

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO DE GRUPOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Health education: primary health care workgroups

Valesca Pastore Dias<sup>1</sup>, Denise Tolfo Silveira<sup>2</sup>, Regina Rigatto Witt<sup>3</sup>

## RESUMO

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença. Este é um artigo de atualização que tem por objetivo divulgar um protocolo elaborado para dar suporte às equipes multiprofissionais que integram as Estratégias de Saúde da Família e são usuárias do Projeto Telessaúde - Rio Grande do Sul. Foram utilizados os referenciais de grupo operativo de Torres *et al.* (2003), o conceito de grupo, as atribuições do coordenador e os papéis grupais de Osório (2000) e os pressupostos de trabalho em grupo preconizado por Campos (2000) no Método da Roda. Estes referenciais possibilitaram a construção proposta para as etapas de planejamento, de dinâmica e de avaliação de grupos na área assistencial. Este construto poderá ser utilizado em diferentes realidades pelos diversos profissionais de saúde na Atenção Primária.

**PALAVRAS CHAVES:** Educação em saúde. Grupos de Auto-ajuda. Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade. A ação educativa na atenção primária estabelece-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando densamente as atividades que os profissionais de saúde

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) workgroups are an alternative to assistance health practices. PHC environment fosters continuous personal and professional improvement of all involved, by acknowledging skills and creatively influencing the illness-health process. This is an update paper, which aims to report a protocol designed to support the Family Health Strategy multiprofessional teams, which are users of the Tele-Health Project - Rio Grande do Sul. This protocol was developed based on the operative groups described by Torres *et al.* (2003), with the group concept, coordinator's roles and group roles of Osório (2000) and the team-work assumptions defined by Campos (2000) for the Wheel Method. These references allowed for the stages of planning, dynamics and group evaluation to be proposed for the catchment area. This paper could be used in different scenarios by different PHC professionals.

**KEYWORDS:** Health Education. Self-help Groups. Primary Health Care.

realizam no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários (WITT, 2005). Bons resultados nesse campo vão contribuir para diminuir a procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando-lhe maior satisfação com seu autocuidado.

É importante que o profissional de saúde saiba identificar quais problemas necessitam de um trabalho de educação em saúde. O sujeito portador de necessidades é sempre biológico, social e subjetivo. O sujeito é também histórico. Por isto, a avaliação das necessidades não deve ser somente epidemiológica, mas também social e subjetiva. As situações

<sup>1</sup> Valesca Pastore Dias, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil ULBRA- Canoas RS. Enfermeira do Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul. (Telessaúde RS) Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: valesca.enf@gmail.com

<sup>2</sup> Denise Tolfo Silveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta. Doutora em Ciências. Membro do Comitê Gestor do Projeto Telessaúde Polo RS

<sup>3</sup> Regina Rigatto Witt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta. Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Membro do Comitê Gestor do Projeto Telessaúde Polo RS

nas quais a educação em saúde se aplica são aquelas que exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os problemas de saúde.

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

No contexto da atenção básica no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição da equipe no Programa de Saúde da Família. Estudos sobre o trabalho na atenção básica refletem a diversidade das práticas desenvolvidas com grupos compostos por clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas (MAGALHÃES, 1991); de puericultura, pré-natal e planejamento familiar, bem como de sala de espera, de asma e oficinas terapêuticas (THUMÉ, 2000); em grupos extramuros específicos: sobre enchentes, sobre meningite (JACOMO, 1999).

O trabalho dos profissionais de saúde se desenvolve direta ou indiretamente vinculado a grupos humanos. Em diversas situações, estão presentes as influências da interação destes com grupos sociais (família e comunidade). O modelo de reuniões em grupos tem sido uma forma adequada de auxiliar na promoção da compreensão de situações enfrentadas pelo indivíduo, como a gestante. A participação dos casais e de sua família com enfoque em esclarecer dúvidas, tranquilizar os temores e orientar sobre as modificações fisiológicas da gravidez, sobre o processo da parturição e sobre os cuidados com o recém-nascido favorece a troca de experiências e ajuda a desfazer o ciclo de ansiedades e temor (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Entretanto, em uma busca de artigos baseados em evidências na base de dados da Cochrane, ([HTTP://www.mrw.interscience.wiley.com-cochrane\\_search\\_fs.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com-cochrane_search_fs.html)) foram encontrados poucos artigos sobre a eficácia do trabalho em grupo em atenção primária no mundo. Um destes estudos foi realizado por Deakin *et al.* (2005), com ensaios clínicos controlados, e avaliou programas de grupos educativos com diabetes Tipo 2 em comparação com a rotina de tratamento. Estes autores concluíram que o grupo de educação para autoconhecimento e gestão de cuidados foi eficaz na melhoria das taxas de glicemia em jejum e hemoglobina glicada, na redução dos níveis de pressão arterial sistólica e do peso corporal, bem como na exigência do uso de medicação.

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

A elaboração deste artigo justifica-se pelo baixo número de publicações com evidências científicas sobre a temática proposta, o que denota a necessidade deste construto sobre as diferentes dinâmicas que podem ser abordadas em diferentes realidades por diversos profissionais na atenção primária.

Este é um artigo de atualização que tem por objetivo divulgar um protocolo elaborado para dar suporte às equipes multiprofissionais que integram as Estratégias de Saúde da Família e são usuárias do Projeto Telessaúde - Rio Grande do Sul.

## A EQUIPE NO GRUPO

Constituem-se instrumentos para a educação à saúde, a comunicação e o trabalho em equipe.

Segundo Scotney (1981), é necessário que a equipe de saúde em atenção primária esteja atenta ao usuário, pois nas unidades de saúde as pessoas frequentemente ouvem, mas não compreendem - e não dizem que não compreendem, ouvem e pensam que compreendem, depois fazem as coisas de maneira inadequada ou transmitem informações inadequadas, ouvem e compreendem, mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos ou tomam qualquer iniciativa. Ou ainda compreendem, ficam convencidas e tomam alguma iniciativa, mas acham que não estão conseguindo os resultados esperados, ou que a ação envolve muito esforço e, por isso, desistem.

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

Cabe aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, se apoiado em uma teoria sobre a produção de saúde, tratem de construir projetos e de levá-los à prática. Uma ampliação do objeto de conhecimento e de intervenção do grupo deve considerar a doença como objeto de conhecimento e de intervenção, e também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de prática grupal (CAMPOS *et al.*, 1997).

## O que é um grupo?

Um grupo não é apenas um somatório de pessoas, mas constitui-se de uma nova entidade com leis e mecanismos próprios.

Segundo Osório (2003), “grupo ou sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados”.

Berstein (1986) conceituou grupo como um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma **tarefa específica**.

No cumprimento e desenvolvimento das tarefas, deixam de ser um amontoado (agrupamento) de indivíduos para, cada um, assumir-se enquanto participante de um grupo com um todo.

Cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, mesmo com objetivo comum grupal (papéis desempenhados pelos participantes).

## Tipos de grupo quanto ao seu objetivo

Os objetivos devem ser construídos de forma participativa. Alguns deles podem ser: oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, melhorar seu autocuidado ou oferecer psicoterapia.

Como suporte, um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações. O potencial preventivo desses grupos emerge da possibilidade de pessoas com situações semelhantes poderem compartilhar experiências comuns. São exemplos: grupos com familiares de pessoas hospitalizadas como de crianças com câncer, em estado crítico ou terminal, pacientes psiquiátricos, entre outros.

O profissional de saúde pode usar essa habilidade dos grupos para ajudar o paciente a realizar tarefas das mais simples até as mais complexas, sendo que esse recurso é muito importante no momento do processo para alta (pacientes psiquiátricos em alta, pacientes diabéticos, pacientes pós-cirúrgicos, pacientes ostomizados).

Os grupos com o objetivo de socializar em geral podem ajudar pessoas que tiveram algum episódio de perda e que interromperam seus vínculos sociais. O fundamental, neste caso, é a possibilidade que o grupo pode oferecer para o indivíduo de procurar novas alternativas para suas satisfações interpessoais e a adequação de seu perfil para

o meio em que vive (pessoas que perderam seus parceiros ou pessoas da família, aposentados, pessoas que foram amputadas, pacientes psiquiátricos).

A tarefa de grupos com o objetivo de melhorar o autocuidado é ajudar pessoas a alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos, pois permite a troca de experiências dentro do grupo. São exemplos: as pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e outros, que podem, no grupo, receber informações que lhe proporcionem uma atividade mais saudável.

Os grupos que oferecem psicoterapia são conduzidos por terapeutas. Objetivam insight e mudança de comportamentos.

## Educação em saúde nos grupos

Na elaboração deste protocolo, foram utilizados os referenciais de grupo operativo de Torres, Hortale e Schall (2003), o conceito de grupo, as atribuições do coordenador e os papéis grupais de Osório (2000) e os pressupostos de trabalho em grupo preconizado por Campos (2000) no Método da Roda.

Para Torres, Hortale e Schall (2003), as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável. Tal processo é altamente favorecido pela utilização da técnica de grupos operativos.

A Dinâmica de Grupos Operativos consiste numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo.

Essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Assim, a aplicação do termo “operativo” significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. Os profissionais de saúde seriam responsáveis por propiciar condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que favoreceriam mudanças no controle das doenças crônicas não-transmissíveis.

Uma educação em saúde, organizada segundo o Método da Roda, tem sua força na construção compartilhada de tarefas e na, posterior, análise das dificuldades de levá-las à prática. A educação em saúde, mais do que difundir informações, relaciona-se a ampliar a capacidade de análise e

de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade. Defender a vida é reconhecer que a vida tem uma medida quantitativa (anos de vida ganhos, sobrevivência) e uma outra qualitativa (o prazer de viver).

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

## Planejamento do grupo

O planejamento da ação visa à produção de práticas produtoras de saúde, curadoras, cuidadoras e preventivas e de sujeitos mais autônomos e prazerosos. As etapas descritas a seguir foram adaptadas do Método da Roda de Campos (2000).

É preciso escutar as demandas que chegam até a equipe. Em seguida, submetê-las a um sistema de avaliação de pertinência, perguntando-se se serão transformadas em temas, isto é, se serão priorizadas e se, em decorrência, será construído um projeto de intervenção para alterar a situação.

Pode-se começar pela oferta e a partir daí construir um vínculo. Esta oferta deve atender a um tema. Um tema forte diz respeito ao interesse ou a desejo dos vários agrupamentos envolvidos. Sugere-se operar com uma dupla perspectiva: temas demandados pelo grupo de usuários e temas ofertados pela equipe técnica.

São critérios para a escolha do tema: a magnitude do problema, a viabilidade técnica, financeira e política e a capacidade de estimular a participação.

Eleitos os temas, devem ser construídos projetos específicos de intervenção. Um projeto de intervenção tem cinco elementos importantes: definição de temas prioritários, análise do contexto, definição de diretrizes e tomada de decisão em grupo, definição de uma rede de tarefas e análise da prática ou do resultado da intervenção.

A equipe deve apostar que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas, quer dizer, deve valer-se do vínculo para estimular os grupos a participarem da resolução de seus próprios problemas, da transferência de confiança do grupo para experimentar novos hábitos e comportamentos e da experiência do grupo para enriquecer-se enquanto equipe (CAMPOS, 2000).

O importante é elaborar um contrato que motive ambos os lados. Eleitos os temas, há que se construir projetos específicos de intervenção. Os projetos devem ser, na medida do possível, elaborados de forma participativa: na roda.

Ao se planejar os grupos, alguns aspectos importantes devem ser observados. Primeiro, procede-se à identificação da problemática e viabilidade grupal (possibilidade de realização e obtenção de resultados).

A organização e a infra-estrutura devem prever: material de divulgação e medidas atrativas, espaço físico, equipe de trabalho (capacitação), critérios de inclusão e exclusão (de participantes), funcionamento e cronograma (horário, dias e frequência) e tamanho do grupo (máximo 12 membros) (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Para a escolha do método de condução, deve ser definido o contrato de trabalho (definições conjuntas de regras), a coordenação (se fixa ou rotativa) e o modo de condução (com oficina, palestra-discussão ou debates).

Tarefas prévias incluem a escolha de critérios de exclusão, inclusão de participantes e flexibilizações. É preciso preparar a equipe para utilizar a comunicação com horizontalidade (de acordo com características culturais, sociais, econômicas, psicológicas, etc), para intervenções e condução e para promover processos emancipatórios nos indivíduos.

Também é preciso prever qual será a relação dos participantes do grupo com os serviços de saúde (por exemplo, com a demanda ambulatorial) e fazer um planejamento futuro de acordo com necessidades observadas e discutidas no nível grupal.

O tamanho do grupo deve considerar que o número de participantes permita que todos se manifestem e se sintam assistidos (MUNARI; FUREGATO, 2003). O coordenador deve se sentir confortável com o número de pessoas e sentir que as necessidades principais dos participantes estão sendo atendidas. O seu tamanho não pode exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva.

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

Ao iniciar-se um grupo, devem ser consideradas as incertezas dos participantes e, por isto, é necessário criar um ambiente seguro e confiável. É preciso considerar que, neste momento, as apresentações são formais e momentos de silêncio são comuns. Também ocorrem testes sobre a capacidade do coordenador. É preciso observar as expectativas do grupo e a comunicação não verbal, estimular a coesão grupal e manter claros os objetivos do grupo, relacionando-os com as necessidades dos membros. Neste

momento, também é importante estabelecer e manter horários, locais das reuniões, limite de participantes e evitar rotatividade da equipe.

## Dinâmica de grupo

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

Tem como objetivo investigar a experiência de seus membros a partir do material emergente, enfocando o aspecto emocional, as crenças e ações de cada pessoa, possuindo também conotação pedagógica na medida em que, eventualmente, são difundidas algumas informações. Assim, espera-se ampliar o autoconhecimento, o contato com sentimentos e a responsabilidade consigo mesmo, incluindo os aspectos referentes à doença.

São abordados diversos temas como, por exemplo, a vivência de ser diabético ou hipertenso (quando os pacientes podem expor as questões como a dificuldade em lidar com os limites impostos pela doença e a reflexão sobre fatores particulares da vida que entendem como influentes no seu quadro clínico); a “receita de saúde e doença” (cujo objetivo principal é ampliar a conscientização dos pacientes sobre sua parcela de responsabilidade no tratamento, além de possuir um caráter informativo); os sentimentos; a experiência de se deparar com seus próprios limites; preocupação; ou ainda, a vivência de fazer uso de medicamentos, dentre outros.

O tema do encontro é apenas um estímulo para as pessoas expressarem sua vivência no momento. Quando emerge uma questão que mobiliza mais o grupo, é esta que será trabalhada, mesmo sendo distinta do tema proposto inicialmente. É comum a utilização de recursos expressivos visando facilitar o contato e a expressão dos pacientes sobre sua experiência (lápiz coloridos, papel, revistas, colagens).

Em algumas técnicas operativas desenvolvidas com grupos, as equipes de saúde podem elaborar os materiais necessários utilizando matéria prima reciclada para confeccionar os objetos utilizados nas dinâmicas (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

## ATRIBUTOS DESEJÁVEIS PARA UM COORDENADOR DE GRUPO

Os seguintes atributos desejáveis para um coordenador de grupo foram definidos por Osório (2000). Em primeiro

lugar, é preciso gostar de trabalhar com grupos. Isto permite que não haja desgaste pessoal e, conseqüentemente, prejuízo no cumprimento da tarefa estabelecida. Também é importante o amor às verdades, que contribui para o necessário estabelecimento de um modelo de identificação, de como enfrentar as dificuldades da vida.

A coerência é necessária, pois atitudes incoerentes podem levar os participantes a um estado confusional e um abalo na construção dos núcleos de confiança (função do coordenador). O senso de ética refere-se à imposição dos seus próprios valores e expectativas, além disso, deve-se manter sigilo daquilo que lhe foi confiado. O respeito é o exercício sistemático de tolerância pelas falhas e limitações presentes em algumas pessoas do grupo; compreender as eventuais inibições e o ritmo peculiar de cada um. Considera-se a paciência como uma atitude ativa e não passiva do coordenador de “espera” para que cada integrante ultrapasse os diferentes momentos do grupo.

Ao ser continente, o coordenador permite a contensão das possíveis fortes emoções que podem emergir no grupo, das suas próprias angústias - capacidade negativa (ex. não saber o que está se passando na dinâmica do grupo) e função de ego auxiliar (“emprestar” aos participantes as funções do seu ego: pensar, perceber, discriminar, juízo crítico, etc.).

Também são necessárias a comunicação e a empatia. Somente uma comunicação efetiva pode auxiliar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando adaptar-se a novos padrões de comportamento. A empatia refere-se a uma sintonia emocional do coordenador com os participantes - integrar-se no clima grupal.

A capacidade de síntese e integração é a de se extrair um denominador comum dentre as inúmeras comunicações providas das pessoas do grupo e integrá-las (por exemplo, atitudes agressivas versus amorosas) em um processo de construção e reparação de idéias.

## Os papéis grupais

Segundo Zimerman (1997), cada indivíduo pode assumir a posição de líder de mudança, de resistência, porta-voz, bode expiatório ou participante silencioso.

O líder de mudança é aquele que se encarrega de levar adiante a tarefa, enfrentando conflitos, buscando soluções, arriscando-se diante do novo. Propõe sugestões inovadoras.

O de resistência puxa o grupo para trás, freia avanços, sabota a tarefa e remete o grupo à sua etapa inicial. O

líder de mudança e o de resistência não existem um sem o outro. Há necessidade de ambos para equilíbrio do grupo. O líder de resistência resiste às mudanças ou se prende a entraves.

O porta-voz é por onde fluem as ansiedades do grupo. Ele expressa, verbaliza, dá forma aos sentimentos e conflitos latentes no grupo. “Fala” pelo grupo.

O bode expiatório é aquele que assume as “culpas” do grupo. Assume o papel de depositário dos conteúdos, percebidos como negativos, que provocam mal-estar no grupo, medo, culpa e vergonha.

O participante silencioso é aquele que assume as dificuldades dos demais para estabelecer a comunicação, fazendo com que o resto do grupo se sinta obrigado a falar. Mas não são apenas os que calam que ocultam alguma coisa; o uso da palavra pode também ocultar um enorme silêncio.

### Avaliando o grupo

Conforme Munari e Furigato (2003), avaliação é um processo importante no processo de grupo, embora não tenhamos bases muito sólidas para o seu planejamento e execução. Isso acontece porque existe um embasamento pouco objetivo sobre o que é certo e errado em termos técnicos para o trabalho grupal.

Uma forma de avaliar o grupo é a sondagem dos membros do grupo por intermédio de algumas questões objetivas feitas pelo coordenador, solicitando uma avaliação do seu desempenho como uma etapa das reuniões do grupo. Um outro meio poderia ser por meio de entrevistas individuais ou do preenchimento de instrumentos como um questionário de satisfação, ao final do grupo ou da permanência do participante.

O feed-back do coordenador sobre o grupo deve considerar o seu desempenho sob a perspectiva do coordenador. É um recurso utilizado principalmente a partir da observação do mesmo frente aos fatos que ocorrem no desenvolvimento do trabalho. O registro escrito diário das reuniões balizado pelos objetivos do grupo pode constituir-se em uma preciosa fonte de informações. Uma estratégia de complementação dessa forma de avaliação seria a comparação das impressões do coordenador com as opiniões dos participantes.

O grupo também pode ser avaliado por supervisor externo. As avaliações sob perspectiva de outros membros da equipe que trabalham com grupo podem auxiliar também o processo de avaliação dos resultados alcançados pelo grupo. Os outros membros da equipe que dão apoio ao trabalho realizado pelo coordenador podem ajudá-lo a

captar detalhes importantes sobre o seu desempenho, dos outros membros do grupo e do processo como um todo.

O término do grupo é um evento tão importante quanto o seu percurso. Ao cuidarmos de um término digno do grupo é importante permitir que as pessoas possam experimentar as vicissitudes da separação como um momento inerente à vida. Muitos evitam essas situações acreditando que, com isso, irão evitar a dor. Assim não se despedem dos outros, iludindo-se que será mais fácil para não sentir saudades.

### CONCLUSÕES

A complexidade da educação em saúde, com enfoque no trabalho de grupos, requer a combinação de referenciais como os utilizados neste construto. Para que os profissionais de saúde possam organizar e manter o trabalho de grupo na atenção básica, são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes.

Nesta perspectiva, insere-se o conhecimento das atribuições do coordenador e dos papéis grupais e, também as habilidades de planejamento, construídas a partir do Método da Roda adaptado para o trabalho de grupos de usuários e de desenvolvimento adaptadas do referencial de grupos operativos.

As atitudes do profissional de saúde se manifestam na identificação dos problemas que necessitam de um trabalho de educação em saúde, ao considerar o sujeito portador de necessidades como biológico, social e subjetivo e histórico. Além disso, a responsabilização pela manutenção do grupo é uma atitude importante, frente às expectativas do usuário.

Espera-se que este protocolo possa contribuir para a construção destes conhecimentos, habilidades e atitudes na prática de trabalho com grupos na atenção primária em saúde.

### REFERÊNCIAS

- ANDER-EGG, A. S. Educar em direitos humanos: construir democracia. In: OMISTE *et al.* **Formação de grupos populares: uma proposta educativa.** Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
- BARRETO, M. F. **Dinâmica de grupo: história, prática e vivências.** Campinas: Alínea; 2003.
- BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L.C. *et al.* **Grupoterapia hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CAMPOS, M. A. Dinâmica de grupo: reflexões sobre um curso teórico-vivencial. **Revista Tecnologia Educacional**, Rio de Janeiro, v. 108, n. 21, p. 41-9, 1997.
- DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DEAKIN, T. *et al.*. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2005**, Issue 2. Art. No.: CD003417. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003417.html>>. Acesso em: 28 ago. 2008.
- JACOMO, Y. A. **Atribuições da Equipe de Enfermagem de Unidade Básica de Saúde nos Municípios de Ferraz de Vasconcelos e Taboão da Serra**. 1999. 130 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MAGALHÃES, L. B. **A prática dos Enfermeiros em postos de saúde municipais no estado do Paraná e sua relação com a formação profissional e a organização dos serviços**. 1991. 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003.
- OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupos**: teorias e práticas. Acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. Cap. 3.
- OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
- SCOTNEY, N. **Educação para a saúde**: manual para o pessoal de saúde na zona rural. São Paulo: Paulinas, 1981.
- TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.
- TORRES, H. C. **Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com Indivíduos Portadores de Diabetes Tipo 2 em Belo Horizonte, MG**. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
- THUMÉ, E. **Práticas dos Enfermeiros na Atenção Básica em Saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. 2000. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.
- ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. *et al.* **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 3.

---

Aprovação: novembro de 2008

Submissão: março de 2009

---