

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

**LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DOS GRUPOS
OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma revisão integrativa**

MONALIZA SANTOS FABRINI

Belo Horizonte
2014

MONALIZA SANTOS FABRINI

**LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DOS GRUPOS
OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma revisão integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração Enfermagem na Atenção Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Souza

Belo Horizonte
2014

MONALIZA SANTOS FABRINI

**LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DOS GRUPOS
OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma revisão integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde Coletiva, área de
concentração Enfermagem na Atenção Básica,
da Universidade Federal de Minas Gerais.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a. Vânia de Souza

Amanda Nathale Soares

Joice Silva Rodrigues Cardoso

Data de aprovação: ___/___/_____

Belo Horizonte
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas, idosos, homens, mulheres, adolescentes e crianças que, apesar das dificuldades que enfrentam para sobreviver e, apesar do descaso, reinventam cotidianamente formas de resistência e de vida, que me surpreendem e me faz admirá-los, com eles me fazem aprender e trabalhar.

AGRADECIMENTOS

Considerando esta monografia como resultado de uma caminhada que não começou na UFMG, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje.

E agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho:

Aos meus pais, que num prelúdio de amor, me fizeram vida; que me ensinaram a viver com dignidade, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação. A vocês, não bastaria dizer que não tenho palavras para agradecer quem eu sou. Mas é o que acontece agora, quando procurei uma forma verbal para exprimir uma emoção. Uma emoção que dificilmente as palavras traduziriam.

Ao meu irmão, Blenner e cunhada Regiane, pelo carinho e compreensão.

Ao meu namorado, Sheldon, por estar ao meu lado nos momentos em que mais precisei e pela paciência; que fez do meu sonho seu próprio objetivo e de meu objetivo sua própria luta.

Aos mestres: ser mestre não é apenas lecionar, ensinar o conteúdo programado. Ser mestre é ser orientador e amigo, guia e companheiro, é caminhar com o aluno passo a passo. É transmitir aos alunos os segredos da caminhada. Ser mestre é ser exemplo de dedicação, de doação, de dignidade pessoal, de vitória, de luta e de amor. Agradeço a você Vânia, por ser tudo isso e pelo seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta monografia.

A Idade de Ser Feliz

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,
somente uma época na vida de cada pessoa
em que é possível sonhar e fazer planos
e ter energia bastante para realizá-las
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente
e desfrutar tudo com toda intensidade
sem medo, nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar
e recriar a vida,
a nossa própria imagem e semelhança
e vestir-se com todas as cores
e experimentar todos os sabores
e entregar-se a todos os amores
sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem
em que todo o desafio é mais um convite à luta
que a gente enfrenta com toda disposição
de tentar algo NOVO, de NOVO e de NOVO,
e quantas vezes for preciso.

Essa idade tão fugaz na vida da gente
chama-se PRESENTE
e tem a duração do instante que passa.

Autor: Desconhecido

RESUMO

INTRODUÇÃO: No contexto da produção científica sobre os Grupos operativos que permeiam a vida dos profissionais, gestores, usuários destacam-se os estudos que abordam dificuldades e limitações, trazendo discussões sobre o que acontece que não se chega a um resultado satisfatório. **OBJETIVO:** É analisar as evidências disponíveis na literatura sobre os limites e as dificuldades enfrentados pelos enfermeiros para a realização dos Grupos Operativos nas Unidades Básicas de Saúde, nas principais revistas de enfermagem brasileiras. **METODOLOGIA:** Estudo de revisão integrativa de artigos publicados entre janeiro de 1999 a dezembro de 2012, em 07 periódicos, e ao total 10 artigos, classificados como Qualis A1, A2, B1 e B2, disponíveis online. **RESULTADO:** Inicialmente, selecionaram-se 40 artigos que traziam no título, nas palavras-chave ou no resumo os termos enfermeiro, enfermagem, programa saúde da família, estratégias saúde da família, educação em saúde em Revistas de Enfermagem e Saúde. Destes, ficaram 10 que definiram a amostra final da presente revisão. Predominou a abordagem qualitativa e o uso dos descritores como referencial teórico. Em sua maioria autores correspondem a enfermeiros, um docente do curso de graduação em enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo revelou mais similaridades que divergências entre as produções, além de sinalizar para necessidade de incremento de publicações da enfermagem envolvendo discussões sobre os grupos operativos.

Descritores: Enfermeiro, Educação em Saúde, Programa saúde da Família, Estratégia saúde da família, Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the context of scientific literature on the operating groups that permeate the lives of professionals, managers, users stand out studies on the difficulties and limitations, bringing discussions about what happens if they do not reach a satisfactory outcome and the need for recognition as a public health problem. The importance of this knowledge as a guiding tool broader view of nursing on this phenomenon led to this production. **OBJECTIVE:** The integrative review is to examine the evidence available in the literature on the limits and difficulties faced by nurses to achieve the Operational Group in Basic Health Units in the major journals of Brazilian nursing. **METHODS:** Study integrative review of articles published between January 1999 and December 2012 in 07 journals, and total 10 articles, Qualis classified as A1, A2, B1 and B2, available online. **RESULTS:** Initially, we selected 40 articles that bore the title, keywords or abstract terms the nurse, nursing, family health program, family health strategies, health education in Nursing and Health magazines were these 10 that defined the final sample of this review. Predominant qualitative approach and the use of descriptors such as theoretical framework. Authors in their majority are nurses, a professor of graduate courses in nursing. **CONCLUSION:** This study revealed more similarities than differences between the productions, in addition to signal need to increase nursing publications, involving discussions of the operating groups.

Keywords: Nurse, Health Education Program, Family Health, Family Health Strategy, Nursing.

SUMÁRIO

Introdução	09
Objetivos	14
Metodologia	15
Resultados	17
Discussão.....	20
Considerações Finais	27
Referências Bibliográficas	29
Apêndice	32

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve seu marco inicial em 1986, com a reforma sanitária que, juntamente com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, de 1988, propôs uma reforma administrativa e a unificação das instituições e do serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde (MS, 1991). O Ministério seria de tal forma responsável pela condução e pela gestão de toda a política de saúde do país.

Ainda em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira a saúde ficou estabelecida como “direito de todos e dever do estado”, tendo todo brasileiro, garantido por lei, o acesso às ações de prevenção de agravos /doença, promoção e recuperação da saúde. Nessa Constituição, o (SUS) passa a ser regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (MS, 1991).

O princípio doutrinário da universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal. A equidade vem assegurar as ações e os serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer. A integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços têm que ser capaz de prestar assistência integral (MS, 1990).

A partir então desses princípios doutrinários foi promulgada a lei 8.080/90 – “Lei Orgânica da Saúde”, que regulamenta o SUS. Segundo essa lei, a saúde não pode ser mais considerada como a ausência de doenças, sendo determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer. Na lei 8.142/90, passa também a ser regulamento a participação da comunidade na gerência do SUS, por meio das conferências e dos conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse processo é também destaque a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB's), Portaria Nº 2.203 de 5 de novembro de 1996, que redefine o modelo de gestão

do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema (nacional, estadual e municipal). Por meio desse instrumento jurídico-institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, torna-se possível aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional, além de regular as relações entre os seus gestores e normalizar o SUS (CORDEIRO, 1996).

As várias experiências somadas à constituição do SUS (BRASIL, 1988) e à sua regulamentação (BRASIL, 1990) também possibilitaram a construção de uma política de atenção básica à saúde, que tem, como alguns de seus destaques, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida de forma participativa com a comunidade.

Na portaria nº. 2.448 de 21 de outubro de 2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, a definição conceitual da estratégia da atenção básica é definida como se segue (BRASIL, 2011):

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006).

Na atenção básica, é destaque o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente definido como Estratégia saúde da família (ESF), visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Como estratégia tem-se por objetivo a reorganização da atenção primária sem uma previsão de fim, bem como a manutenção dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2012).

O PSF teve início em 1991, com o Programa dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS) cuja finalidade era contribuir para a redução das taxas de mortalidade infantil e materna. A partir da experiência acumulada com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar

a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (BRASIL, 2001).

Em 1993, o Ministério da Saúde concebe o PSF como uma estratégia que visa a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O objetivo é reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997). Também tem por objetivo “... imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997).

O PSF é definido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expressa na melhoria das condições de vida. No que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ E, 1996).

A ESF é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe (BRASIL, 1997). Uma de suas principais ferramentas para promoção da saúde, prevenção (primária ou secundária) de doenças e garantia da integralidade é exatamente a possibilidade de realização do trabalho em grupo.

Tais equipes são formadas por no mínimo: um Médico generalista, especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; um Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; por um auxiliar ou técnico de enfermagem; e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, à equipe podem ser acrescentadas profissionais em saúde bucal. Cada equipe é responsável, teoricamente, pelo acompanhamento de um número definido de famílias (máximo de 4 mil habitantes), localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL,2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada pelo Artigo 1º da portaria nº. 687 de 30 de março de 2006. Uma das estratégias para se atingir o objetivo de promoção da saúde, de melhoria qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, é o investimento na educação em saúde (BRASIL,2006).

Historicamente, a educação em saúde tem se construído no contexto do desenvolvimento do campo da saúde coletiva, como prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, mais recentemente, encontra-se referendada na proposta da promoção da saúde (OMS, 1978).

Nesse contexto histórico, a promoção da saúde e a relevância das práticas educativas na atuação dos serviços de saúde já estavam configuradas desde 1976, na

Conferência de Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata (OMS, 1978). A partir de 1986, o termo promoção da saúde é oficializado pela OMS, na Carta de Ottawa, sendo definido como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, em que a educação em saúde coloca-se como atividade essencial ao cuidado da saúde das populações. Esse cuidado deve ser promovido tanto por meio do senso de identidade individual, de dignidade e de responsabilidade, quanto por meio da solidariedade e da responsabilidade comunitária (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Entre os meios utilizados para a educação em saúde nas unidades básicas de saúde tem-se, como destaque, os Grupos Operativos (GO), empregados nesses serviços por profissionais de diversas áreas, embora o enfermeiro tenha sido o precursor dessa prática nas unidades básicas de saúde.

O conceito de Grupo Operativo foi criado pelo psicanalista Franco-Argentino Pichon-Riviére, em meados de 1945, devido à ocorrência de uma greve de enfermagem no hospital psiquiátrico em que trabalhava. A partir desse episódio, começou a estudar os fenômenos grupais e daí estruturou o conceito de Grupo Operativo tal como se segue:

um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõem de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa, que constitui finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de adjudicação (entregar os outros o que é seu) e assunção (assumir o que é dos outros para si) de papéis.(Pichon-Riviére,1998)

Nesse conceito, as necessidades são comuns a todas as pessoas que se articulam com a finalidade de alcançar uma tarefa.

Os GO podem ser denominados terapêuticos, quando centrados na cura e de aprendizagem quando o enfoque é a aquisição de conhecimento (PICHON-RIVIÉRE, 1998). Os GO trabalham na dialética do ensinar-aprender. O trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, em que elas ao mesmo tempo em que aprendem são também sujeitos do saber, fazendo troca de experiência e sentindo um momento de construção conjunta do conhecimento entre o profissional e os participantes da ação educativa. Para a realização de um GO é essencial o estabelecimento destes três elementos M: Motivação para a tarefa; Mobilidade dos papéis a serem desempenhados; Mudanças que se fazem necessárias (PICHON-RIVIÉRE, 1998).

No histórico de realização dos GO, nas unidades básicas de saúde, é destaque o papel da (o) enfermeira (o), considerando o grande investimento na realização de práticas

educativas em saúde nos currículos de graduação em enfermagem, especialmente nas disciplinas relacionadas à saúde coletiva, à atenção básica e às práticas pedagógicas. Ainda hoje, mesmo que se reconheça que a educação em saúde está fazendo parte das atribuições de outros profissionais da ESF, é por meio do profissional enfermeiro que essa prática vem sendo majoritariamente desenvolvida nas unidades básicas de saúde (CIAMPONE, 2000).

Apesar de os GO terem importância primordial na ESF e terem como destaque uma forte atuação da (o) enfermeira (o) nas unidades básicas de saúde, a literatura aponta limitações importantes que têm prejudicado o incremento dessa prática por parte desse profissional (CARDOSO et al, 2008; 2009; FERNANDES et al; 2008; 2009; CARVALHO, 2009). Para que tais limitações possam ser cada vez mais reduzidas, tendo em vista a ampliação e uma maior efetividade das práticas educativas na atenção básica, considera-se imprescindível a realização de um levantamento sistematizado e analítico das barreiras e dos entraves reportados na literatura que têm prejudicado o desenvolvimento das ações educativas realizadas pela (o)s enfermeira (o)s nos GO.

Tal levantamento seria uma forma de contribuição para que os GO possam ser realizados, tanto pela (o)s enfermeira (o)s quanto por outra (o)s profissionais de saúde, de forma efetiva e condizente com os objetivos propostos pelo MS, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade.

2. OBJETIVOS

- Identificar os artigos que abordam limites e dificuldades enfrentados pela (o)s enfermeira (o)s para a realização dos GO nas Unidades Básicas de saúde, publicados em revistas nacionais no período de 1999 a 2012.
- Conhecer as características dos artigos que abordam limites e dificuldades enfrentados pela (o)s enfermeira (o)s para a realização dos GO nas Unidades Básicas.
- Analisar os limites e as dificuldades enfrentados para a realização dos GO realizados pela (o)s enfermeira (o)s nas Unidades Básicas de Saúde.

3. METODOLOGIA

Neste estudo, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada. Permite inclusões de estudos experimentais e não experimentais, combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (GALVÃO et al., 2002).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. A seguir descreveremos essas etapas, tendo como referencial os estudiosos desse método, que preconizam a construção da análise a partir de seis etapas: a) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados e; f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

A questão norteadora foi: O que tem sido veiculado nos periódicos nacionais de enfermagem e saúde sobre os limites e as dificuldades enfrentados pelos enfermeiros para realização dos grupos operativos nas unidades básicas de saúde?

Os critérios de inclusão foram publicações de periódicos nacionais que apresentavam no título, no resumo ou nas palavras-chave os termos enfermeiro, enfermagem, programa saúde da família, estratégias saúde da família, educação em saúde; publicações correspondentes ao período de janeiro de 1999 a dezembro de 2012; disponibilizados na base de dados LILACS, sendo a língua pesquisada o português.

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca na referida base de dados foi realizada a partir dos seguintes descritores: enfermeiro, enfermagem, programa saúde da família, estratégias saúde da família, educação em saúde.

Após o levantamento dos artigos, foram obtidos os resumos de todos os estudos; em seguida promoveu-se a leitura e a avaliação da sua pertinência para esta revisão.

Os critérios de exclusão utilizados foram: periódicos não acessíveis *online*, resumos que não apresentavam os objetivos previamente definidos.

Na busca inicial, foram encontrados 40 artigos. Dos materiais selecionados por meio da leitura dos resumos disponíveis, excluíram-se 30 publicações. Ao final apenas dez definiram a amostra final da presente revisão.

Inicialmente, os artigos foram tabulados por: ano de publicação, descritores e autores. Em seguida, em uma segunda triagem, foram selecionados os artigos que abordavam os descritores pré-definidos. Do total de descritores extraídos, foram selecionados os referentes a programa saúde da família, estratégia saúde da família, enfermeiro, enfermagem, educação em saúde. A seleção dos textos foi realizada com a leitura dos resumos referentes aos descritores selecionados e apenas nos casos em que a informação no resumo não era suficiente para as classificações requeridas é que se procedia à leitura integral do manuscrito.

Do total de artigos investigados, foram selecionados aqueles que apresentavam no resultado temas referentes aos limites e às dificuldades dos enfermeiros para a realização dos GO. Tais artigos foram reclassificados segundo os tipos de estudo; autoria; instrumento ou técnica de coleta; forma de tratamento dos dados; fontes de dados; cenário, sujeitos do estudo; resultado concernente aos limites e às dificuldades enfrentados pela (o)s enfermeira (o)s para a realização dos Grupos Operativos nas Unidades Básicas de Saúde.

4. RESULTADOS

Inicialmente, foram selecionados 12 periódicos, com um número correspondente a 40 artigos que apresentavam um ou mais dos seguintes descritores: enfermeiro, enfermagem, programa saúde da família, estratégias saúde da família, educação em saúde; no campo de pesquisa de dados LILACS.

Na tabela 1, é possível observar que dos 12 periódicos os classificados em Qualis A foram os que apresentaram maior número de publicações considerando os descritores acima especificados. A revista com maior número de publicações foi a Revista Latino-Americana de Enfermagem (10), seguida pelas revistas da Escola de Enfermagem da USP (05), Revista Acta Paulista de Enfermagem (04) e Revista Brasileira de Enfermagem (03).

Os periódicos de classificação B1 que tiveram um número de publicações significativo foram: Revista de Enfermagem da UERJ (06), Revista Gaúcha de Enfermagem (03) e Revista Cogitare Enfermagem (03).

Tabela 1 – Periódicos que utilizam os descritores com suas classificações

Nome Periódico	Classificação	N de artigos
Revista Latino Americana de Enfermagem	A1	10
Acta Paulista de Enfermagem	A2	04
Revista Brasileira de Enfermagem	A2	03
Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	05
Escola Anna Nery	B1	02
Revista Enfermagem UERJ	B1	06
Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	03
Revista Cogitare Enfermagem	B2	03
Revista Ciência e Saúde Coletiva	B2	01
Nursing	B2	01
REME. Revista Mineira de Enfermagem	B2	01
Revista Instituto de Ciências da Saúde UNIP	-	01
Total		40

Dos dez artigos analisados dois foram da Revista Latino Americana de Enfermagem (Qualis A1) um da revista da Escola de Enfermagem da USP (Qualis A2) três da Revista Enfermagem UERJ (B1). Os outros 04 artigos foram identificados em 04 diferentes revistas com apenas uma publicação em cada um delas (tabela 02).

Tabela 2 – Periódicos com suas classificações que fazem parte do trabalho

Nome Periódico	Classificação	N de artigos
Revista Latino Americana de Enfermagem	A1	02
Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	01
Revista Enfermagem UERJ	B1	03
Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	01
Revista Cogitare Enfermagem URPR	B2	01
Revista Ciência e Saúde Coletiva	B2	01
Revista Instituto de Ciências da Saúde UNIP	-	01
Total		10

Os autores correspondem a 24 enfermeiros, docentes de cursos de graduação em enfermagem e em um deles havia também a autoria de um aluno do curso de graduação em enfermagem da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

Dos dez artigos analisados, quatro apresentavam o termo enfermeiro como descritor, três estratégias saúde da família, programa saúde da família, educação em saúde e enfermagem. Nota-se que não é encontrado grupo operativo como descritor em nenhum dos artigos, este termo como descritor não existe no DeCS.

Quanto ao tipo de estudo, observou-se que a maioria era de natureza qualitativa (7) e Revisão Bibliográfica (2).

Quanto aos sujeitos da pesquisa, entre os artigos classificados como estudos empíricos foram oito, os sujeitos em sua maioria foram enfermeiros (5), profissionais das equipes de saúde da família (3), usuários (1) e discentes e docentes (1).

Dos instrumentos e das técnicas utilizadas para coleta dos dados a entrevista foi citada em 7 dos artigos, em 2 a observação, e a revisão de artigos nacionais em 2.

Quanto às limitações e às dificuldades, algumas foram semelhantemente apontadas em cinco artigos sendo referente à falta de formação, ao despreparo da (o)s enfermeira (o)s para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde e à insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. Em outros cinco foram também apontadas a falta de diálogos e de escuta do profissional em relação aos participantes do grupo bem como a falta de troca dos saberes, de participação popular, de respeito e

autonomia entre os profissionais e usuários. A influência da cultura curativa, centrada na doença, exclusivamente na prevenção das doenças, foi também apontada como limitação importante para uma maior efetividade dos GO. Em quatro artigos, a limitação foi relacionada à falta de planejamento das atividades a serem realizadas, sendo esse item bastante discutido. Também foram apontadas em outro artigo as dificuldades concernentes ao acesso dos usuários aos serviços ou locais das atividades, a baixa escolaridade dos participantes do grupo, a falta de adesão e aceitação das atividades pelos participantes, isto é, usuários do serviço, a falta de assiduidade e de pontualidade dos participantes, a grande demanda dentro dos centros de saúde, o perfil dos profissionais – alguns deles não têm perfil para o trabalho no âmbito da saúde coletiva – a sobrecarga de trabalho, a falta de capacitação e de educação permanente, falta de visão do gestor e a carência de conhecimentos deste sobre a política de Estratégia Saúde da Família.

No apêndice 1, quadro 1, há apresentação dos aspectos metodológicos e uma síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa.

5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, podemos observar que o enfermeiro é o profissional que mais realiza as práticas educativas no PSF, relatam inúmeras dificuldades e limitações para conduzir essa prática.

Destaca-se a cultura dos profissionais, a resistência à mudança e à aceitação de um novo modelo assistencial. A educação em saúde no entendimento desses profissionais resume-se basicamente a transmitir para a população informações, conhecimentos e práticas consideradas saudáveis e que previnam as doenças. Ou seja, ensinar a população o que é correto para não adoecer (TORRES e ENDERS, 1999). Como relatou ANTERO e VIEIRA, 2009, a educação em saúde centra-se na prevenção de doenças, que, em um artigo, foi abordada em relação à predominância de um dos modelos assistenciais. Segundo a colocação de Rodrigues e Santos (2010), fica evidente que, na prática, ainda permanece o modelo assistencial de atenção à saúde centrada no atendimento médico, no qual predomina uma visão biologista do processo saúde-doença, voltando-se preferencialmente para as ações educativas. Ainda concluem que as ações da equipe de saúde, incluindo as ações de enfermagem, estão ou deveriam estar articuladas a processos educativos. Enfermeiros não servem só para entregar medicamentos, medir pressão ou dar injeção, mas devem modificar pessoas através da interação. Nesse mesmo artigo é falado que se o objetivo é o fortalecimento das populações para que as classes sociais possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa, mas dialógica e emancipatória.

O primeiro estudo analisado foi realizado com 16 enfermeiros da ESF. Nele, as autoras ressaltam que “esses profissionais desenvolvem ações educativas embasadas por duas vertentes de modelos de educação. Uma vertente segue o modelo tradicional/hegemônico e outra o modelo dialógico/problematizado. Em relação à primeira vertente, as autoras afirmam que “o discurso do enfermeiro mostrou resquícios do enfoque da educação em saúde pautada no modelo sanitário brasileiro prescritivo, com ênfase no controle das doenças e capaz de intervir no comportamento da população”. O seu objetivo é tentar modificar comportamentos considerados prejudiciais à saúde. Sobre a segunda vertente, as autoras asseguram que “alguns enfermeiros se mostraram bastante preocupados com a participação da população como agente ativo no processo saúde-doença. Veem as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas

pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade. Conclui-se que o modelo considerado ideal não é o mais usado, principalmente porque os enfermeiros não têm formação para isso.

Em três estudos que têm uma diferença de dez a onze anos, em nada foi modificado o pensamento. Foram estudos realizados com enfermeiros e profissionais da equipe, nos quais se observou que a dificuldade na realização de GO não difere entre os profissionais; é relatada partindo de todos os profissionais. Faz-se necessário o conhecimento dos propósitos da estratégia por todos os membros da equipe e especialmente pela comunidade que, com isso, pode começar a mudar o modelo e o entendimento sobre os grupos operativos. A população tem ainda o pensamento de que atendimento em saúde é baseado na consulta médica e, prioritariamente, individual; que a prescrição de medicamentos é a principal alternativa concreta de atendimento às suas necessidades de saúde e não estão percebendo as outras atividades, principalmente o trabalho educativo e as ações coletivas, como formas de melhorar e qualificar a saúde. Abrahão e Freitas (2009) salientam que os temas abordados com mais frequência nos grupos educativos revelam um caráter delimitado e centrado na prevenção de doenças. Esse dado indica a importância de investimento na busca por novos modos de cuidar que articulem, nesse espaço grupal, questões sociais, históricas, culturais, além da prevenção de doença.

Outra importante limitação na prática de grupos refere-se à falta de preparação dos profissionais para a prática de educação, o despreparo para o manejo dos grupos. Os profissionais encontram dificuldades para lidar com sentimentos humanos e interações que afloram no grupo, lançam mão de improvisação e tem profissionais que não tiveram nem contato com esse conteúdo na graduação, por conta às vezes de terem se formado há mais tempo ou de não fazer parte da grade de disciplinas; às vezes não sabem o que é grupo operativo, nem quem é o autor responsável pela base teórica. Silva MA et al (2006) destacam que a falta de domínio de tecnologia para a condução de grupos em serviços de saúde entre enfermeiros decorre, em grande parte, do enfoque clínico individual ainda predominante na formação profissional. Em experiências com docentes observou-se um significativo privilégio de conteúdos biológico-clínicos em detrimento de aspectos sociais, emocionais e comportamentais, nos cursos de graduação em enfermagem. Assim, o ensino teórico-prático centra-se, preferencialmente, na assistência planejada e executada individualmente. Eles ainda relatam a estratégia do PSF que cria condições

para a construção de um novo modelo assistencial mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário, pois concebe a atenção à saúde focalizada na família e comunidade, utilizando práticas voltadas para novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e a comunidade. “O profissional do PSF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, resolutiva”.

É interessante encaixar aqui o perfil dos profissionais que não foi tão mencionado, mas que influencia muito no despreparo, porque existem profissionais que entram para o programa saúde da família, mas não se encaixam nesse perfil. A alta rotatividade pode também indicar que esses profissionais não possuem perfil para o trabalho no âmbito da saúde coletiva, possivelmente, como resultado da formação acadêmica: os médicos em sua maioria são formados no modelo flexneriano, voltado para o atendimento das especialidades, e não dos problemas de saúde enfrentados pela população e da integralidade da assistência (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, 2005). A alta rotatividade é bem pontuada em um dos artigos quando se fala que: Foi desenvolvida em oito Unidades do PSF de Cuiabá, que tinham à época da coleta dos dados, mais de dois anos de funcionamento (na nossa experiência considera-se esse tempo o mínimo necessário para a consolidação do trabalho da equipe).

Outra limitação que compromete o desenvolvimento do trabalho com grupos mencionado é o não aparecimento do diálogo, a falta de escuta, de troca de saberes, de participação popular, desrespeito à autonomia de cada um. Heringer et al (2007) afirmam que as falas continuam impondo ordens e costumes aos usuários, não permitindo o diálogo e a troca de saberes. Não há a valorização do saber do outro e o estímulo à criação de vínculos. Os temas e as prioridades são definidos pelas equipes que não incentivam a participação popular e a autonomia. Abrahão e Freitas (2009) realizam um trabalho para que isso comece a mudar; dessa forma, o convite individual constituiu o reconhecimento do usuário como um sujeito, responsável pela sua forma de andar na vida, ao mesmo tempo em que configura um ato de acolhimento e de respeito. Trabalharam para a constituição e a formação de vínculo combinando três elementos: o convite individual, personalizado pelo agente comunitário de saúde, o que permitiu também uma maior aproximação da comunidade e a participação da equipe de saúde; a discussão coletiva das atividades e das questões dos temas dos encontros; e o espaço de acolhimento das questões que circulam na vida. Uma tríade que articula a capacidade de interação comunicativa entre dois sujeitos, sem subjetivação de ambas as partes. Já em

outro artigo, Silva MA et al (2006) salientam que essa prática profissional atende à lógica utilizada pelos gestores locais, que, a despeito dos princípios do SUS, cobram resultados centrados no modelo biomédico, não favorecendo assim o desenvolvimento de atividades que estimulam a participação da comunidade. Assim sendo, é extremamente importante que os enfermeiros e os profissionais em geral interessem-se pelo que acontece na comunidade e com os usuários para que possam planejar melhor suas atividades, escutar, tratar cada um com suas individualidades. Conforme os pensamentos de Aciloli et al (2012), os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, devem estar sistematicamente avaliando e reorientando o planejamento das ações a serem desenvolvidas a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificadas. O profissional de enfermagem deve assumir-se como educador, olhar o contexto em que está e no qual estão as pessoas de que ele cuida e construir com elas, e, a partir delas, um processo sistemático e contínuo de diálogo para buscar a saúde. Os artigos focam suas dificuldades e todas elas acabam voltando-se no modelo que não é mudado e nem o pensamento do usuário.

Outra limitação que compromete o desenvolvimento do trabalho com grupos refere-se à falta ou à má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais, financeiros. A inadequação ou a falta do espaço físico faz com que os profissionais, como alternativa, utilizem ambientes externos (ROCHA et al, 2010). Nesse contexto, os resultados encontrados como outros aspectos relevantes para a produção de saúde, atrelados ao ambiente, relacionam-se a fatores como iluminação adequada, suficiente circulação de ar, garantia de privacidade, que se tornam imprescindíveis para a qualidade do trabalho. Por outro lado, o desenvolvimento das atividades grupais em ambientes impróprios, que não assegurem a existência dos fatores referidos, poderá ocasionar a desmotivação dos profissionais no desempenho das mesmas, além de interferir negativamente na participação da comunidade. Torres e Enders (1999) apontaram a necessidade urgente de uma infraestrutura que seja capaz de atender às expectativas dos serviços quanto às ações a serem desenvolvidas, e da própria população quanto à minimização dos seus problemas de saúde. Em relação à falta de materiais, observa-se que as equipes de Saúde da Família não dispõem de todos esses recursos para viabilizar o trabalho com grupos, como mídias, vídeos, filmes e outros, disponibilidade de materiais educativos (panfletos, álbuns seriados, folders) (ROCHA et al, 2010). Além disso, deve-se evitar as palestras. A falta de planejamento é uma limitação que decorre desse modelo que insiste em ser assistencial e que se caracteriza por falta de preparação, de perfil,

rotatividade, sobrecarga de trabalho, grande demanda espontânea, atividades esporádicas, ambiente, assiduidade e pontualidade. Rocha et al (2010) confirmam que é necessário um planejamento das atividades em grupo com a finalidade de evitar repetição nas ações trabalhadas. Assim, favorece-se a assiduidade, a pontualidade e a compreensão das informações por parte dos clientes. Nessa direção, para o planejamento das atividades em grupo, é necessário, ainda, um ambiente com estrutura física adequada para comportar um coletivo, de maneira a propiciar bem-estar aos participantes. Silva et al (2006) ainda completam: um dos obstáculos para a realização de atividades grupais é a falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais que se propõem a coordenar grupos. Outros aspectos também dificultam essa prática: locais impróprios, pouca participação dos membros do grupo, exigência formal para a sua realização, a centralização no coordenador, conteúdos que despertam pouco interesse, predeterminação dos temas e ausência de informações técnicas sobre operacionalização de grupos nos manuais do MS. Segundo Abrahão e Freitas (2009), a coordenação de grupos educativos remete a um trabalho cuidadoso de observação, de sensibilidade e de criatividade, com as diferentes singularidades presentes em interação constante. Nesse movimento, é incluída a organização prévia das atividades, no sentido de construir um espaço, uma referência a ser alcançada, em que se faz necessário um planejamento das ações que serão desenvolvidas, sem, contudo, perder os acontecimentos presentes durante o encontro. Isso significa que o planejar é algo dinâmico e interage constantemente com o movimento da grupalidade.

Falando ainda de despreparo, insensibilidade e falta de envolvimento e apoio dos gestores, para Silva et al (2006), o trabalho deveria ser dessa forma: além de profissionais preparados, sensibilizados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da população de forma consciente nos serviços de saúde, torna-se necessário o apoio imprescindível dos gestores, favorecendo as práticas de construção dessa participação, conforme proposta do SUS. Algumas estratégias podem ser elaboradas de forma conjunta pelos gestores, profissionais e representantes da comunidade para discussões de temas como: condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença; concepção de saúde; necessidades de saúde; organização dos serviços; responsabilidade da União, Estado e municípios com o SUS; e participação e controle social. Esses temas seriam abordados pelas equipes de saúde da família, nas diferentes atividades grupais que acontecem na comunidade, e principalmente naquelas que ocorrem de forma sistemática nas unidades de saúde, escolas e igrejas.

A sobrecarga de trabalho e a população espontânea comprometem as agendas de atividades, tornando-se um problema. Silva et al (2006) destacam a gama de atividades que os profissionais de saúde do PSF têm que desenvolver. Soma-se a isso a concepção da população e dos gestores sobre atenção à saúde centrada na ação do médico com predominância no consumo de exames e de medicamentos, dificultando a participação dos profissionais em atividades educativas.

A educação permanente, que é algo que deveria ter e ser questionado, foi citada em um artigo publicado em 2012, bem recente, provavelmente porque antigamente não se discutia tanto sobre esse tema. Segundo Roecker et al (2012), os enfermeiros ressaltaram que a existência de educação permanente e de cursos que estimulem os trabalhadores é uma alternativa para reduzir as dificuldades no desenvolvimento da ação educativa e que, por meio deles, se pode despertar o interesse nos profissionais em trabalhar a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde dos usuários e suas famílias.

Silva et al (2006) explicitam que, se admitimos que os aspectos terapêuticos não se dissociam dos de aprendizagem, como afirma Pichon-Rivière, e que os grupos exercem uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais, podemos acreditar que o PSF possibilita espaços estratégicos de mudança. Assim, a realização dos grupos nessas unidades poderia ser instrumento privilegiado para a transformação necessária e inerente a esse modelo assistencial, considerando: os múltiplos referenciais do processo saúde-doença e os conhecimentos neles envolvidos, tanto dos profissionais como da população; as raízes dos problemas de saúde dos participantes, articulando-os com os demais setores de políticas sociais; a relação com outros grupos organizados da comunidade, buscando solução para os problemas vivenciados; a adoção de novas estratégias de educação em saúde que se aproximem da proposta da educação popular, incorporando a noção de apoio social, sem perder a perspectiva de transformação das condições de vida e de saúde da população; a relação dos aspectos legais da organização do SUS com as necessidades em saúde dos participantes do grupo; a adoção da perspectiva dialógica de educação em saúde, pois essa favorece contemplar o princípio da integralidade, ao considerar os participantes do grupo como portadores de saberes sobre os seus processos saúde-doença-cuidados e de condições concretas de vida.

Em um artigo mais recente, Rocha et al (2010) afirmam que o processo de trabalho na ESF abarca atividades em grupo com a finalidade de proporcionar suporte aos clientes em períodos de mudanças, tratamento ou crises e de oferecer auxílio para adaptação a comportamentos mais saudáveis. Para tanto, os profissionais utilizam-se do

compartilhamento de experiências entre os clientes que vivenciam situações semelhantes e as expõem nas atividades grupais como meio de prevenir doenças e promover saúde. Eles falam da importância do trabalho em grupo e do compartilhamento de informações e vivências. Se não se trabalha em grupo, esse trabalho rende menos, tornando-se uma dificuldade. Se as pessoas não compartilham, não se cria uma “cumplicidade”; é mais fácil que o paciente fale se sabe que outros têm o mesmo problema dele. Além disso, o PSF proporciona um espaço de vivência e principalmente aproximação dos agentes de saúde e a população, fomentando a construção da autonomia no cuidado, acolhimento e atendimento em saúde baseado nas necessidades da população. E, dessa forma, apresenta-se como o “espaço” potencial para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras (HERINGER et al, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou mais similaridades que divergências entre as produções, além de sinalizar para a necessidade de incremento de publicações da enfermagem envolvendo discussões sobre os grupos operativos.

A abordagem com grupos operativos vem crescendo ao longo dos anos, em especial na enfermagem, demonstrando o despertar do enfermeiro para esse enfoque e ampliando o campo de atuação em áreas como educação e saúde, ensino, assistência e gerenciamento de equipes. Como coordenador de grupo, o enfermeiro deve estar preparado para realizar intervenções, levando em consideração a dialética grupal, ou seja, os movimentos que ocorrem nas diferentes etapas vivenciadas coletivamente, e, assim, favorecer a solução de dilemas, visualizando e contribuindo na elaboração e na resolução de contradições.

Há que se considerar que enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos e agentes comunitários de saúde das equipes do PSF têm formações diferentes, vêm de classes sociais diferentes, têm história de vida e visões de mundo diferentes. Alguns possuem especializações, outros treinamentos na área de Saúde Pública e ainda outros, nenhuma coisa nem outra. Com esse perfil, são inseridos em uma equipe do Programa e desenvolvem relações de trabalho em que se pressupõem ações em uma equipe com objetivos comuns, que pode realizar um trabalho que teoricamente está embasado na compreensão de conceitos sobre saúde, equipe, participação popular entre outros; conceitos ampliados, abstratos e incompreensíveis para muitos. Frente a esses aspectos, os conflitos, as divergências e os interesses corporativos são evidenciados e a realização dos objetivos do trabalho em saúde é colocada em segundo plano, às vezes levando a um distanciamento das reais necessidades da população.

Este estudo mostrou que os enfermeiros, se por um lado querem encontrar estratégias para intervir na realidade de saúde, ainda mantêm, por outro lado, uma prática cotidiana voltada para ações pré-estabelecidas e cuidados quando a doença já está instalada. As concepções que fundamentaram a organização da assistência à saúde centrada na assistência individual e curativa estão ainda presentes, apesar dos conflitos e das lutas para se estabelecer uma nova forma de agir em saúde.

O sucesso e os resultados dependerão do envolvimento dos profissionais na construção das iniciativas de mudanças, bem como no acompanhamento e no apoio no sentido de sua sustentabilidade. Espera-se com isso uma melhor compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre a importância e o grau de colaboração necessária para o fortalecimento das atividades grupais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; FREITAS, Carla Sueli Fernandes; **Modos de Cuidar em Saúde Pública: O Trabalho Grupal na Rede Pública de Saúde**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3): 436-41.

ACIOLI, Sonia et al. **Educação em Saúde e a Enfermagem em Saúde Coletiva: Reflexões Sobre a Prática**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4): 533-6.

ATERO, Maria de Fátima Sousa Machado; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha: **Educação em Saúde: Perspectiva da Equipe de Saúde da Família e Participação do Usuário**. Rev. Latino-Am. Ribeirão Preto vol.17 no. 2 Enfermagem março / abril 2009 Artigo em Português | LILACS | ID: 561982

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v.134, n. 216, nov. 1996. Seção 1, p.22932-22940

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº687, de 30 de março de 2006. Brasília, v.7, n. 3 ,mar.2006.

CIAMPONE, mht; PEDUZZI , m. **Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa de Saúde da Família**. Ver Bras Enferm. 2000; 53(esp): 143-7.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

CORDEIRO, H. **O PSF como Estratégia de Mudança do Modelo Assistencial do SUS**. Caderno de Saúde da Família. 1996 jan - jun, p.5-10.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em www.Dab.saude.gov.br/atencobasica.php. Acessado em 17/12/2013

FERNANDES, Maria Teresina de Oliveira et al . **Utilização de Tecnologias no Trabalho com Grupos de Diabéticos e Hipertensos na Saúde da Família**. Ciênc. saúde coletiva vol.16supl. 1 Rio de Janeiro 2011.

GIL CRR. **Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: Paradoxos e Perspectivas**. Cad Saude Publica. 2005 mar-abr; 21(2): 490-8.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lúcia Aparecida. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.** Rev Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n.5, Set/Out, 2002.

HERINGER, Ariádina et al. **Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28(4): 542-8.

LEVCOVITZ E; GARRIDO N.G. **Saúde da Família: a Procura de Um Modelo Anunciado.** Cad SF, 1996, jan-jun, 1998.

MENDES KDS; SILVEIRA RCCP; GALVÃO CM. **Revisão Integrativa: Método de Pesquisa Para Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem.** Texto contexto – enferm. 2008; 17(4): 758-764.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Assessoria de Comunicação Social, ABC do SUS/MS.** 2º ed. Brasília (DF): MS, 1991

MINISTERIO DA SAÚDE (BR). **Doutrinas e Princípios. ABC do SUS/MS.** 1º Ed. Brasília (DF):MS,1990

MINISTÉRIO DE SAÚDE (BR). **Saúde da Família: Uma Estratégia Para a Reorganização do Modelo Assistencial.** Brasília (DF): MS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Genebra, 1978.

PICHON-RIVIÉRE. **O processo grupal.** São Paulo. Martins Fontes, 1998.

POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Disponível em www.portal.saude.gov.br Acessado em 04/12/2013

PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55 REVOGA A PORTARIA MS/GM Nº 648, DE 28-03-2006

PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55

ROCHA, Laureize Pereira et al. **Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: Um estudo A partir da Percepção das Enfermeiras.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2): 210-5.

RODRIGUES, Davi; SANTOS, Vilmar Ezequiel dos. **A Educação em Saúde na Estratégia saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científica no Brasil.** Health Sci Inst. 2010; 28(4):321-4

ROECKER, Simone et al. **Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Dificuldades e Perspectivas de Mudanças**. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no. 3 São Paulo June 2012

SILVA, Maria da Anunciação et al. **Enfermeiros e Grupos em PSF: Possibilidade para Participação Social**. Cogitare Enferm 2006 mai/ago; 11(2): 143-9

TORRES. Gilson de Vasconcelos; ENDERS, Bertha Cruz. **Atividades Educativas na Prevenção da AIDS em uma rede Básica Municipal de saúde: Participação do Enfermeiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.7 n.2 Ribeirão Preto abr. 1999

APÊNDICE

QUADRO 1

Quadro 1: Apresentação dos aspectos metodológicos e síntese dos Artigos incluídos na revisão integrativa

Título do artigo Título	Autores	Periódico	Sujeitos do estudo	Metodologia	Dificuldades	Resultados
Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças	Roecker,S. et al	Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.3 São Paulo June 2012	Enfermeiros que atuam na ESF	Pesquisa qualitativa descritivo-exploratória. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros que atuam na ESF, no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas no mês de abril de 2010, as quais foram submetidas à análise de conteúdo.	Enfermeiros enfrentam diferentes dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde referente aos usuários, aos membros da equipe multiprofissional, aos gestores e à insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros, dentre os quais se destacam: falta de aceitação e adesão às atividades educativas; cultura curativa; baixa escolaridade dos usuários; acessibilidade dos usuários e da equipe; grande demanda espontânea; perfil dos profissionais da equipe; sobrecarga de trabalho; formação profissional; falta de educação permanente; falta de recursos; visão do gestor e carência de conhecimento deste sobre a política da Estratégia	Enfermeiro precisa conhecer as limitações no que diz respeito à prática educativa na Estratégia Saúde da Família (ESF) e por meio delas buscar alternativas para superá-las, de forma a desenvolver essa ação, que não deve ser considerada somente como uma atividade a mais a ser realizada nos serviços de saúde, mas principalmente como prática que alicerça e reorienta toda a Atenção Primária à Saúde.

Atividades Educativas na Prevenção da AIDS em uma rede Básica Municipal de saúde: Participação do Enfermeiro	Torres e Enders	Rev.Latino-Am. Enfermagem v.7 n.2 Ribeirão Preto abr. 1999	Enfermeiros que atuam em UBS	Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, que objetivou caracterizar a atuação educativa dos enfermeiros que implementam o programa de prevenção e controle das DSTs/AIDS, realizada nas unidades básicas de saúde, com 10 (dez) enfermeiras que atuavam desenvolvendo ações educativas na prevenção da AIDS. Utilizou-se um roteiro de entrevista estruturado. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.	Saúde da Família (ESF). Dificuldades das Pesquisadas com Entendimento pouco diversificado, restrito, tradicional e formal da educação em saúde, com uma visão comportamentalista e abordagem de repasse de informações. Programa possui ações insuficientes, as atividades são pouco abrangentes, sem objetividade, de natureza acrítica e não conduzem as mudanças necessárias. Ações educativas desenvolvidas tem como características a falta de planejamento, não envolvimento da equipe, atividades isoladas e esporádicas, com utilização de abordagens comportamentalista.	Uma reavaliação conjunta dos objetivos, metas, estratégias e ações educativas a serem implementadas, capacitação dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do programa e a alocação de recursos materiais necessários. Promover discussões amplas sobre o programa envolvendo os profissionais, comunidade e coordenação central.
Educação em Saúde: Perspectiva da Equipe de Saúde da Família e Participação do Usuário	Antero e Vieira	.Rev. Latino-Am. Ribeirão Preto vol.17 no.2 Enfermagem março / abril 2009	Usuários do Serviço e Profissionais do Programa Saúde da Família	Estudo qualitativo de usuários e profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), no município de Crato, Ceará, Brasil. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e observação, entre maio e	Serviços ainda estão focados no doente. Praticante direciona suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde para qualquer patologia. Ações de Educação em Saúde são restritos a jogos, ou seja, as práticas foram	ESF também deve conversar com os usuários e buscar outras formas de mobilização. As práticas dos profissionais de saúde na área de PSF, ainda precisa ampliar sua compreensão de educação para a saúde e do uso de

				setembro de 2005, foi organizada pela análise de conteúdo com base na literatura.	planejadas pelas equipes, de modo a cumprir o cronograma da equipe do programa, com determinado dia e hora, e capaz de ser na própria unidade ou outro espaço designado área. Processo educativo é limitado a sessões educativas programadas sem ser pensado como práticas permanentes e contínuas realizados em PSF cotidiana. Ações de gerenciamento de serviços de Educação em Saúde. Em relação à participação dos usuários em atividades dentro do Programa de Educação em Saúde, a divergência entre as narrativas de profissionais e usuários. Não, pelos usuários, já existem relatos de troca de ideias e experiências na prática.	estratégias de ensino que são culturalmente significativos, com o objetivo de participação e decisão de mudar o comportamento de saúde os usuários são livres e conscientes.
Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: Um estudo A partir da Percepção das Enfermeiras	Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV.	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2): 210-5.	Enfermeiras	Pesquisa descritiva do conteúdo dos depoimentos dos sujeitos. Este estudo é de corte transversal ao processo de trabalho desencadeado nas atividades em grupo da ESF, de caráter exploratório, analítico e	Planejamento das atividades em grupo com a finalidade de evitar repetição nas ações trabalhadas. Assiduidade, pontualidade e compreensão dos usuários. Um ambiente	Necessidade de planejamento, pois são várias práticas realizadas em um mesmo encontro. Periodicidade mensal é considerada satisfatória. Espaço físico faz-se necessário para o desenvolvimento

				descritivo.	com estrutura física adequada para comportar um coletivo, de maneira a propiciar bem-estar aos participantes. Iluminação adequada, suficiente circulação de ar, garantia de privacidade, que se tornam imprescindíveis. verificou-se a realização de atividades distintas nos encontros grupais, O desenvolvimento de ações lúdicas agregadas às informações da temática a ser trabalhada ,Escuta e Vínculo.	pleno das atividades.Diversidade de práticas desenvolvidas, nos grupos, compreendendo ações curativas, dialógicas e lúdicas, sendo que uma não exclui a outra e todas convergem para a assistência integral ao cliente. Ações criativas e motivadoras.
A Educação em Saúde na Estratégia saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científica no Brasil	Rodrigues D e Santos VE	J Health Sci Inst. Rodrigues D, Santos VE. 2010; 28(4): 321-4	Artigos Nacionais	Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, retrospectiva, com abordagem qualitativa através da revisão bibliográfica de artigos nacionais.	Falta de formação dos profissionais da equipe de enfermagem voltada para uma mudança de paradigma profissional para a prática da Educação em Saúde. Despreparo e desmotivação dos profissionais frente às exigências de mudanças no paradigma hegemônico. Dicotomia entre o estabelecimento de um novo modelo dialógico/problematizador e a predominância do	Ampliarem os estudos e pesquisas sobre o tema. Discussão sobre a inserção da Educação em Saúde com base em um modelo dialógico e emancipatório nas práticas cotidianas do profissional enfermeiro no contexto da ESF. Necessidade de capacitação profissional dos enfermeiros frente às possibilidades de desenvolvimento de práticas advindas da Educação em Saúde.

					modelo tradicional centrado em concepções biomédicas.	
Práticas Educativas Desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro	Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS.	Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28(4): 542-8.	Enfermeiros do Programa Saúde da Família	Estudo descritivo de natureza qualitativa. Coleta de dados foi realizada em 2004, tendo sido aplicados o método de observação e a entrevista semiestruturada com 12 enfermeiros das unidades de PSF. Da análise de conteúdo, foram construídas as seguintes categorias: tipos de práticas educativas, abordagem de educação e saúde tradicional e não tradicional.	Os enfermeiros não buscavam identificar o conhecimento da população assistida, informou o fato da existência de uma grande demanda, o que dificultava trabalhar de forma mais participativa e que incentivasse a troca de experiências como desejavam. Prática vertical em meio a um discurso teórico de uma prática diferenciada com estratégias de trabalho em grupo e consulta coletiva. Nada tem de diferente da tradicional. Continuam impondo ordens e costumes aos usuários, não permitindo o diálogo e a troca de saberes. Não há a valorização do saber do outro e o estímulo à criação de vínculos. Os temas e as prioridades são definidos pelas equipes que não incentivam a participação popular e a autonomia.	Buscar articulação entre a teoria e a prática associando o nosso saber ao nosso fazer e incorporando no cotidiano da enfermagem práticas educativas transformadoras. Repensem as suas práticas educativas e incorporem a avaliação em seu cotidiano. Ambientes de formação profissional em saúde devem se preocupar em preparar o enfermeiro voltado para o campo da Saúde Coletiva. Construir processos de educação permanente e, assim, prepará-los para a consolidação do SUS. Enfermeiros reconheçam a necessidade de mudar, de valorizar o saber do outro, através da escuta e da participação ativa dos sujeitos envolvidos nas ações de saúde.
Modos de Cuidar	Abrahão AL,	Rev. enferm.	Docentes e discentes e	Trabalhamos com grupo	Diferentes singularidades	É necessária a construção

em Saúde Pública: O Trabalho Grupal na Rede Pública de Saúde	Freitas CSF.	UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3): 436-41.	profissionais da unidade saúde da família.	educativo na rede básica, a partir da articulação entre a universidade e serviço de saúde, via projeto de ensino e extensão. Partimos, para instituir o grupo foco da análise, de uma dupla necessidade. Uma vinculada ao serviço e a segunda, da academia. A proposta foi constituída por docentes e discentes da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde, linha sujeito, tecnologia e linguagem no trabalho em saúde, disciplina Saúde Coletiva II, e profissionais de uma das unidades de saúde da família, no Município de Itaboraí.	presentes no grupo, a vontade de interação, a responsabilidade e o respeito pela autonomia de cada um dos envolvidos. Assegurar a promoção de saúde e, ao mesmo tempo em que se estimula a reflexão, ampliar a capacidade do grupo para solucionar os problemas. Várias abordagens teóricas nesse campo. Os temas abordados com mais frequência nos grupos educativos revelam um caráter delimitado e centrado na prevenção de doenças.	coletiva de novos agenciamentos que provêm na grande maioria dos casos da experiência partilhada no grupo. Este modo de ação grupal incentiva a reivindicação social e a luta por melhores condições de vida e de saúde. Elementos sempre presentes na dinâmica daquela grupalidade. O grupo educativo concorre para o debate de outras formas de lidar e conviver com a doença. Um espaço de construção coletiva e singular de cuidar na vida.
Enfermeiros e Grupos em PSF: Possibilidade para Participação Social	Silva,MA et al	Cogitare Enferm 2006 mai/ago; 11(2): 143-9.	Enfermeiros do Programa Saúde da Família	Pesquisa descritiva em oito Unidades do PSF de Cuiabá, que tinham à época da coleta dos dados, mais de dois anos de funcionamento. A técnica de coleta de dados foi a	Locais impróprios, pouca participação dos membros do grupo, exigência formal para a sua realização, a centralização no coordenador, conteúdos que despertam pouco interesse,	Além de profissionais preparados, sensibilizados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da população de forma consciente nos serviços de saúde, torna-se

				entrevista semiestruturada com os enfermeiros dessas unidades, que realizavam atividades educativas em grupos, a partir das seguintes questões Norteadoras.	predeterminação dos temas e ausência de informações técnicas sobre operacionalização de grupos nos manuais do MS. Algumas dessas dificuldades são também observadas em nossa experiência. Destacamos que a falta de domínio de tecnologia para a condução de grupos em serviços de saúde entre enfermeiros decorre, em grande parte, do enfoque clínico individual ainda predominante na formação.	necessário o apoio imprescindível dos gestores favorecendo as práticas de construção dessa participação, conforme proposta do SUS. Algumas estratégias podem ser elaboradas de forma conjunta pelos gestores, profissionais e representantes da comunidade para discussões de temas como: condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença; concepção de saúde; necessidades de saúde; organização dos serviços; responsabilidade da União, Estado e municípios com o SUS, e participação e controle social. Esses temas seriam abordados pelas equipes de saúde da família, nas diferentes atividades grupais que acontecem na comunidade, e principalmente naquelas que ocorrem de forma sistemática nas unidades de saúde, escolas e igrejas.
Educação em Saúde e a Enfermagem em	Acioli S, David HMSL, Faria	Rev. enferm. UERJ, Rio de	Artigos Nacionais	Revisão bibliográfica de artigos nacionais.	Falta de compartilhamento do	A prática metodológica dialética; o trabalho

Saúde Coletiva: Reflexões Sobre a Prática	MGA.	Janeiro, 2012 out/dez; 20(4): 533-6.			conhecimento. Falta de confiança, dialogo respeito. Ação educativa como dimensão pedagógica da prática da enfermagem. Confusão entre educar e informar.	desenvolvido a partir da realidade local; a ênfase em processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas; o uso de múltiplas linguagens, incluindo a arte; a postura permanente de estudo e pesquisa durante o processo educativo; o planejamento coletivo das ações educativas; a avaliação processual. A realização desse tipo de proposta pressupõe incorporar às práticas educativas os conhecimentos produzidos pelos sujeitos envolvidos, educativas. A proposta teórico-metodológica que orienta a prática educativa, descrita neste trabalho, pressupõe a necessidade de uma reorientação permanente da ação, o que implica um processo de planejamento dinâmico. Ou seja, os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, devem estar sistematicamente avaliando e reorientando o planejamento das ações
---	------	--	--	--	---	---

						a serem desenvolvidas a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificadas.
Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família	Fernandes M,Lilian BS,Sônia S	Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011	Profissionais da equipe: três técnicos de enfermagem (enfermagem de nível médio - ENM), dez enfermeiros, quatro médicos, uma assistente social e uma docente de fisioterapia.	Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada nas unidades básicas de saúde de um distrito sanitário do Município de Belo Horizonte (MG). Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.	Ausência de tecnologia baseada em conhecimentos técnicos, dinâmicas, além do em prego de folders, cartazes, álbuns seriados e outros, em que o aspecto relacional é fundamental para estabelecer o conhecimento bilateral, compartilhando as culturas e o cuidar. Objetivos ainda não estão claros para o profissional durante a escolha da técnica a ser utilizada no grupo. Carência e baixa utilização de mídias como vídeos e filmes, dificuldade, na prática, de abordar o aspecto relacional e dialógico.	Primeiro passo é a sensibilização para a necessidade de se respeitar as diferentes dimensões socioculturais que formatam a visão de mundo de cada pessoa. Não obstante, o cuidado se efetivará na cumplicidade entre profissional de saúde e cliente, utilizando-se do conhecimento popular e científico e da interatividade com a outra Tecnologia deve trazer consigo algo que seja interessante e atrativo para maior efetividade do cuidado na perspectiva de grupo. Ao mesmo tempo, deve facilitar a escuta, o acolhimento, a integração e o vínculo, considerando crenças e valores e a disseminação do conhecimento bilateral de culturas e do cuidar.