômeno disparador da técnica de grupos operativos, foi um incidente vivido no hospital psiquiátrico De Las Mercês, em Rosario, onde desempenhava atividades clínicas e docentes. Esse incidente foi a greve do pessoal de enfermagem desse hospital. Para superar aquela situação crítica, Pichon-Rivière colocou os pacientes menos comprometidos para assistir aos mais comprometidos. Observou que ambos os subgrupos apresentaram significativas melhoras em seus quadros clínicos. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

O novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados - o de quem é cuidado, para o de quem cuida - foram os elementos referenciais do processo de evolução desses enfermos. Intrigado com esse resultado passou a estudar os fenômenos grupais a partir dos postulados da psicanálise, da teoria de campo de Kurt Lewin e da teoria de Comunicação e Interação. As convergências dessas teorias constituíram-se nos fundamentos da teoria e técnica de grupos operativos de E. Pichon-Rivière. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

Em relação aos grupos operativos, a sua sistematização foi feita por Pichon Rivière desde 1945, que definiu grupo operativo como sendo *"um conjunto de pessoas com um objetivo em comum"*. Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender. O trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida; dessa forma, ao mesmo tempo em que aprendem, ensinam também. (PICHON-RIVIÈRE, 1982)

Os grupos operativos abrangem quatro campos (PICHON-RIVIÈRE, 1982; ZIMMERMAN & OSORIO, 1997; OSÓRIO, 2003):

- Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é o espaço para refletir sobre temas e discutir questões;
- Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses;

- Comunitários: utilizados em programas voltados para a Promoção da Saúde, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas e,
- Terapêuticos: objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto a nível físico quanto psicológico, são os grupos de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos, etc.

Importante diferenciar o que se entende por grupo e agrupamento. Para ser considerado um grupo é preciso que exista, entre as pessoas, uma interação social e algum tipo de vínculo, “pode-se dizer que a passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo, consiste na transformação de ‘interesses comuns’ para a de ‘interesses em comum’.” (ZIMMERMAN & OSORIO, 1997, p.28)

Os grupos são pensados e voltados para a Promoção da Saúde, como estratégias ou espaços, onde se possa fazer uma escuta, para as necessidades das pessoas. Os grupos devem se configurar, como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem. Valla (1999) diz que:

"um envolvimento comunitário, pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença." (VALLA, 1999, p.10).

Pichon-Rivière (1982) define como princípios organizadores de um grupo operativo o Vínculo e a Tarefa. O vínculo é um processo motivado que tem direção e sentido, isto é, tem um porquê é um para quê . Identificamos se o vínculo foi estabelecido, quando ocorre uma mútua representação interna. Cada pessoa se relaciona de acordo com seus modelos inaugurais de vinculação, de acordo com suas matrizes de aprendizagem, e tende a reeditar esse modelo em outras circunstâncias, sem levar em conta a realidade externa,

o inusitado, repetindo padrões estereotipados, resistindo que algo, verdadeiramente, novo aconteça.

A tarefa é um conceito dinâmico que diz respeito ao modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades. Necessidades essas, que para Pichon-Rivière (1982), constituem-se em um pólo norteador de conduta. O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal. Nesse processo emergem obstáculos de várias naturezas. Diferenças e necessidades pessoais e transferenciais, diferenças de conceitos e marcos referenciais e do conhecimento formal propriamente dito.

Um grupo operativo pressupõe aprendizagem. Aprender na ótica pichoneana é sinônimo de mudança. E nessa mesma ótica, em toda situação de mudança são mobilizados dois medos básicos: da perda e do ataque. Medo de perder o já estabelecido, o já conquistado e conhecido. O de ataque é o de como ficarei numa situação não conhecida, como darei conta "do que está por vir a ser... mas ainda não é...". É muito natural que um grupo se resista a entrar em um processo de aprendizagem, uma vez que esta acarretará mudanças. O processo de elaboração dessa resistência, gerado pelos medos básicos, indica que o grupo está a caminho do projeto. A esse fenômeno dá-se o nome de pré-tarefa. Quando o grupo aprende a problematizar, verdadeiramente, os obstáculos que emergem na concretização de seus objetivos, dizemos que entrou em tarefa, pois podem elaborar um projeto viável e, dessa forma, torna-se um grupo que opera mudanças. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

1.1.1. A Estrutura e dinâmica grupal

Estruturalmente, um grupo operativo é composto pelos seus integrantes e os facilitadores. Os integrantes entram em tarefa por meio de um disparador temático, a partir do qual, o grupo passa a operar ativamente como protagonista. O grupo deve saber, as normas básicas do funcionamento do grupo (objetivos, local, horários) . Esses limites funcionais, constituem-se no enquadre grupal. Compete aos facilitadores de grupos operativos, dinamizar o processo, na medida em que cria condições para comunicação e diálogo e

auxilia o grupo a elaborar os obstáculos que emergem na realização da tarefa. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

Cada integrante do grupo comparece com sua história pessoal consciente e inconsciente, isto é, com sua verticalidade. Na medida em que se constituem em grupo, passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história, a horizontalidade do grupo, que não é simplesmente a somatória de suas verticalidades, pois há uma construção coletiva, resultante da interação de aspectos de sua verticalidade, gerando uma história própria, inovadora que dá ao grupo sua especificidade e identidade grupal. A resistência à mudança, aliada às diferenças interpessoais e o compartilhar necessidades, faz surgir um processo contraditório e confusional em determinados momentos do grupo, tornando-se obstáculo na comunicação, dificultando para sua operatividade no sentido de suas metas. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, para poder ser superados, senão, cria-se um ruído na comunicação, levando muitas vezes o grupo a sua dissolução. (PICHON-RIVIÈRE, 1983; OSÓRIO, 2003)

Essa dinâmica grupal não é linear ou cumulativa, ela ocorre num movimento dialético, onde cada alvo alcançado transforma-se imediatamente, em um novo ponto de partida. É permeados de perdas e ganhos, os quais devem ter uma resultante positiva e portanto operativa. São nessas idas e vindas do movimento dialético, que vão ocorrendo os ajustes e correções de conceitos, preconceitos, tabus, fantasias inconscientes, idéias preconcebidas e estereotipadas, desenvolvendo uma atitude plástica e criativa. (ZIMMERMAN & OSORIO, 1997)

Aprender em grupo, não significa obter um conhecimento formal, mas uma atitude mental aberta, investigatória e científica. Aprender exige uma nova leitura da realidade e apropriação ativa da mesma, no aqui, agora e comigo. Não estando somente no discurso, mas nas ações do dia a dia. Essa aprendizagem mobiliza mudanças, onde o integrante deixa de ser espectador e passa a ser o protagonista de sua história e da história de seu grupo. Parte da informação, apropria-se dela e transforma - a em gestos. (PICHON-RIVIÈRE,

1983; OSÓRIO, 2003) Deixa de ser aluno que recebe passivamente informações e passa a ser aprendiz que, ao fazer, vai aprendendo.

A escolha da forma de trabalho dependerá de diversos fatores, entre eles: o objetivo do grupo e o público participante, preparo dos profissionais facilitadores, número e intervalos entre os encontros, etc. Os grupos vinculados por patologias (HAS, Diabetes, Asma, saúde mental, desnutrição, dependência química, etc), destinados à educação como forma de prevenção dos agravos e muitas vezes usados indevidamente como forma de controle clínico dos pacientes, que vão aos grupos para aferirem dados vitais, trocarem receitas sem passarem por consulta médica. Os grupos de promoção da saúde, formados por fases do ciclo de vida (gestantes, puericultura, adolescentes, climatério, terceira idade, etc), que homogeneízam os participantes não pela doença e sim pela perspectiva de mudança de modos de vida, são os preconizados no documento das diretrizes da PBH para a organização da Atenção básica na rede municipal de saúde de 09/2006.

Os cursos de graduação, especialmente da medicina geralmente não contemplam de forma adequada o preparo do profissional para a formação e condução de grupos operativos. O profissional muitas vezes acaba formando grupos de forma empírica ou “copiando” práticas de grupos comunitários sem o embasamento teórico que ajuda a compreender, lidar e interagir de forma adequada com o grupo. A periodicidade e número das reuniões irão variar de acordo com os objetivos dos grupos.

Os grupos de promoção da saúde, com vínculo nos ciclos de vida, normalmente com menor intervalo entre as reuniões (geralmente mensais) e número de encontros pré-determinados pela própria etapa de vida. Os participantes (assim como nos grupos vinculados por patologias) podem variar de um encontro para outro, entrando para o grupo durante o funcionamento do mesmo, o que dificulta a formação do campo grupal dinâmico (descrito anteriormente).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Avaliar a aplicabilidade da estratégia de grupo operativo junto a idosos de um Centro de Saúde de Belo Horizonte para um maior engajamento e integração no meio social pelo reforço das capacidades de auto-estima, auto-confiança e senso de governabilidade.

2.2. Objetivos Específicos

- Desenvolver uma proposta de intervenção através de grupo operativo para alterar a realidade da saúde da população idosa do Centro de Saúde São Marcos.
- Criar um espaço de convivência acolhedor e estimulador para o idoso, de forma a engajá-lo e reintegrá-lo no meio social.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo para implementar e avaliar a aplicabilidade de uma proposta de intervenção em comunidade, utilizando a estratégia de grupo operativo.

O estudo foi conduzido em um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais localizado na região Nordeste da cidade, denominado Centro de Saúde São Marcos. Neste atuam profissionais de medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia e outras. Entre os colaboradores conta-se com os agentes comunitários de saúde que integram a equipe de Saúde da Família.

Para a formalização do grupo operativo buscou-se pelas seguintes estratégias:

- Estruturar inicialmente um grupo operativo de 2 micro áreas (1 e 3) com a participação com cerca de 20 idosos por reunião;
- Obter assiduidade destes participantes em 70% das reuniões;
- Conseguir adesão aos projetos terapêuticos (diabéticos, hipertensos) de 50% dos participantes neste grupo;
- Obter colaboração das ACS do Centro de Saúde São Marcos na divulgação do grupo.

Para se estruturar o grupo, obter assiduidade, adesão e colaboração dos ACS foi necessário obter parcerias entre os membros da UBS; identificar colaboradores na área de abrangência trabalhada; preparar área física para a realização das atividades e programar atividades a curto médio e longo prazo e estabelecer algum tipo de vínculo terapêutico entre os integrantes.

Desenvolveu-se também instrumentos para verificar a adesão, assiduidade e mensurar a satisfação dos participantes no projeto terapêutico. Entende-se por adesão pelo quanto as pessoas concordam, aceitam participar do grupo, se manifestam solidárias ao plano proposto, apóiam e julgam

necessárias as atividades propostas e as executam. Verificou-se a adesão face aos depoimentos e buscas pelos grupos realizados a partir da verbalização dos participantes.

A assiduidade foi medida pela computação da presença nas atividades de grupo propostas. Registros e fotografias foram utilizadas para esta medida.

A satisfação de cada participante foi monitorada utilizando os comentários, elogios e manifestações dos diversos integrantes de cada grupo que foram categorizados para fins de avaliação.

Procedeu-se a análise descritiva dos dados obtidos, utilizando categorização das respostas verbais e frequências absolutas e relativas para a análise da assiduidade. Os dados obtidos pela verbalização dos componentes dos grupos foram categorizados para fins de apresentação.

4. RESULTADOS

4.1. Proposta de intervenção

A proposta de intervenção do presente trabalho foi baseada na teoria dos grupos operativos de Pichon-Revire. O grupo foi formado com usuários idosos, homens e mulheres das micro-áreas 1 e 3, mas está aberto a todas as pessoas acima(ou em torno) dos 60 anos, de ambos os sexos, que pertençam à comunidade do São Marcos e que queiram estar com outras pessoas da mesma idade, aprendendo e ensinando, através de grupos direcionados à Promoção de Saúde.

O planejamento e a execução das atividades foram realizados em parceria com uma das Agentes Comunitárias de Saúde, sensibilizada com a estratégia.

Os encontros foram programados para ocorrer mensalmente no período da tarde de 14:00 às 16:00 horas no salão de reuniões da Unidade do Centro de Saúde São Marcos, que localiza-se no bairro de mesmo nome, na região Nordeste de Belo Horizonte.

As cadeiras foram posicionadas em círculo para que os participantes pudessem se apresentar e enxergar uns aos outros. A atuação desta pesquisadora foi de facilitadora do grupo, com a função de dinamizar o processo, criando condições de comunicação e juntamente com uma das ACS desenvolveu atividades seguindo um roteiro pré-estabelecido. Optou-se por não discutir patologias dos participantes, a fim de priorizar a abordagem dos aspectos saudáveis da personalidade de cada membro do grupo a partir de uma dinâmica de integração, como alternativa de trabalhar eficazmente com todos os participantes.

Foram utilizadas atividades, recreativas, motivadoras, integradoras e socializadoras. No que se refere às atividades recreativas, foram utilizadas as técnicas que objetivam momentos lúdicos e de relaxamento como por

exemplos resgatar as brincadeiras com músicas infantis e danças, bolas, balões, cordas, poesia, trazendo a tona sentimentos e lembranças positivas, sendo sugeridas tanto pelo grupo quanto pelos organizadores.

A recreação e a música possibilitam interações sociais, sentimentos agradáveis de alegria e bem estar.

A cada reunião as atividades aconteceram contando com a participação dos próprios membros do grupo com instrumentos musicais, canto, poesias, apresentações de outros grupos de terceira idade, com peças teatrais e canto/coral, este ambiente propiciará a manifestação de outros talentos como declamação de poesia, contos, danças e narração de histórias pessoais.

Para um bom fechamento das atividades, ao final de cada encontro foi formada uma grande roda com todos os participantes de mãos dadas em que os mesmos pudessem manifestar a alegria com o desenvolvimento das atividades. Foram fortalecidos os laços afetivos e sentimentos positivos.

Os demais profissionais do Centro de Saúde São Marcos foram orientados a incentivar e encaminhar os usuários para estes espaços, buscando aperfeiçoar esta iniciativa.

A estrutura foi flexível o suficiente de forma a contar com a participação de portadores de necessidades especiais e pacientes psiquiátricos. A característica terapêutica da música foi uma grande aliada neste processo.

Entremeando as atividades lúdicas foram apresentadas de maneira acessível para esta população, cuidados de saúde, divulgação de campanhas de vacinação, métodos de combate à dengue, prevenção de acidentes, cuidados em saúde bucal, nutrição saudável e outros assuntos de interesse do grupo e no final sempre foi servido um lanche.

A experiência foi relatada desde a sensibilização e formalização do grupo de trabalho externo e interno à UBS; as estratégias foram planejadas e

implementadas entre novembro de 2008 à setembro de 2009 , a adesão, frequência e satisfação dos usuários do grupo foram monitoradas e utilizadas para estabelecer a aplicabilidade da estratégia de grupo operativo entre idosos de uma UBS de Belo Horizonte.

4.2. Monitoramento e avaliação

O objetivo de estruturar inicialmente um grupo operativo de 2 micro áreas com a participação de 20 idosos por reuniões foi atingido (Tab.1). Participaram dos grupos operativos um máximo de 30 idosos. Não necessariamente foram os mesmos idosos participantes em todos os grupos efetivados.

Tabela 1- Demonstrativo da participação dos idosos nas reuniões propostas nos grupos operativos. (Fonte: Centro de Saúde São Marcos, 2008-2009)

Reuniões realizadas	Participantes (N)	Participantes(%)
1	23	76,6
2	13	43,3
3	18	60
4	29	96,6
5	20	66,6
6	28	93,3
7	28	93,3

Face aos sete grupos operativos realizados observou-se uma média de 23 (76,6%) idosos assíduos nos grupos. Considera-se boa a assiduidade dos participantes nas reuniões realizadas.

Assinala-se que na segunda reunião obteve-se uma baixa presença, devido à falta de empenho da Agente Comunitária de Saúde responsável pela área, na divulgação da reunião. Partindo desta experiência, não se utilizou somente do apoio da funcionária na divulgação e sim de alguns participantes mais atuantes na micro-área.

Quanto a assiduidade destes participantes, o grupo se mostrou muito homogêneo com assiduidade de 77%. Ressalta-se que este índice de assiduidade foi alcançado pelo empenho de uma das ACS e da pesquisadora que preocupavam em avisar com antecedência aos participantes e reforçar o convite na véspera da reunião. Além desses pontos deve ser assinalada a importância do caráter lúdico e alegre conferido ao clima presente nas reuniões, possibilitando a formação de vínculos entre os participantes e a equipe.

Quanto à adesão aos projetos terapêuticos de no mínimo 50% de participação dos usuários às atividades propostas para controle de hipertensão e diabetes (doenças crônicas) não se obteve mudanças perceptíveis. Verificou-se que não se conseguiu a sensibilização de outros membros da equipe profissional para se realizar o trabalho conjunto. Entende-se que para atingir este objetivo faz-se necessária uma maior motivação e envolvimento da equipe com a participação de todos os membros e apoio gerencial.

Quanto à obtenção de colaboração das ACSs percebe-se claramente a necessidade de encontrar ferramentas motivacionais, sem o total envolvimento deste profissional o grupo operativo é prejudicado.

A grande adesão dos participantes nas reuniões foi estimulada por ser este um espaço novo dentro da Unidade de Saúde que pode proporcionar uma mudança do status em alguns pacientes (ser cuidado) para a condição de cuidador.

5. DISCUSSÃO

Segundo Pichon-Riviére (1982) grupo operativo é “um conjunto de pessoas com um objetivo em comum”, partindo deste ponto o observado deste projeto foi uma melhoria da auto-estima dos participantes, visto que, este grupo oferece um espaço para o laser que é uma grande carência da população nesta faixa etária.

Quanto à metodologia utilizada percebe-se que a mesma se mostrou adequada mas por vezes necessitando ser mais trabalhada. Com a execução das atividades propostas alguns pontos se revelaram como necessitando de aperfeiçoamentos como uma maior integração dos demais componentes da equipe da Unidade, desenvolvendo um trabalho multidisciplinar mais efetivo e eficaz. Considera-se que um projeto deste porte precisa ter mais visibilidade dentro da Unidade para que com o passar do tempo ele se torne auto-propagador.

Os facilitadores do grupo ao se envolverem com este tipo de projeto desenvolveram maior grau de empatia com os usuários, elevando o nível de relacionamento para outro patamar, mais humano, mais terapêutico, vendo as pessoas como seres humanos mais saudáveis e não pessoas apenas doentes, fazendo valer o nome do local de trabalho de Centro de Saúde.

Como em muitas UBS nos diversos centros de saúde e no São Marcos também esta é uma realidade carece-se de espaço onde a privacidade do grupo possa ser mais preservada de modo que os participantes possam se sentir mais a vontade para se expressarem. Entretanto, trabalhos deste tipo nas comunidades e áreas de abrangência de saúde não podem ser realizados longe de sua área adscrita para que possa ter visibilidade e a participação de todos os atores necessários em projetos de saúde comunitários desta monta.

Algumas pesquisas demonstram que a principal tarefa evolutiva da velhice é a integração social e a autonomia pessoal; “a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas necessárias ao bem estar do idoso” (BALTER; SILVERBERG, 1995, p.102).

Segundo Galileu “A um homem nada se pode ensinar. Tudo o que podemos fazer é ajudá-lo a encontrar as coisas dentro de si mesmos.”

6. CONCLUSÕES

É muito importante criar uma proposta de valorização de envelhecer, assim este grupo de encontro de idosos deve-se configurar como espaço de construção do empoderamento, na medida em que se evoca o cuidado com a saúde; se configura como espaço de pertencimento, de referencia, portanto de apoio emocional, permitindo potencializar talentos através das trocas de experiências.

Quanto ao objetivo principal do trabalho, de desenvolver uma proposta de grupo operativo capaz de alterar a realidade de saúde da população idosa do Centro de Saúde São Marcos, esta foi alcançada entretanto julga-se que somente poderá ser mais efetivamente avaliada quando de sua ocorrência após um período de acompanhamento maior do que o que foi possível neste estudo. Dado que a aderência a um projeto terapêutico leva tempo de ser efetivado.

Outra proposta interessante de trabalho a ser estudada futuramente é desenvolver um grupo operativo com mais participação dos funcionários do Centro de Saúde, atendendo uma carência dos funcionários quanto a este tipo de atividade lúdica, percebida durante as reuniões.

O engajamento dos idosos em grupo como este, que promove a saúde e faz com que haja uma ampliação de sua rede social, se constitui como uma estratégia de Promoção de Saúde.

Ações simples de atenção à saúde, de promoção da longevidade saudável, de educação à saúde e de orientações simples para uma velhice ativa são viáveis e possíveis como bem demonstra o presente relato de experiência.

É importante chamar a atenção de gestores e legisladores; superar escassez de recursos; sensibilizar os profissionais de saúde para o paradigma da velhice ativa e saudável são algumas das dificuldades enfrentadas pelo Programa em foco.

Estas reuniões foram desenvolvidas com atividades lúdicas, musicais e culturais, buscando elevar a auto-estima do grupo, utilizando o espaço para integração dos participantes, divulgação de cuidados de saúde e conhecimentos úteis na prevenção e promoção de saúde. Os resultados foram considerados satisfatórios, observando que os objetivos foram alcançados. Por meio deste projeto foi possível concluir que existe espaço para a realização de grupos operativos com idosos utilizando estratégias lúdicas no Centro de Saúde.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa , 2007.

BUSS P. M.; Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1), p 163-177, 2000.

CUSACK C, Leadership for older adults: aging with purpose and passion, Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

LESSA I., Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus Terceira idade – In; O adulto brasileiro e as doenças da modernidade L : epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. (I. Lessa) São Paulo – Rio de Janeiro : Hucitec- Abrasco, 1998.

OSORIO, L.C. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PASCHOAL , S.M.P. Autonomia e independência. In Papalio Neto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneo; p. 313-23, 1996.

PICHON-RIVIERE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

SILVESTRE J. A., COSTA NETO M. M.; Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, vol. 19, número 3, Rio de Janeiro, June 2003.

VALLA, V.V. , Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. In: Cadernos de Saúde Pública: Educação em Saúde: Novas perspectivas. Rio de Janeiro, 15:7-14, 1999.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L .C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed, 1997

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CANDEIAS N. M. F., Conceitos de Educação e Promoção em Saúde: Mudanças Individuais e Mudanças Organizacionais. *Jornal de Saúde Pública*, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, V. 31, n. 2; p. 209-13, 1977.

DIAS R. B.; CASTRO F. M.; Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

DIOGO M. J. E.; Formação de Recursos Humanos na Saúde do Idoso. ver *Latino Am. Enfermagem*, v. 12, n. 2; p. 208-2, 2004.

JOIA L. C.; RUIZ T.; DONALISIO M. R., Condições Associadas ao Grau de Satisfação com a Vida entre a População de Idosos, *Revista Saúde Pública*, v.41, n.1; p.131-8; 2007.

LIMA-COSTA M.F.; VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700-1; 2003.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA M. F.; 2005. Auto Avaliação da Saúde Bucal Entre Adultos e Idosos Residentes na Região Sudeste: Resultados do Projeto SB-Brasil, 2003.

RAMOS L. R., Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, Caderno da Saúde Pública, v.3, n.9, 2003.

RODRIGUES S. M., VARGAS A. M. D., MOREIRA A. N.; Saúde Bucal e Qualidade de Vida no Idoso. Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), v.01, n.12, 2004.

SHOSLLER A. B.; CARLOS S. A.; Por Uma Visualização do processo Grupal. PSICO,PUCRS, v. 37, n. 2, p 159-167, 2006.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO P. R.; Promoção de Saúde: Concepções, Princípios, e Operacionalizações. Interface, v7, n12, p.101-22, 2

TORRES H.C.; HORTALE V. A.; SCHALL V.; A Experiência de Jogos em Grupos Operativos na Educação em Saúde para Diabéticos. Caderno da Saúde Pública,v. 19, n.4, p1039 – 1047, 2003.

VECCHIA R. D.; RUIZ T.; BOCCHI S. C. M; CORRENTE J. E.; Qualidade de Vida na Terceira Idade: Um Conceito Subjetivo. rev. Brás Epidemiol, v. 8, n.3, p. 246-52, 2005.

VERAS, R. P.;CALDAS, C. P., 2004. Promovendo a Saúde e a Cidadania do Idoso: O Movimento das Universidades na Terceira Idade. Ciência e Saúde Coletiva, v.9, n. 2; p.423, 2004.

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 da terceira Idade.rev. Esc Enferm USP, v.41, n.4; p.724-30,2007.