

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

DALILA MONTESANO CUNHA CRISPIM

**ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRABALHO COM
GRUPOS OPERATIVOS JUNTO À COMUNIDADE: uma revisão de literatura**

GOVERNADOR VALADARES/ MG

2013

DALILA MONTESANO CUNHA CRISPIM

**ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRABALHO COM
GRUPOS OPERATIVOS JUNTO À COMUNIDADE: uma revisão de literatura**

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.

Orientador: Ana Cláudia Porfírio Couto

GOVERNADOR VALADARES/MG

2013

DALILA MONTESANO CUNHA CRISPIM

**ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRABALHO COM
GRUPOS OPERATIVOS JUNTO À COMUNIDADE: uma revisão de literatura**

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.

Orientador: Ana Cláudia Porfírio Couto

Banca Examinadora:

Prof. Ana Cláudia Porfírio Couto - Orientadora

Prof. Ivana Montandon Soares Aleixo - Examinadora

Aprovada Em Belo Horizonte, Em 12/04/2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas beneficiadas com o Programa Saúde da Família e a todos os que tornam possível a sua realização todos os dias, com a esperança sempre renovada de fazer o bem ao maior número de pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por permitir que eu possa atingir mais essa conquista em minha vida.

Agradeço também a meu esposo pelo amor incondicional em todos os momentos, meus pais e irmãos pelo apoio afetivo e por sempre acreditarem no meu sucesso.

Por fim, agradeço a minha orientadora por todo apoio, suporte e esclarecimentos, sem a qual este trabalho não seria realizado.

RESUMO

A educação em saúde por meio da organização em grupos operativos é um dos principais meios para que a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja implantada de forma eficaz, de modo a se garantir maior qualidade de vida aos usuários que dela se beneficiam. Ocorre, todavia, que as equipes de saúde da família se vêm às voltas com dificuldades e desafios no tocante à elaboração de projetos e, principalmente, na sua concretização. Tomando-se como base a importância atribuída ao trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF, e o quanto relevantes são as práticas voltadas para a educação em saúde, este estudo se presta a analisar a maneira pela qual a educação em saúde é atualmente pensada no âmbito dos grupos operativos e busca lançar luz sobre os desafios enfrentados. Sua elaboração se deu por meio de revisão bibliográfica, com análise de artigos e estudos pertinentes ao tema proposto. Concluiu-se que é necessário realmente atentar para o que cada componente do grupo, tanto usuário quanto membros da equipe, têm a oferecer.

Palavras-chave: Grupos operativos – Educação em Saúde – Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Health education through organization into operative groups is one of the main ways in which the Family Health Strategy can be effectively established, in order to guarantee higher life quality to the users who benefit from it. However, it just so happens that the Family Health teams often face difficulties and challenges as far the elaboration of these projects goes and, mainly, in their fulfillment. Taking as foundation the importance attributed to the work developed by the Family Health Strategy, and the relevance of the practices regarding health education, this study aims to analyze the way in which health education is currently thought in the operative groups and seeks to shed light over the challenges that are faced. Its elaboration was developed through bibliographic review, with the analyses of articles and studies regarding the theme under discussion. It was concluded that it is necessary to actually pay attention to what each component of the group, both user and members of the team, has to offer.

Key words: Operative Groups – Health Education – Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1. Justificativa.....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.3. Metodologia.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO	15
2.1 Da Estratégia Saúde da Família.....	16
2.2 Dos Desafios e Soluções Enfrentados na Implantação de ESF.....	18
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Segundo Braccialli e Vieira (2012), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é, na atualidade, “um espaço em que se constroem as relações junto à família e à comunidade”.

A perspectiva da ESF traz em sua essência a proposta de estabelecer elo de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, fazendo com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (Braccialli e Vieira, 2012).

Na concepção de Munari (2006), a utilização de grupos como estratégia na atenção em saúde na atualidade é cada vez mais difundida, inclusive, com propostas oficiais do Ministério da Saúde e Educação.

Trata-se de entendimento que pode ser observado na própria postura adotada pelo Ministério da Saúde (MS) quando, em 1994, lançou a ESF como uma proposta inovadora, cujo principal objetivo é inovar o modelo assistencial com ênfase para a atenção primária (Braccialli e Vieira, 2012).

Nesse passo, a estratégia de atenção à saúde centrada na promoção e prevenção vem superando o modelo antes implantado com foco na assistência curativa, isso porque, a integralidade, a universalidade e a equidade são princípios que norteiam este novo modelo assistencial na atenção primária (Braccialli e Vieira, 2012).

Uma das estratégias que se busca promover em uma unidade ESF é justamente a educação em saúde, objetivando fazer com que os indivíduos reflitam e busquem o prazer de viver bem, melhorando a sua qualidade de vida e saúde e de sua família (Braccialli e Vieira, 2012).

Para a concretização dessa proposta, a ESF tem buscado realizar a educação em saúde através de grupos, pois estes proporcionam o senso de valorização do indivíduo, a inserção e a identificação deste entre os participantes (Nunes et al, 2012).

É nesse espaço, compreendido mais que uma distribuição geográfica, que se constroem as relações intra e extrafamiliares podendo assim proporcionar o desenvolvimento pela melhoria das condições de vida, permitindo, uma compreensão ampliada do processo saúde doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

Para esta intervenção junto ao indivíduo e a comunidade a promoção, prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos devem ser trabalhadas com abordagem integral em todos seus aspectos de forma dinâmica, autônoma, resolutiva e

atividades em equipe, multiprofissional podem assim, modificar o processo de saúde e doença da coletividade (Almeida, 2003).

Nesse contexto, Ribeiro (2004) descreve que há que se considerar que na proposta da ESF o trabalho em equipe tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades Básicas de Saúde, a visita domiciliar, a integralidade das práticas.

Ocorre que a promoção e efetivação dessa proposta de atenção primária acaba por não atingir o número de pessoas que compõem a área adstrita à ESF. Dentre os motivos observados na prática profissional destaca-se a falta de adesão dos pacientes (Nunes et al, 2012).

Isso porque, como se sabe as equipes de saúde da família são compostas não apenas por médicos e enfermeiros, mas também, por agentes comunitários de saúde (ACS), cujas atribuições compreendem o contato domiciliar com os pacientes da área adstrita (Nunes et al, 2012).

Assim, pretende-se com o estudo a ser desenvolvido abordar os motivos desse desinteresse da população no tocante aos programas de educação em saúde oferecidos pela ESF, bem como apontar possíveis soluções para essa questão.

1.1. Justificativa

A relevância da temática levantada se verifica na medida em que se pode observar por meio de análise bibliográfica em periódicos brasileiros a importância de se discutir sobre a atuação da ESF no trabalho com grupos operativos junto à comunidade, em face dos resultados positivos que se pode obter com esse trabalho.

Assim, é possível ao profissional atuante na estratégia de saúde da família perceber cada vez mais a necessidade de implantação e desenvolvimento dos grupos operativos como uma estratégia a ser modelada pela equipe e ao mesmo tempo ser habituada pela população da área adstrita.

Afinal, a realização deste estudo no âmbito das políticas públicas em saúde com ênfase na atenção primária enfatiza uma questão cuja abordagem correta, ampla e eficaz poderá trazer muito mais benefícios aos pacientes aos quais se destina.

Trata-se, ainda, de estudo cujo tema se liga ao cotidiano de milhões de brasileiros, evidenciando ainda mais a sua relevância.

Além do mais, considerando a extensão da atuação dos grupos operativos no âmbito da ESF em todo o território nacional e a premente necessidade da população de ser esclarecida e de ter acesso a informações relativas aos cuidados com saúde e bem-estar, não se pode afirmar que a discussão acerca do tema estudado já foi esgotada.

Até porque, o que se tem observado é justamente os destinatários do programa acabarem por não aderir a este por diversas razões, seja pela organização do grupo operativo, seja pela equivocada publicidade e incentivo.

Desse modo, a análise realizada a partir deste estudo contribuirá efetivamente para que os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família reflitam não apenas sobre a necessidade de implantação de grupos operativos, mas também da sua organização, a fim de tornar a atenção primária à saúde eficaz e abrangente.

1.2. Objetivos

Com base nestes pressupostos, este estudo tem como objetivo realizar uma análise sobre a necessidade e resolutividade da implantação de grupos operativos como objeto para a promoção e prevenção das ações em saúde na atenção primária.

A implantação de grupos operativos na ESF vai ao encontro das expectativas no âmbito da promoção e prevenção das doenças no contexto das novas políticas públicas em saúde, todavia, a sua eficácia precisa de especial atenção por parte dos profissionais responsáveis pela sua implantação.

Assim, o objetivo dessa pesquisa é analisar a organização dos grupos operativos, bem como os desafios enfrentados pelos profissionais que esses grupos, buscando apontar possíveis soluções para esses problemas.

1.3. Metodologia

A metodologia empregada é de revisão bibliográfica, sendo utilizados artigos publicados em periódicos, disponibilizados em sítios como Portais BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PUBMED; e as bases de dados LILACS, MEDLINE, por exemplo, bem como se tomando como referencial teórico os estudos empreendidos por Nunes et al (2012) e Bracciali e Vieira (2012).

Salienta-se que a análise de bibliografia será variada, sendo que as buscas serão realizadas tanto por descritores de assunto como por palavras-chave presentes no título, resumo e no trabalho, com objetivo de encontrar o maior número de trabalhos sobre a temática.

As palavras-chave e descritores utilizados em português serão: “Grupos Operativos”, “Atenção Primária à Saúde” e “Educação em Saúde”.

De maneira geral, a escolha entre os limites utilizados serão: trabalhos no período de 2006 a 2013 e que tenha resumo disponível. Os critérios de inclusão utilizados serão: pesquisas que tratem de grupos de educação em saúde na ESF e que demonstrem a importância desta prática como ação alvo para promover saúde. Já os critérios de exclusão serão: trabalhos de educação em saúde e/ou grupos operativos que não estejam relacionadas à ESF.

A questão que norteará a análise crítica dos artigos selecionados versará sobre as expectativas da equipe bem como da comunidade na implantação de grupos de educação em saúde, pesquisando também sobre a aceitabilidade desses grupos nas comunidades adstritas.

As publicações encontradas serão selecionadas inicialmente pelo título e resumo. Aquelas que atenderem aos critérios de inclusão serão analisadas na íntegra. Cada artigo será lido pela aluna pós-graduanda e será realizado o fechamento com as respectivas referências bibliográficas de cada estudo selecionado.

Em seguida, a pesquisa prosseguirá com a análise dos assuntos encontrados com posterior discussão da temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Entre os processos de trabalho em saúde e aqueles voltados à circulação de mercadorias e serviços em geral há profunda e notável diferença. Isso porque o trabalho em saúde:

[...] apresenta especificidades, tendo como objetivo de trabalho o homem e visando produzir resultados por meio da satisfação de necessidades, com interação entre as pessoas, as quais precisam ser apreendidas em sua objetividade e subjetividade. Esta última entendida como as relações que cada homem estabelece com o contexto em que vive e consigo mesmo e que são medidas por afetos, repulsa, normatividade, trabalho. (Colomé, 2013, p.38).

Importante registrar a relevância de se levar em consideração o aspecto subjetivo que, conforme se extrai do entendimento de Colomé (2013), se liga aos afetos, repulsas e trabalho do indivíduo enquanto parte de um grupo social.

Ao se levar em conta esses aspectos quando da elaboração das estratégias é culturais, sociais e até mesmo psicológicas do paciente, pois estas influenciam na adesão ao tratamento bem como na compreensão das práticas para prevenção.

Assim, destaca-se a figura do enfermeiro, cujo trabalho se encontra em constante contato com o “processo saúde-doença-cuidado, que é complexo e carregado de valores, sentido e significado, além do conhecimento morfofuncional” (Almeida et al, 2009, p.751 *apud* Colomé, 2013).

Isso porque, o cotidiano do enfermeiro pressupõe contato mais direto e constante, visto que não se resume a prescrições de tratamento, mas também de efetivo cuidado com o paciente.

Nessa seara, Colomé (2013) chama a atenção para a necessidade de que o enfermeiro deve evitar organizar seu trabalho em torno da doença, buscando muito mais conectar-se com o indivíduo por meio de sua vivência sócio cultural.

E é nesse contexto de necessidade de atenção além do mero aspecto fisiológico e imediato, que surge a Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal alicerce o trabalho realizado por equipes formadas por profissionais de diversas especialidades de cuidados em saúde, com destaque para a atuação dos enfermeiros.

2.1 Da Estratégia de Saúde Família: Educação em Saúde

A abordagem proposta pela Estratégia de Saúde Família prioriza justamente o cuidado preventivo que, a mais das vezes, é posto de lado em favor do cuidado curativo.

Para Horta et al (2009, p.294), a criação de estratégia de saúde da família considera “a saúde como um dos elementos da cidadania, como um direito das pessoas que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, e sim de ter uma vida saudável”.

Essa concepção denota a perspectiva do direito à saúde como o direito a uma vida de qualidade como um todo e não apenas ao tratamento de doenças.

Assim, o que se busca com a ESF é “reorientar o modelo assistencial de saúde, almejando a integralidade da assistência da população” (Bracciali e Vieira, 2012, p.413), por meio da valorização dos vínculos criados com a comunidade adstrita, que deve sempre ser estimulada a participar ativamente dos projetos.

Um dos benefícios que se obtém com o desenvolvimento da Estratégia de Saúde Família por meio do trabalho com grupos é justamente o fato de que a sua implantação proporciona “senso de valorização do indivíduo e a inclusão e a identificação entre os participantes” (Bracciali e Vieira, 2012, p.413).

É certo, também, que os princípios norteadores do trabalho desenvolvido com a ESF são os mesmos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: integralidade, equidade e universalidade (Navarro et al, 2012).

Navarro et al (2012) também informam que outros princípios se ligam à criação e desenvolvimento do ESF, a saber: prevenção, promoção e vigilância da saúde, sempre com o intuito de “garantir melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos”.

Importa registrar a importância da família, enquanto núcleo central da organização social, no desenvolvimento de projetos da ESF, uma vez que é nesse âmbito que é possível atingir “uma compreensão ampliada do processo saúde doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social” (Brasil, 1997).

Em suma, a abordagem da ESF é holística, isto é, integral, na medida em que se caracteriza “pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos” (Alves, 2005, p.42).

Ainda, segundo Alves (2005) o objetivo do profissional que se encontra em uma unidade de ESF deve ser o de expandir a assistência, por meio de ações preventivas.

Nessa mesma esteira, Alves (2005) aponta como exemplo a educação para a saúde no momento da “consulta ambulatorial, sem que o paciente espere o momento de encontro do grupo dos hipertensos numa determinada data e horário para receber as referidas orientações: isto expressa integralidade da assistência”.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), a equipe da ESF deverá ser formada por pelo menos um médico da família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, o seu trabalho deve ser desenvolvido junto à equipe de profissionais, bem como em conjunto com a comunidade, supervisionando e assistindo os ACS na execução de seu trabalho (Brasil, 1997).

Alves (2005) destaca a educação em saúde como recurso para implantação de uma abordagem integral da saúde da família, sendo certo que os locais onde o que se propõe é oferecimento de atenção básica em saúde constituem:

contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde [...] pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (Alves, 2005, p.43).

Do ponto de vista histórico, a educação em saúde, inicialmente, era apresentada à população de maneira vertical e higienista, pautada por um discurso biologicista, que desconsiderava os aspectos socioculturais e políticos para enaltecer apenas as práticas higiênicas individuais a fim de solucionar os problemas de saúde (Alves, 2005).

Soares e Ferraz (2007) alertam para o fato de que é indispensável aos profissionais de saúde “a discussão e a aprendizagem sobre os fenômenos grupais, com a finalidade de compreender os fundamentos teóricos da dinâmica grupal e ampliar o seu olhar sobre o grupo”.

As autoras lançam luz sobre a maneira pela qual o grupo se organiza, elencando como características principais: o dinamismo, a reflexão, e a democracia (Soares e Ferraz, 2007).

Por dinamismo, pode-se entender o ato de permitir e incentivar a interação e a comunicação, a fim de se desenvolver a criatividade das ideias apresentadas; lado outro, a reflexão se manifesta na possibilidade de se buscar compreender o que pode obstaculizar os trabalhos desenvolvidos; por fim, a democracia se evidencia na autonomia do grupo que busca organizar e colocar em prática as idéias desenvolvidas (Soares e Ferraz, 2007).

No que tange à democracia e ao dinamismo que devem estar presentes na estrutura da ESF, Navarro et al (2012) destacam a importância de se estabelecer comunicação eficaz entre os membros da equipe e os pacientes.

Essa interação entre os membros da equipe no âmbito interno e destes com os usuários é o que pode fazer a diferença na adesão da comunidade adscrita aos grupos operativos e, conseqüentemente, à ESF (Soares e Ferraz, 2007).

Soares e Ferraz (2007) trazem importante diferenciação no tocante à adesão da comunidade adscrita à Estratégia Saúde da Família, a saber: afiliação e a pertença, que se ligam “ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa”.

Segundo os autores, “enquanto a afiliação indica apenas uma aquiescência em pertencer ao grupo, a pertença envolve um sentimento de identificação com o grupo” (Soares e Ferraz, 2007).

Assim, não basta que as pessoas integrem a comunidade adscrita e se disponham a comparecer aos postos de atendimento. É preciso que aquelas se identifiquem com o trabalho realizado e se sintam parte do processo de fomento à educação em saúde.

Com essas considerações, a educação em saúde por meio da ESF, pode ser definida como:

[...] a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, estimulando a identificação coletiva das origens dessa realidade, pretendendo, junto com os sujeitos, desenvolver planos de ação para a modificação desta realidade (Bracciali e Vieira, 2012, p.413).

Portanto, o que se busca com a educação em saúde é atribuir ao paciente-cidadão o papel de protagonista no melhoramento de sua qualidade de vida, por meio de esclarecimentos e compartilhamento de experiência e conhecimento.

2.2 Dos Desafios e Soluções Enfrentados na Implantação de ESF

A criação de Estratégia Saúde da família surge com a descentralização das políticas públicas de saúde (2013), a partir do momento em que os municípios passam a serem os responsáveis pelas políticas de saúde pública por meio da chamada regionalização.

Segundo Santos (2013):

a regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, posto que intrinsecamente é derivada dos princípios de universalidade e equidade (Santos, 2013, p.28).

Isso implica dizer que a organização e distribuição dos recursos voltados para a saúde são de responsabilidade regional, o que, pelo menos em tese, importa em maior foco e atenção às peculiaridades de cada região atendida pelos municípios.

Todavia, há problemas como, por exemplo, políticas tímidas no tocante à gestão do trabalho, bem como investimentos insuficientes e, ainda, “constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera em face das influências e interferências do setor privado no SUS, em todo processo de regionalização” (Santos, 2013).

Essas questões, de ordem política, tornam mais desafiador o trabalho dos profissionais que desejam a implantação de programas de qualidade, bem como a organização de grupos operativos que realmente possam fazer a diferença nas comunidades adscritas.

Inobstante os problemas de natureza político-econômica, é certo que a expansão do ESF é fator que favorece a equidade e universalidade da assistência, uma vez que a implantação das equipes tem priorizado comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (Alves, 2005).

Ocorre que um dos principais desafios encontrados na obtenção de resultados eficazes e eficientes é a abordagem que é feita da educação em saúde nos grupos adscritos da ESF.

No âmbito interno da ESF, enfrentam-se desafios no tocante à comunicação, bem como na resistência dos membros das equipes à mudança de paradigmas e na implantação de novas formas de educação em saúde (Alves, 2005).

E, se não há adesão dos próprios membros da equipe, é certo que a população que compõe a comunidade adscrita se sentirá ainda menos propensa a aderir aos programas propostos.

Isso porque a comunicação havida entre profissionais e usuários se pauta em discurso meramente informativo, no qual “o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde” (Alves, 2005).

Alves (2005) salienta o fato de que a adoção dessa postura biologicista por parte dos profissionais acaba por criar a suposição de que os usuários estão suficientemente capacitados para tomar decisões no tocante à prevenção de doenças, podendo adquirir e colocar em prática novos hábitos e condutas tendo por base tão somente as informações recebidas.

O que se observa do estudo empreendido por Alves (2005) é que inobstante se fale de uma mudança de paradigma, no sentido de que a educação em saúde deve buscar abordagem integral e horizontal, ainda se observa na prática que as equipes de ESF ainda abordam os pacientes de maneira vertical, o que acaba por reduzir a adesão da comunidade aos seus programas.

Horta et al (2009) também consideram que a verticalização e tradicionalismo na postura adotada pelos profissionais acarreta complicados processos de retrocesso quanto à adesão da comunidade adscrita aos programas oferecidos pela equipe de ESF.

Para Soares e Ferraz (2007), a resistência dentro dos grupos operativos se evidencia:

nos medos básicos de perda e de ataque; isto é, de um lado, o medo de perder o que já se tem – até mesmo a própria identidade - e que se relaciona a uma ansiedade depressiva, e, de outro, o medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranóica ou persecutória (Soares e Ferraz, 2007,p.03).

Trata-se, pois, de postura que apresenta clara ligação com a resistência dos profissionais que formam as equipes de modificarem a maneira como os pacientes são abordados no tocante à educação em saúde.

Isso implica dizer que o medo da mudança, de se adotar postura diferenciada quanto à abordagem dos pacientes causa desconforto aos profissionais que formam as equipes, na medida em que isso os faz sair de uma situação da qual se sentem no controle, para uma situação de incertezas.

Todavia, é certo que em um grupo no qual as experiências de cada membro vêm somar para o seu enriquecimento, há que se buscar estar em constante processo de reorganização e reflexão.

Para Soares e Ferraz (2007, p.05): “é necessário que se proceda a revisão - em um sentido imaginário, a destruição - de seus ideais para que se possa reconstruí-los no contexto, procurando a realização da tarefa”.

Desse modo, há que haver cooperação entre os membros da equipe e a comunidade adscrita, a fim de se construir um modelo de estratégia de atenção à saúde da família que se adéque a cada realidade e peculiaridade regional.

Todavia, é possível que ao se buscar a articulação das demandas individuais e coletivas, surja certa competitividade entre os membros da equipe. Para solucionar este problema Soares e Ferraz (2007) sugerem a flexibilização dos papéis, a fim de se atingir aquilo que os autores denominam cooperatividade.

Desse modo, conclui-se para que atingir tal objetivo há que haver “ajuda mútua e se dá mediante o desempenho de diferentes papéis e funções” (Soares e Ferraz, 2007).

A cooperação juntamente com a comunicação se opõem à resistência e à competitividade na medida em que os membros da equipe são incentivados a “atuar quando se é cúmplice (ou não ser cúmplice daquilo de que se discorda)” (Soares e Ferraz, 2007, p.06).

Outro desafio que deve ser enfrentado no âmbito da ESF são os chamados processos transferenciais, definidos por Soares e Ferraz (2007) como “um processo de atribuição de papéis ao outro com base nas expectativas inscritas na vida psíquica do sujeito”.

Em situações como essa, observa-se que a postura dos profissionais de saúde em relação aos membros da comunidade se pauta por um discurso de aqueles não se sentem corresponsáveis pela qualidade de vida destes, “culpam-nas pelos insucessos e não adesão aos cuidados, considera as pessoas como as únicas responsáveis pelas suas condições de saúde” (Bracciali e Vieira, 2012, p.416).

Trata-se, no entanto, de uma manifestação da resistência já abordada anteriormente, na medida em que ao individualizar a culpa, os membros da equipe adotam visão biologicista e vertical, ao invés de tentar explicar os problemas de saúde como resultantes de “uma combinação de determinantes socioeconômicos e culturais expressos no coletivo” (Bracciali e Vieira, 2012).

Outro problema apresentado por Bracciali e Vieira (2012) é o fato de que “os grupos são realizados como divulgação de informações de uma forma fragmentada e desconectada com a realidade sociocultural e econômica da pessoa”.

As autoras apontam que a causa deste problema é o despreparo dos profissionais que reclamam da falta de adesão aos grupos educativos, todavia, ressaltam que “o que pode parecer interessante para o profissional talvez pode não ser para a pessoa” (Bracciali e Vieira, 2012).

Horta et al (2009) observam, ainda, que a baixa adesão das comunidades acontece porque o grupos educativos são organizados de acordo com o interesse do profissional, deixando a desejar no tocante ao atendimento das necessidades da comunidade adscrita.

Como solução, Navarro et al (2012) afirmam que cada peculiaridade trazida pelos membros da equipe devem ser somados aos objetivos que se busca atingir na ESF.

Assim, o planejamento dos programas desenvolvidos no grupo operativo devem ter como principal objetivo a sensibilização da comunidade destinatária da ESF, com vistas a obter a sua adesão e a sua pertença, não mais apenas a afiliação (Bracciali e Vieira, 2012 e Soares e Ferraz, 2007).

Isso porque, as diferenças de cada pessoa que integra a equipe, com sua história particular, talentos e personalidade, pode servir à elaboração de projetos que terão maior eficácia quando de sua implantação (Navarro et al, 2012).

Bracciali e Vieira (2012) apresentam como solução o trabalho desenvolvido por alguns profissionais que buscam estimular, por meio da criticidade o despertar da consciência das pessoas para que estas passem a adquirir mais autonomia e conseqüentemente, mais qualidade de vida.

Segundo as referidas autoras, trata-se de uma abordagem construtivista, em contrapartida ao modelo tradicional que vem sendo implantado pelos grupos operativos da ESF, sendo que tal abordagem reconhece a autonomia de cada indivíduo e valoriza a sua contribuição no sentido de tornar melhor determinada realizada.

O maior trunfo do modelo construtivista é o fato de que a aprendizagem acontece por meio de situações cotidianas, utilizando-se de métodos que incentivam participação ativa dos indivíduos, possibilitando “a vivência de relações afetivas e efetivas entre pessoa-pessoa. As relações são horizontais não ocorrendo subordinação ou relação de poder” (Bracciali e Vieira, 2012).

Desse modo, as relações travadas entre os usuários e os profissionais que compõem a equipe de ESF passam a se pautar em colaboração e cooperação mútuas, na medida em que indivíduos que integram os grupos passam a ser valorizados.

Diante do estudo empreendido é possível concluir que embora se possa falar em melhoria no quesito quantidade, ainda é preciso aprimorar a ESF apresentada à população no tocante à qualidade do serviço prestado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação da Estratégia Saúde da Família surge como resposta a questionamentos surgidos diante do modelo tradicional de atenção à saúde básica oferecida à população, objetivando a promoção da saúde de maneira integral, somando-se ao cuidado médico destinado ao tratamento de doenças.

Sua principal característica é a elaboração de programas de educação em saúde que visam à prevenção e à melhora da qualidade de vida das chamadas comunidades adscritas, por meio da organização em grupos operativos.

As equipes que compõem a ESF são formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que devem trabalhar juntos, a fim de oferecer aos usuários atenção básica em saúde de qualidade e com resultados mais eficazes do que apenas o tratamento de doenças já instaladas.

Dentre os desafios enfrentados pelas equipes de atenção à saúde está a baixa adesão da comunidade adscrita, cujas causas são descritas na literatura como sendo resultantes da falta de comunicação, bem como em função do apego a práticas já ultrapassadas no tocante à educação em saúde.

Outro importante fator que precisa ser levado em conta quando da análise dos motivos pelos quais a comunidade não adere de fato aos grupos operativos da ESF é a transferência, situação na qual os membros da equipe esperam que apenas repassando informações aos usuários, estes já terão plenas condições de colocá-las em prática.

Trata-se de situação que reclama imediata mudança de comportamento, na medida em que essa postura vertical, com mero repasse de informações, remonta perspectivas tradicionalistas, biologicistas e que não coadunam com um modelo contemporâneo, construtivista, que demanda participação ativa dos indivíduos e a valorização da cultura local.

Desse modo, se a eficiência dos grupos operativos depende da adesão dos usuários, é certo que ao abordá-los e incentivá-los a participar dos grupos é necessário mais do que apenas realizar estudos e pesquisas, repassando informações.

É necessário realmente atentar para o que cada componente do grupo, tanto usuários quanto membros da equipe, têm a oferecer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Irismar de. **Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família**. In: Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 25, nº. 2. Maringá, 2003. pp. 227-235. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/223>>. Acesso em 06/01/2014.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. In: Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 10/02/2014.

BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; VIEIRA, Tamara Queiroz Vieira. **A Concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos**. In: Rev APS. 2012 out/dez; 15(4): 412-420. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/1751>>. Acesso em: 06/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 06/01/2014.

COLOMÉ, Isabel dos Santos. **Prática Clínica das Enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família: Exercendo a Clínica do Cuidado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/75980>>. Acesso em: 02/02/2014.

HORTA Natália de Cássia et al. **A Prática de Grupos como Ação de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família**. In: Rev. APS, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 06/02/2014.

MUNARI, Denize Bouttelet; MOTA Kátia Alexandrina Matos Barreto. **Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos**. In: Rev Eletron Enferm, 2006, 8(1):150-161. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/931/1128>>. Acesso em: 06/01/2014.

NAVARRO, Adriana Santana de Souza; GUIMARÃES, Raphaella Lima de Souza Guimarães; GARRANHANI, Maria Lúcia **Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família**. In: Rev Min Enferm. jan/mar 2012; 17(1): 61-68. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 06/01/2014.

NUNES, Joyce Mazza et all. **A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde**. In: Rev. Rene. 2012; 13 (5): 1084-91. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1164>>. Acesso em: 06/01/2014.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** In: Cad. Saúde Pública, 2004, 20(2). Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 06/01/2014.

SANTOS, Adriano Maia. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <www.fiocruz.br>. Acesso em: 10/02/2014.

SOARES, Sônia Maria; FERRAZ, Aidê Ferreira. **Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde Soares.** In: Esc. Anna Nery R Enferm 2007 mar; 11 (1): 52 - 7. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100007>. Acesso em: 06/01/2014.