

# A PRÁTICA DE GRUPOS COMO AÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

group practice as health-promoting action in the family health strategy

Natália de Cássia Horta<sup>1</sup>, Roseni Rosângela de Sena<sup>2</sup>, Maria Elizabeth Oliveira Silva<sup>3</sup>,  
Tatiana Silva Tavares<sup>4</sup>, Isabela Marques Caldeira<sup>5</sup>

## RESUMO

A Promoção da Saúde tem sido apontada como um eixo essencial na Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, no cotidiano da assistência, as equipes de saúde da família encontram dificuldades na elaboração de estratégias para concretizá-la. Considerando a relevância da implementação de práticas com foco na Promoção da Saúde, este artigo tem como objetivo discutir a prática de grupos na ESF como uma das possibilidades da Promoção da Saúde. Foi elaborado a partir de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório, desenvolvido nos municípios de Belo Horizonte e Contagem. Foram entrevistados 28 profissionais de equipes de saúde da família que indicaram a prática de grupos como forma de implementar ações de Promoção da Saúde. Evidencia-se, nos discursos, uma tendência em operar o conceito de Promoção da Saúde relacionado-o às atividades de prevenção de doenças. Os grupos são as principais ações realizadas com enfoque na Promoção da Saúde, sendo, na maioria das vezes, dirigidos a patologias específicas. Percebe-se que esses grupos funcionam como um espaço “racionalizador” do trabalho, uma vez que diminuem a demanda por consultas médicas e de enfermagem. Os entrevistados ressaltam a sobrecarga de trabalho como fator que dificulta a concretude de ações de promoção à saúde no trabalho da ESF. A partir da descrição e da análise dessas práticas, percebemos a utilização de metodologias educativas tradicionais, como as palestras objetivando mudanças de comportamento e hábitos por meio da transmissão de informações. Percebemos também pouca participação dos usuários nos grupos, pois

## ABSTRACT

Health promotion has been considered an essential element of the Family Health Strategy. However, in the daily work of healthcare, family health teams have had difficulties in drawing up strategies for its practice. Considering the relevance of the implementation of practices focusing on health promotion, the objective of this article is to discuss the use of groups in the Family Health Strategy, as one of the opportunities for health promotion. This was a qualitative, descriptive-exploratory study undertaken in the cities of Belo Horizonte and Contagem, Minas Gerais, Brazil. Interviews were conducted with 28 family health team workers, who quoted groups as a way of implementing health promotion initiatives. In their discourse, they showed a tendency to work with a concept of health promotion, relating it to disease prevention activities. Groups are the main initiatives focused on health promotion and are, in most cases, directed at specific pathologies. It can be seen that these groups function as a work “rationalization” space, since they reduce the demand for medical and nursing consultations. The interviewees highlighted work overload as a factor which makes it difficult to implement health promotion measures in the Family Health Strategy. From the description and analysis of these practices, we observed the use of traditional education methodologies, such as lectures targeting behavior and habits change through the transmission of information. We also saw little participation by the users, because very often the groups did not meet their needs, since they were more directed to the interests of the health workers. We conclude that there is a need

<sup>1</sup> Natália de Cássia Horta, enfermeira, Pesquisadora do NUPEPE, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Professora da PUC Minas. Email: nanahorta@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Roseni Rosângela de Sena, enfermeira, Coordenadora do NUPEPE, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG.

<sup>3</sup> Maria Elizabeth Oliveira Silva, enfermeira, Pesquisadora do NUPEPE, Mestre em Enfermagem, Professora da PUC Minas.

<sup>4</sup> Tatiana Silva Tavares, acadêmica de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem da UFMG, bolsista de Iniciação Científica do NUPEPE.

<sup>5</sup> Isabela Marques Caldeira, acadêmica de Enfermagem do 6º Período da Escola de Enfermagem da UFMG, bolsista de Iniciação Científica do NUPEPE.

esses muitas vezes não atendem suas necessidades sendo organizados de acordo com o interesse do profissional. Pode-se concluir que existe necessidade de avanços conceituais e práticos nas ações de grupos que sejam capazes de promover a saúde das pessoas com foco na cidadania, autonomia e empoderamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

## INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal afirmação fundamenta-se frente à proposta de um modelo assistencial de saúde que tenha como foco o cuidado à saúde da população com ações que extrapolem a prática curativista. Desse modo, a ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde e de intervenção na atenção à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Destaca-se a importância de se ter, nesse contexto, a saúde como um dos elementos da cidadania, como um direito das pessoas que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, e sim de ter uma vida saudável (PERES, 2002). Por meio da implementação de ações de prevenção de agravos, Promoção da Saúde e reabilitação, a ESF se propõe a considerar o usuário inserido em seu território e suas condições de vida que determinam o processo de adoecer e morrer das pessoas.

Considerando os eixos da ESF, torna-se importante conhecer e analisar o impacto que as ações dessa estratégia têm gerado na alteração das formas tradicionais de atenção à saúde, uma vez que, ao longo de 14 anos, de implantação, ainda se tem expectativas diferentes de usuários, profissionais de saúde e gestores sobre as ações da Estratégia Saúde da Família (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Alguns estudos (RODRIGUES *et al.*, 2008; RONZANI; SILVA, 2008; SOUSA, 2008) apontam as dificuldades de criação, pelas equipes de saúde da família, de estratégias para atingir os objetivos de prevenção de agravos e Promoção da Saúde que sejam eficazes. Considera-se que tais ações demandam, dos profissionais, habilidades que vão além da capacidade técnica e, da comunidade, a cor-responsabilidade pelo processo saúde-doença.

for conceptual and practical advances in the actions of the groups, which can promote the health of the families, focusing on citizenship, autonomy and empowerment.

**Key words:** Health Promotion. Family Health Program. Primary Health Care. Health Education.

Considerando a Promoção da Saúde como um dos eixos principais que norteiam o trabalho da ESF, entende-se como necessária a superação dos problemas e desafios que atualmente dificultam ou impedem avanços necessários à consolidação do novo modelo tecnoassistencial. O despreparo técnico das equipes para a atenção eficiente e eficaz, orientada para ações de vigilância à saúde e a dificuldade de realizar o trabalho de forma interdisciplinar e em articulação com a comunidade, configuram-se como desafios no cotidiano do trabalho na ESF.

Tendo em vista as bases conceituais e políticas de Promoção da Saúde, preconiza-se o aperfeiçoamento de metodologias e práticas capazes de cooperar com a plena obtenção do potencial de saúde de comunidades e indivíduos em seus diferentes períodos de vida (SANTOS *et al.*, 2006). Uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e Promoção da Saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas em saúde. Para isso, as práticas educativas em saúde devem ser dialógicas e reconhecer o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, rompendo com o modelo normatizador e articulando as dimensões individual e coletiva do processo educativo (ACIOLI, 2008).

Nesse sentido, a educação em saúde pode ser considerada uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde uma vez que não só veicula informações, mas sugere alternativas para a prevenção à doença e a Promoção da Saúde dos indivíduos e da comunidade. Entretanto, a educação em saúde pode configurar-se como uma prática bancária, normativa e tradicional, focada em mudanças de comportamento, ou pode ser uma prática que contribui para encorajar a organização da comunidade, o desenvolvimento de uma postura crítica denominada de educação em saúde radical (GASTALDO, 1997; SOUZA *et al.*, 2005).

É com o foco de prática radical que a Carta de Otawa (BRASIL, 2002) apresenta a Promoção da Saúde como o

“[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Carvalho (2004) afirma que a Promoção da Saúde é um processo que visa desenvolver a autonomia e a capacidade reflexiva dos indivíduos, possibilitando o controle sobre os determinantes da saúde. Para isso é importante desenvolver estratégias que garantam a participação dos indivíduos na definição de seu modo de encaminhar a vida, além de valorizar o encontro entre profissionais e usuários e a busca pela garantia dos direitos da cidadania.

Considerando que os grupos podem ser estratégias para a prática de Promoção da Saúde, Santos *et al.* (2006) colocam que esses se caracterizam como um conjunto de pessoas que interagem com o intuito de ampliar suas capacidades e alterar comportamentos, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento das situações que ocasionem sofrimentos evitáveis. Dessa forma, permitem o maior controle dos sujeitos sobre o contexto social e ambiental em que estão inseridos. Para isso, os grupos devem transpor as formas tradicionais do modelo biomédico, abrangendo as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença. Além disso, é fundamental que os grupos não se reduzam à proposição simplista e paternalista de mudança das condutas individuais.

Este artigo tem como objetivo discutir a prática de grupos na ESF como uma das possibilidades de Promoção da Saúde. As reflexões aqui construídas são resultados do subprojeto intitulado “Concepções de promoção da saúde na equipe de saúde da família” da pesquisa “Promoção da Saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo technoassistencial em saúde”, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem - NUPEPE da Escola de Enfermagem da UFMG. O subprojeto foi desenvolvido com o objetivo de analisar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. Neste artigo, discutimos a prática de grupos, destacadas pelos sujeitos da pesquisa como forma de implementar ações de Promoção da Saúde.

Conhecer a estruturação, a organização e a implementação desses grupos é importante uma vez que, a partir dessas experiências, pode-se reforçar e re-pensar o uso da ferramenta de grupos nas ações de saúde. Além disso, segundo Santos *et al.* (2006), o estudo dessa temática é relevante frente à necessidade de pesquisas que visem identificar intervenções, limites e potencialidades de práticas direcionadas à Promoção da Saúde para o aperfeiçoamento das tecnologias em saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório, realizado nos municípios de Belo Horizonte e Contagem. Tais municípios contam com uma cobertura pela ESF em torno de 70% e 54,75 %, respectivamente (CONTAGEM, 2005; BELO HORIZONTE, 2006; TURCI, 2008). O município de Belo Horizonte está dividido em nove distritos sanitários em que se distribuem 514 equipes de saúde da família. Contagem conta com sete distritos sanitários e com 87 equipes de saúde da família. Para a seleção dos participantes da pesquisa, foi realizado o sorteio de uma equipe de saúde da família por distrito sanitário. Durante a pesquisa, foram entrevistados 28 profissionais, sendo 3 médicos, 7 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde. Um breve perfil dos envolvidos revela que, do total de 28, dez não tiveram nenhum tipo de capacitação para trabalhar com a ESF e 18 tiveram formação prévia, sendo que, entre esses, 4 tiveram capacitação em saúde da família. A média de tempo de atuação dos entrevistados na ESF foi de 4 anos e 9 meses. Obedecendo aos critérios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, em concordância com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 463/06) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Protocolo 034/2006). Todos os participantes do estudo concordaram em participar do mesmo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foi realizada entrevista com roteiro semi-estruturado. Foi solicitada, aos entrevistados, a indicação de uma prática bem sucedida de Promoção da Saúde e os critérios utilizados para justificar a indicação. Tais experiências foram verificadas utilizando a proposta do caso traçador, que consiste em uma estratégia para aprofundar o conhecimento das práticas indicadas, buscando-se a captação e a interpretação dos fenômenos detalhados nos campos da pesquisa. Neste estudo, utilizou-se o caso traçador a partir das definições já descritas em pesquisas no campo das ciências biológicas e estudos clínicos (KESSENER; KALK; SINGER, 1973 *apud* PENNA, 1995). O caso traçador contém, então, condições de análise das situações identificadas como “boas práticas”, permitindo avaliar o processo de trabalho a partir da reconstituição de um caso, possibilitando a captação, interpretação e aprofundamento do objeto de investigação. A análise dos dados coletados foi feita por meio da análise do discurso, seguindo as etapas propostas por Minayo (2004).

Apesar do roteiro de entrevista da pesquisa não contemplar questões referentes à realização de grupos, ao serem questionados sobre as práticas bem sucedidas de Promoção da Saúde, os participantes do estudo indicaram os grupos desenvolvidos na ESF. Entretanto, as experiências indicadas não foram observadas por não agregarem ações que extrapolassem a prática tradicional de grupos na área da saúde. Além disso, muitas das práticas referenciadas eram experiências que haviam ocorrido e não estavam mais em andamento no período da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas indicadas pelos entrevistados como promotoras da saúde foram as de grupos, intitulados, na maioria das vezes, como operativos. De acordo com a descrição metodológica fornecida pelos profissionais, os grupos se organizam em torno de patologias específicas e se caracterizam por ações reiterativas e tradicionais, ou seja, o sujeito age na realidade pela reprodução de múltiplas tarefas que possuem um caráter instrumental e pouco inovador. Os discursos abaixo refletem essa lógica:

*“...pra selecionar as pessoas para participarem desse grupo normalmente ou é pela hipertensão, ou pela diabetes, ou pela desnutrição... É mais pela patologia.” (ATC1)*

*“É, todos são portadores de uma patologia específica. Por isso a gente junta os hipertensos e junta os diabéticos, exatamente pra tá dando continuidade ao trabalho, vindo como eles estão, se eles estão compensados e com isso a gente tá vindo o retorno.” (BTC6)*

Inferese que o retorno citado pelo sujeito pode se dar pela manutenção de níveis glicêmicos ou pressóricos normais e pode ser potencializado para a qualidade de vida dos usuários quando esses interagem e, no grupo, conseguem co-operar uns com os outros, no cuidado e Promoção da Saúde. Silveira e Ribeiro (2005) propõem o grupo como um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas onde os participantes reconhecem-se e diferenciam-se dos outros numa dinâmica que permite falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para vencer as resistências às mudanças e possibilitar a adaptação do estilo de vida à condição de saúde.

Percebe-se que, no cotidiano das equipes, a implementação de práticas de grupo tem como critério de agrupamento dos usuários as patologias que mais acometem a população. Entendemos que, pelo próprio propósito da organização

de trabalhos com grupos, é necessário que haja algumas características comuns, podendo ser até mesmo a patologia dos participantes. Tal fato pode ter ou não uma repercussão interessante considerando a metodologia utilizada na condução dos grupos, uma vez que esse pode ser um critério para a organização e não o enfoque de toda a construção do grupo que rotularia os usuários a partir das doenças.

No cotidiano da vivência em grupo, o que trará diferença e relevância para os participantes é a metodologia utilizada e a condução do grupo pelo coordenador. Espera-se que o grupo não se torne um encontro de pessoas doentes. Segundo Silveira e Ribeiro (2005), a grupoterapia nos serviços de saúde é uma prática assistencial que assume diversas modalidades, de acordo com a finalidade, a técnica e a fundamentação teórica. O grupo pode reunir pessoas com enfermidade comum, mas ter uma estrutura na qual as pessoas se vinculam e interagem, desenvolvendo uma relação dialógica que opera a integração do conhecimento intelectual com a vivência, propiciando mudanças de atitude diante do cuidado com a saúde.

Sobressai, em alguns discursos, que a metodologia dos grupos segue uma sequênciã linear:

*“É, por exemplo. é... no dia do grupo, por exemplo, a pessoa vem...então assim, ela é avaliada... ela é pesada, medida, depois tem a palestra, depois tem a consulta com o médico aqueles que estão é... precisam..é ...descompensados, é consultado...o médico avalia..passa a medicação. (BAC6)*

Além disso, esses grupos são entendidos, em grande parte, pelos participantes da pesquisa, como uma maneira de acompanhar a saúde dos usuários, sendo uma ferramenta de racionalização do trabalho dos profissionais, pois diminui a demanda por consultas médicas e de enfermagem, de acordo com a lógica de organização e a metodologia de tais grupos. Isso pode ser visto por uma ótica positiva, se efetivamente a realização das ações guardarem coerência com a atenção integral às pessoas. Emergem dos discursos dos sujeitos aspectos relacionados à racionalização do trabalho.

*A demanda era imensa, o povo brigava na fila pra marcar consulta... hoje não! Ele já é bem atendido nos grupos operativos, então... Ele já sai resolvido.” (ATC4)*

*“Por que nesse dia de grupo, esse grupo é muito bom, diminui até a demanda de consultas nos postos, por quê? Porque nos grupos operativos, o paciente vem para o grupo, no grupo mesmo a gente vai vendo o que precisa ser passado ao médi-*

*co, por receita vencida ou por qualquer outra eventualidade ou necessidade, ele já vai ser encaminhado ali no grupo.” (ATC4)*

*“Enquanto a gente tá realizando a palestra ele tá olhando os prontuários, fazendo a renovação das receitas, olhando alguns exames, e nos mais os descompensados depois passam por ele, pra consulta médica.” (BTC6)*

A redução de demanda por consultas na unidade de saúde, por meio da implementação de grupos, pode configurar-se como uma possibilidade interessante quando orientada por uma abordagem de integralidade, cuidadora e resolutiva frente às necessidades de saúde dos usuários. É importante refletir se essa redução é proporcional ao cuidado e à cor-responsabilidade dos usuários com seu processo saúde-doença ou se acontece somente porque os mesmos passam a ter as suas receitas “em dia”, mas mantêm condições de saúde ruins e são expostos a complicações e agravos. Deve-se avaliar também se os “ganhos” atribuídos à prática de grupos pelos profissionais não estão atrelados somente às mudanças no processo de trabalho que racionalizam o mesmo, trazendo benefícios apenas para os profissionais, de forma unilateral.

Outra prática citada pelos entrevistados são as consultas coletivas, nomeadas de grupo, mas que visam somente o benefício das equipes de saúde da família. Nesse sentido, deve-se considerar o processo de trabalho na ESF, uma vez que a sobrecarga de tarefas é apontada pelos profissionais como freqüente. Segundo Silveira e Ribeiro (2005), o grupo pode ser uma atividade que, além de otimizar recursos financeiros e o período de trabalho dos profissionais, pode potencializar a utilização, por cada pessoa, de seus recursos na busca por viver melhor. Nesse contexto, as autoras apontam o trabalho com grupos em unidades de saúde como um recurso potencial a ser incorporado pelas instituições e profissionais na realização da tarefa de promover saúde.

Ronzani e Silva (2008) destacam que a justificativa dada por usuários para a não-participação em atividades que não seja a assistência médica deve-se ao fato de que tais atividades não correspondem a suas necessidades, por não terem interesse em participar ou por ignorarem a existência de tais atividades, mesmo considerando as palestras, por exemplo, uma intervenção importante. Pode-se inferir assim que, quando organizadas apenas pelo interesse do profissional, as práticas educativas na ESF, incluindo os grupos, podem trazer resultados aquém dos possíveis se planejados de forma não participativa. Reafirmando a necessidade de se

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

Ronzani e Silva (2008) salientam que a deficiência ou a total falta de planejamento das ações ditas preventivas e de Promoção da Saúde, como as palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos, podem aumentar a distância entre os profissionais e os usuários. Para que seja feito o planejamento das práticas educativas é necessário ajustar o contexto sócio-histórico da população assistida e os objetivos da equipe e da população. Além disso, a distância que se tem dos usuários no planejamento e a tomada de decisão da equipe podem reforçar as dificuldades nesse processo. Silveira e Ribeiro (2005) abordam a necessidade de os profissionais que realizam a prática de grupos terem conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o trabalho em grupo, para que o exerçam com rigor teórico e criticidade.

Percebe-se, nas práticas de grupos analisadas na pesquisa, a utilização de estratégias de educação em saúde com ênfase no modo tradicional de se realizarem ações educativas. Essas idéias ficam evidenciadas quando os profissionais citam as palestras educativas, como estratégias para transmitir informações objetivando a mudança de comportamento e hábitos.

*“[...] a auxiliar de enfermagem faz um pré atendimento... os pacientes que são pré-triados passam por uma consulta médica e todos eles passam pela palestra e, às vezes a gente tem grupos de discussões pra tirar dúvidas. Às vezes fica meio maçante, porque tem paciente aí que tá no grupo há 4-5 anos. Então eles decoraram todas as palestras”. (ASC4)*

*“[...] o principal objetivo é essa orientação da população em relação a fatores de risco de doenças, por exemplo, etilismo, tabagismo, sedentarismo, atividade física, como eu já falei, o uso correto das medicações, uma visita periódica ao médico, se necessário, mais nesse sentido...” (BSC10).*

Ronzani e Silva (2008), em pesquisa realizada sobre a ESF pela ótica de gestores, profissionais e usuários, apontam que são poucas as referências feitas pelos profissionais ao trabalho de educação em saúde na ESF e que, quando citado, se dá sob a forma de palestras voltadas especialmente para diabéticos e hipertensos sem participação desses usuá-

rios no planejamento. Considerando o achado da pesquisa, é importante refletir sobre as formas de organização das ações educativas já que uma maior participação do usuário nessas ações permite desenvolver a consciência sobre a importância de sua cor-responsabilização nas práticas de Promoção da Saúde (JESUS *et al.*, 2008).

Desse modo, é necessário refletir sobre a abordagem apresentada pelos profissionais com foco no repasse de informações. Destaca-se, assim, que esse repasse pode ser prejudicial e os profissionais quase não se preocupam com os “efeitos colaterais” de suas ações. A informação é considerada, assim, como “um fármaco dotado de poderes miraculosos e com prazo de validade, já que se desatualiza constantemente”, necessitando assim ser sempre re-lembrada aos usuários (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006; CASTIEL,; ÁLVAREZ-DARDET, 2007). Observam-se ainda os grupos que, além de terem o foco no repasse de informações, são prescritivos:

*“Olha aqui tem grupos de hipertenso e diabéticos, né... o que mais tem no posto mesmo é de gestante. Ai hipertenso eles vêm, a enfermeira dá... dá uma palestra... ensinando o que eles têm que comer, o que não pode comer é... que tem que fazer exercício. Então toda quarta-feira tem essa palestra, entendeu? Todas as quartas-feiras. Ai diabéticos a mesma coisa e o grupo pra gestante tem uma vez no mês.” (AAC4)*

Teixeira (2008) destaca que a educação sanitária, marcada pela informação, adestramento, inspeção e coerção ainda se expressa em ações praticadas no setor saúde, uma vez que ainda se tem a finalidade de mudar comportamentos e práticas corporais visando adequá-los a preceitos higiênicos.

No processo educativo em saúde é fundamental considerar o outro como sujeito, detentor de conhecimento e não mero receptor de informações, uma vez que o processo de interação e de abertura ao saber do outro propicia uma construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas (ACIOLI, 2008). Nesse contexto, Silveira e Ribeiro (2005) apontam que a função do profissional de saúde no grupo é acolher os participantes, ouvindo suas experiências e dúvidas, para que então eles explicitem suas dificuldades em cuidar-se, identifiquem os recursos que possuem para dar conta desse seu momento e estabeleçam conexões entre os conhecimentos, as informações, as vivências. Assim, novos entendimentos e acordos entre usuários e profissionais podem processar novas condutas de Promoção da Saúde. O profissional deve tomar consciência do que sabe sobre sua especificidade

profissional e reconhecer que quem sabe sobre si mesmo é o próprio usuário.

Além da consideração das concepções que sustentam a prática de grupos dos profissionais, merece destaque a forma de participação dos usuários nos grupos. Os dados demonstraram que a participação se dá predominantemente pelo recebimento de algum benefício ofertado nos encontros, tais como a renovação de receitas, aferição de pressão arterial, medida de glicemia e agendamento de atendimentos:

*“[...] vai participar do grupo ai no grupo nós vamos trocar sua receita, pra ele poder tá vindo. Ele vinha só queria remédio, remédio, remédio, remédio, mas saber o por quê, o quê que é que tá acontecendo, o quê que acontece com pressão alta, o quê que leva uma pressão alta eles não interessam, sabe. Então muitas vezes nós assim profissional também ficam desanimados, eu fico desanimada de trabalhar.” (ATC5)*

*“No grupo operativo a gente vai aferir pressão, troca de receita... renovação de receita... basicamente é isso!” (AAC3)*

Sousa (2008) afirma que a percepção de acesso para os usuários da ESF resume-se à noção de doença e as formas medicamentosas de tratá-las. Para que seja revertido esse modelo, faz-se necessário que as equipes de saúde da família assumam sua função social capaz de contribuir na criação de capacidades comunitárias para problematizar seu estado de saúde-doença-cuidado com consciência sanitária.

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

Nesse sentido, merece destaque a reflexão feita por esses autores de que a ESF não pode se tornar sinônimo de prevenção de agravos, uma vez que esse é um dos pilares dessa estratégia que, em geral, tem denotado um enfoque higienista e de campanha e, apesar do discurso de ações de prevenção e Promoção da Saúde, reitera, na prática, ações curativas. Mesmo assim, se tomada a prevenção apenas como uma maneira estrita de evitar doenças, pode-se ter um “serviço de atendimento a pessoas saudáveis” intitulado ESF.

Para a maioria dos entrevistados, existe uma relação de gradação entre as ações curativas, preventivas e promotoras da saúde. Assim, torna-se importante refletir sobre o “dilema promocionista”, discutido por Campos (2006) em que clínica e promoção da saúde precisam andar juntas, apesar das especificidades e ritmos próprios. O autor destaca ainda que a Promoção da Saúde não pode mostrar sua potência longe da clínica sendo que o foco das práticas precisa ser na compreensão da produção de saúde.

Nascimento (2004) aborda que a clínica é essencial nos casos em que as doenças já se instalaram, entretanto é importante considerar a necessidade de sua ampliação na abordagem dos indivíduos, incluindo a doença, mas valorizando também as relações entre profissionais de saúde e usuários. A autora propõe outro modo de fazer a clínica na saúde da família, que intitula clínica do sujeito.

Assim, alguns discursos dos entrevistados revelam as dificuldades desses encontros no cotidiano dos serviços de saúde, em que as práticas ainda estão estanques, havendo, muitas vezes, uma impossibilidade de promover a saúde quando o usuário já tem alguma doença.

*“[...] o grupo operativo, o grupo de diabéticos e hipertensos... que não é uma promoção, é...ainda tá na fase de lidar com os pacientes que são doentes.” (ASC3)*

*“[...] as vezes é... misturado com prevenção, nos grupos operativos mistura um pouquinho de promoção e prevenção, mas nos grupos a gente visa mais a prevenção, que eu acho. Agora a única coisa que a gente tá promovendo mais a promoção da saúde é um grupo d [e..]. é um grupo de oficinas, um grupo de oficinas que cada vez é uma coisa, a oficina. Às vezes é bordado, às vezes é mais trabalho manual, às vezes fala sobre um determinado assunto[...]prevenção e mais seria a demanda espontânea mesmo.” (ASC1)*

Vale destacar que algumas práticas apontadas pelos entrevistados como Promoção da Saúde já apresentam avanços em relação à metodologia e à forma de avaliação, utilizando, por exemplo, indicadores como a redução de casos de Acidente Vascular Cerebral, a prática de atividade física pelos participantes do grupo, entre outros.

*“[...] um grupo que apenas fica... trocando a receita, medindo a pressão, eu acho que não tá prevenindo. E não estimula e o grupo fica muito restrito...” (AAC3)*

*“[...] tanto que tem idosos que gostam, por exemplo, eu já percebi isso também, só de você sentar e de conversar você*

*vê que eles não vem mais só pra medir a pressão. Aquele usuário que ia toda semana, até duas vezes na semana pra tá medindo a pressão ele não vai mais, ele já espera o dia do grupo, tranqüilo, sem a pressão estar alterada e quando tem necessidade, as vezes não é nem pra medir a pressão, é pra como se fosse um amigo mesmo, pra conversar, um espaço ali de confiança” ??? vínculo - confiança rever (BTC7)*

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

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

*“É porque a gente tá tentando sair um pouquinho do habitual, porque o habitual não tá dando muitas respostas então a gente quando você trabalha ocupação, trabalha lazer, trabalha auto-estima a gente nota que às vezes também é até muito mais do que uma ação programada assim, voltada especificamente com determinado problema de saúde, porque saúde é muito mais do que você ter ou não uma doença e que hoje em dia a condição de vida das pessoas elas interferem muito (BSC6)*

Pode-se notar que, no cotidiano das práticas de saúde, alguns referenciais vão além da visão da saúde como ausência de doença e do foco somente no âmbito biológico e reducionista dos sujeitos. Tem ganhado espaço a determinação social do processo saúde-doença com seus múltiplos condicionantes e determinantes. Resta-nos buscar sair de uma vez por todas do “habitual” colocado pelo participante da pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das experiências de grupos indicadas pelos entrevistados como práticas bem sucedidas para a Promoção da Saúde foi capaz de revelar os dilemas, desafios

e avanços vivenciados no cotidiano da ESF. Percebe-se, nesse contexto, o reflexo da co-existência de modelos assistenciais de saúde, as dificuldades de ruptura com a prática médico-centrada e curativista e a incorporação de referenciais de saúde que tem como pilar a oferta organizada de ações que partem da realidade e das necessidades de saúde do usuário.

Desse modo, são muitas as oportunidades que acionam práticas grupais nos referenciais de promoção da saúde no contexto da ESF. Com base em diferentes referenciais, sabe-se que a implementação de práticas de prevenção de agravos, embutidas em um discurso de Promoção da Saúde, mas com ações práticas com enfoque tradicional, centradas em um modelo curativista, não traz impactos frente à proposta de um modelo assistencial produtor de saúde e da vida humana.

Cabe-nos, como profissionais de saúde, por meio da construção de práticas planejadas e engajadas, buscar incorporar os referenciais da saúde coletiva e da educação popular em saúde, para a construção de práticas de grupo que conciliem as necessidades de saúde e as orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população, sendo promotoras da saúde “com” e não “para” a comunidade que assistimos. O desafio continua!

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A. prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.61, n.1, p.117-21, jan/fev 2008.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 28 de março 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- CAMPOS R. S. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. cap.3, p. 62-74.
- CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004.
- CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Pre-cariedades do Excesso: informação e comunicação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 168p.
- CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 136p.
- CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de Saúde**. Contagem, 2005. 120 p.
- GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-168, jan./jul. 1997.
- JESUS, M. C. P. de *et al.* O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.54-61, jan./mar. 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.
- NASCIMENTO, M. A. A. do. O desafio da clínica na saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.7, n.2, pág. 01- 11, jul./dez. 2004.
- PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p.185-92.
- PERES, E. M. A estratégia de saúde da família e sua ajuda na consolidação do SUS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.115-24, jan./mar. 2002.
- RODRIGUES, M. P. *et al.* A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, jan./fev. 2008.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, jan./fev. 2008.



SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.346-52, abr. 2006.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, pág.91-104, set. 2004/fev.2005.

SOUZA, A. C. *et al.* Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, ago, 2005.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de**

**Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p.153-158, mar./abr., 2008.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.965-74, mai./jun. 2008.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e Desafios na organização da Atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde HMP Comunicação, 2008. 432p.

---

Submissão: novembro de 2008

Aprovação: maio de 2009

---