

PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIVENCIADAS EM GRUPOS, EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Users' perception of group-experienced health promotion practices in a family health basic unit

Rafaela Cristina Costa¹, Carla Roberta Ferraz Rodrigues²

RESUMO

Este estudo de campo, do tipo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa, teve como objetivo identificar a percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. O cenário da pesquisa foi uma unidade básica de saúde, localizada na zona Leste de São Paulo, onde há implantada a estratégia saúde da família. Foram convidadas a participar pessoas da comunidade que frequentam ou já frequentaram algum grupo da unidade. Os grupos de pintura, caminhada, idosos, canto, gestantes e hipertensão/diabetes dessa unidade têm enfoque na promoção da saúde. Foi escolhido um participante de cada grupo, por meio de sorteio, totalizando seis participantes a população do estudo. Foram respeitados todos os preceitos éticos em pesquisa. Utilizou-se a técnica da entrevista para coleta de dados, realizada no mês de junho de 2009. Os dados coletados foram trabalhados pela análise temática. Observou-se uma tendência e valorização das práticas individuais relacionadas ao atendimento clínico-individual. Todos apresentaram opiniões positivas com relação aos grupos. O grupo que ganhou destaque sobre conhecimento e participação foi o grupo da caminhada. Notou-se, de maneira geral, uma falta de interesse na participação nos grupos oferecidos pela unidade. Todos afirmaram que os grupos são bons, pois contribuem para o aprendizado e são oportunidades de lazer e entretenimento. Poucos usuários propuseram novas ideias para grupos. A escolha dos temas e as ações ocorrem ainda de maneira verticalizada, em que os profissionais repassam o conteúdo, vindo com propostas prontas, não valorizando a participação da população na construção conjunta. Todos desconheciam o termo promoção da saúde e alguns correlacionaram qualidade de vida com alimentação saudável e outros com trabalho e renda. A realização de

ABSTRACT

This fieldwork exploratory, descriptive and qualitative fieldwork aimed to identify the users' perception of group-experienced health promotion practices in a family health basic unit. The research scenery was a basic health unit located in the São Paulo's Eastern Zone, a region where the family health strategy has been implemented. Community dwellers who attended or had attended any group meeting organized by the unit were invited to participate. The following existing groups prioritize health promotion: painting, walking, elderly, singing, prenatal and hypertension/diabetes. One participant from each group was chosen, by means of a draw, totalizing 6 participants for the study population. All the ethical precepts were respected in the research. During the month of June 2009, the interview technique was used for data collection. The data collected were then analyzed according to the thematic analysis. There was a trend towards and valorization of individual practices related to clinical-individual assistance. All participants were positive about their groups. The walking group was singled out for excelling in knowledge and participation. A general lack of interest in participating in the groups offered by the unit was observed. The groups were unanimously acknowledged as good opportunities for learning and having leisure and entertainment. Few users suggested new ideas for the groups. The choice of topics and actions still occurs in a vertical, in which service providers pass on the content and come up with ready-made proposals, not valuing people's participation in joint construction. While all were unaware of the term health promotion, some correlated the quality of life with healthy eating and others with work and income. The performance of the groups with a focus on health promotion and health education in a broad sense is not an easy task, considering the range of activities

¹ Rafaela Cristina Costa, Enfermeira especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina (FASM) - modalidade residência. Estratégia Saúde da Família na Zona Leste de São Paulo - Casa de Saúde Santa Marcelina. E-mail: rafa.enf@gmail.com

² Carla Roberta Ferraz Rodrigues, Enfermeira, coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina (FASM)

grupos com enfoque na promoção da saúde e educação em saúde de maneira ampla não se constitui uma tarefa fácil, diante da gama de atividades que os profissionais de saúde da estratégia saúde da família têm que desenvolver. Assim, o cenário da pesquisa ilustra avanços na implementação das ações de promoção da saúde por meio dos grupos, mas ainda sofre com as interferências e o peso da cultura biologicista da formação dos profissionais, as necessidades e urgências da população, além do caráter assistencial das demandas e enfoques institucionais específicos.

PALAVRAS-CHAVES: Promoção da Saúde; Saúde da Família; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Participação Comunitária.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada em diversos países para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de sua população. A concepção de Atenção Primária como base da organização dos sistemas de saúde tende a superar concepções mais restritas que a compreendem como um sistema de saúde simplista, de baixa qualificação profissional e tecnológica ofertada à população mais carente e excluída dos serviços de saúde.

Assim, a APS caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde e proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A promoção da saúde é uma das estratégias definidas para operacionalizar a APS.¹

De acordo com Terris², a expressão “promoção da saúde” foi usada, pela primeira vez, em 1945, por Henry Sigerist, historiador e médico para quem a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e reabilitação.^{2,3}

A concepção e a prática de promoção da saúde, todavia, foram impulsionadas a partir de 1974, com a divulgação do Informe Lalonde, quando Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, publicou o documento Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadianos (*A New Perspective on the Health of Canadians*). A elaboração desse documento parece ter sido ocasionada pelos crescentes custos da assistência médica e pela abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, que apresentava poucos resultados na melhoria da saúde dos canadenses.³

that health professionals in the family health strategy must develop. Thus, although the research shows progress in implementing actions to promote health through group activities, there is still interference from the biologically-biased training of professionals, emergency needs of the population, care-seeking behavior and specific institutional approaches.

KEY WORDS: Health Promotion; Family Health; Health Education; Primary Health Care; Consumer Participation.

O Informe Lalonde e a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior serviram de bases para a Conferência de Alma Ata (1978), cujas metas foram a de alcançar a “Saúde para Todos no Ano de 2000” e a formulação da estratégia da APS.⁴

A Declaração de Alma Ata deu um novo direcionamento às políticas de saúde e foi um estímulo para a continuidade da luta pela promoção da saúde, que culminou na Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde em 1986, sediada por Ottawa no Canadá, da qual resultou a Carta de Ottawa.⁵

Segundo a Carta de Ottawa⁶, documento fundador da promoção da saúde,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.^{6:1}

Dessa forma, a promoção tem sido definida como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre sua saúde, transcendendo as atividades e as decisões individuais para se tornar uma atividade coletiva.⁷

Czeresnia⁸ considera que a promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar.

A World Health Organization⁹ (p.1, 1998) - Organização Mundial da Saúde - OMS define a promoção da saúde como:

Um processo político e social global que abarca não somente ações dirigidas diretamente a fortalecer habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também a modificar as condições sociais, ambientais e econômicas, com o objetivo de aliviar seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde é um processo que permite que as pessoas aumentem o controle sobre os determinantes da saúde e em consequência melhorem sua saúde. A participação é essencial para sustentar as ações de promoção da saúde.

Desse modo, a OMS assume a promoção da saúde como uma das principais linhas de atuação na elaboração de políticas de saúde, subsidiando as práticas de educação em saúde.

O Ministério da Saúde⁴ salienta ainda que a promoção e a proteção da saúde são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social sustentável; para a melhoria da qualidade de vida e, para a conquista da paz mundial e aplicação das ações de saúde como um direito e dever da população. E isso se faz presente junto a projetos de reorganização da rede básica, inclusive sob o manto da Estratégia Saúde da Família (ESF).¹⁰

Criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, a ESF é tida como um modelo substitutivo da rede básica tradicional que visa operacionalizar um modelo tecno-assistencial pautado nos princípios do SUS, de cobertura universal, assumindo como princípio norteador a equidade e objetivando reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.^{11,12}

Estrutura-se na lógica da APS, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. É considerada uma estratégia de mudança de modelo da assistência à saúde, tendo como ponto central a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, devendo traduzir-se em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.¹³

Dessa maneira, a ESF, entre outras ações, pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob o ponto de vista da promoção da saúde.

Assim, com base nas evidências teóricas citadas, a promoção da saúde identifica e atua sobre os micro e os macro determinantes que influenciam os processos de saúde/doença. A atual cultura biologicista ainda não privilegia as ações de promoção da saúde e vem ao encontro da resistência da população em participar das atividades que não sejam curativistas, dificultando o trabalho nessa perspectiva.

Observando a necessidade de mudança do modelo de atuação biomédico, mudança de comportamento, adoção de estilo de vida saudável, transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia - em que os indivíduos são responsáveis pelo seu estado de saúde - fundamenta-se a inquietação pautada nas seguintes questões norteadoras: será que os usuários que participam das atividades em grupo de Unidades de Saúde da Família atribuem importância a essas atividades? Percebem mudanças em seu estilo de vida? As ações realizadas em grupos têm impacto na saúde dos indivíduos? Participam do processo de construção de sua saúde? Será que os profissionais têm adotado novas metodologias e assim repensado o processo de trabalho em saúde?

Por conseguinte, tendo em vista a temática promoção da saúde, seu contexto histórico, sua repercussão atual na APS e sua relevância para a ESF, considera-se significativo explorar e entender o assunto numa dada realidade, com vistas ao redirecionamento das ações e melhor compreensão das dinâmicas estabelecidas.

Observou-se um número limitado de estudos explorando a visão da promoção pela perspectiva dos usuários do sistema. Ademais, no cotidiano das práticas em saúde, percebem-se dificuldades tanto por parte dos profissionais como dos usuários para aderirem e compreenderem as propostas de promoção da saúde, estando ainda atrelados ao modelo biomédico, curativista, imediatista e com enfoque predominante na doença.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), discutindo as percepções dos participantes, à luz do referencial teórico da promoção da saúde.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se a técnica de análise temática.

Segundo Minayo¹⁴, a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e do senso comum dos que vivenciam determinada situação.

Sendo assim, diante da intenção de se analisar a percepção dos usuários, considerou-se a abordagem qualitativa como mais apropriada para este estudo, uma vez que identifica elementos para compreender como ocorrem as práticas de promoção da saúde na unidade escolhida de ESF.

A pesquisa foi realizada em uma UBSF, localizada na zona Leste de São Paulo.

Foram convidadas a participar da pesquisa pessoas da comunidade que frequentam ou já frequentaram algum grupo da unidade.

Na unidade pesquisada, existem diversos grupos realizados pelos profissionais de saúde que nela trabalham. Cada grupo tem sua periodicidade e um número particular de representantes.

A ESF tem como premissa o trabalho com grupos, onde as práticas educativas na atenção à saúde são atividades pedagógicas voltadas aos usuários, visando à construção do conhecimento a partir das informações e vivências trazidas. Os grupos podem ser de caráter educativo, informativo, de lazer, entre outros.

Cada equipe da estratégia desenvolve seus grupos de acordo com a demanda e a necessidade da população, não havendo um protocolo de padronização.

Assim, por conhecer a dinâmica dos grupos da unidade em questão, a pesquisadora observou que alguns têm enfoque na promoção da saúde, como: grupo de pintura, caminhada, idosos, canto, gestantes e hipertensão/diabetes.

O grupo de pintura é realizado por uma auxiliar de enfermagem e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Os encontros são semanais e duram até o término de uma técnica ou tela em aprendizado. Tal atividade objetiva socialização, troca de experiências e lazer.

O grupo de caminhada é realizado pelos ACSs. Os encontros são diários, são realizados exercícios físicos e práticas chinesas, além da socialização e troca de experiências entre os participantes.

O grupo de idosos é realizado por profissionais de diferentes categorias de nível superior e ACS. Os encontros

são semanais, são realizadas atividades físicas, de memória, danças, artesanato e discussão de variados temas com o objetivo de trocar experiências entre os participantes e ampliar o convívio social.

O grupo de canto é realizado pelos ACSs, e uma fonoaudióloga, com conteúdo pré-definido e discutido conjuntamente com os participantes. Os encontros são semanais, são realizados exercícios de voz e técnicas para o canto em grupo, favorecendo a socialização dos participantes, troca de experiências e aprendizagem.

O grupo de gestantes é realizado pelos enfermeiros da unidade, com conteúdo programático previamente estipulado. Os encontros são semanais (cinco encontros), em que são discutidas mudanças no decorrer da gestação, alimentação saudável, saúde bucal, importância do pré-natal, amamentação, trabalho de parto, tipos de partos e cuidados com o recém-nascido. Favorece a troca de experiências e socialização das gestantes, além de sanar as dúvidas desse período.

O grupo de hipertensos e diabéticos é realizado por profissionais de diferentes categorias de nível superior. Habitualmente esse grupo tem o caráter curativista com palestra e consulta individual logo após a conversação. Esse, diferencialmente, foi escolhido para o estudo, pois o público alvo eram os portadores de hipertensão e diabetes, mas o conteúdo discutido advinha das necessidades do grupo. Não teve caráter apenas informativo sobre as suas patologias e não houve abordagem consultiva ao final. Os encontros eram realizados mensalmente e as atividades realizadas foram as mais variadas: exercícios de relaxamento, discussões sobre manchetes na época, questionamentos sobre as repercussões de determinada doença, alimentação saudável, teatro ilustrativo, dança, brincadeiras, entre outros.

Sendo a participação nos grupos livre, a pesquisadora teve acesso aos nomes dos participantes por meio das listas de presença e os selecionou por meio de sorteio. Foi escolhido um participante de cada grupo de maneira aleatória, por meio de sorteio, totalizando seis participantes para compor a população do estudo.

Foram respeitados todos os preceitos éticos em pesquisa, como: aprovação do comitê de ética em pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 13 de maio de 2009, com parecer nº 176/09.

Utilizou-se a técnica da entrevista para coleta de dados, realizada no mês de junho de 2009. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Utilizou-se um roteiro semiestruturado, composto de questões abertas, buscando

do compreender qual a percepção do usuário acerca das práticas de promoção da saúde ocorridas na unidade por meio dos grupos, a saber: Por que você vai ao posto de saúde? O que você acha do grupo de que participa(ou) na unidade? Por quê? Comente. Você conhece e/ou já participou de outro grupo no posto? O que você acha de o posto de saúde fazer esses grupos? Que outros tipos de grupos você gostaria que o posto tivesse? Quem organizou o grupo de que você participou? O que você achou do grupo? Se gostou, se queria mudar alguma coisa? Você já ouviu falar em promoção da saúde? Comente. E qualidade de vida? Comente.

Os dados coletados foram trabalhados pela análise temática a fim de alcançar os objetivos desta investigação. Segundo Bardin¹⁵, a “análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a de discurso direto e simples”.

Inicialmente, os discursos foram recortados nos pontos mais significativos, com a finalidade de identificar a ideia central das respostas dos entrevistados.

Após esse processo, os recortes foram agrupados por afinidade ou semelhança, construindo-se assim os núcleos de pensamento das categorias empíricas que foram analisadas à luz do referencial teórico sobre promoção da saúde e interpretações pessoais.

Apresentação, análise e discussão dos resultados da pesquisa

Os pressupostos da nova saúde pública que emergem da conferência de Ottawa (referência da promoção da saúde) resultam em mudanças importantes, também na concepção de educação em saúde. Na saúde pública tradicional, a educação em saúde estava voltada basicamente para a finalidade de prevenir doenças. Com a nova abordagem, ela anseia o enfoque desvinculado do modelo biomédico de saúde, ampliando seus objetivos no sentido da preparação dos indivíduos para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde.

Dessa maneira, para que a ESF se consolide como um novo modelo assistencial, é necessário romper com as práticas reducionistas e fragmentadas e com o enfoque na doença e tratamento.¹⁶

Assim, na promoção da saúde, o trabalho em grupos possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias

de vida que têm algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos.¹⁷

Entretanto, ainda se observa que o enfoque dos grupos na realização da educação direciona-se na tentativa de conscientizar as pessoas sobre a adesão a tratamentos clínicos e a comportamentos preventivos dos agravos à saúde. O que devia ocorrer, na verdade, é a troca de experiências e possibilidade de ampliação da cidadania.¹⁷

Silva *et al.*¹⁸ compreendem grupo, no campo da atenção à saúde, como um locus que articula as várias dimensões da vida humana: social, pois aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, construindo sujeitos e comunidades; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e externo.

Assim, tendo em vista o conceito de promoção da saúde, as considerações sobre grupos, o contexto da ESF, profissionais e usuários e o objetivo deste estudo serão apresentadas a seguir as categorias encontradas mediante análise do conteúdo obtidas por meio das entrevistas.

Categoria 1: BUSCA PELO SERVIÇO

Quando questionados sobre o motivo pelo qual procuraram o serviço de saúde, a maioria dos entrevistados relatou a busca por necessidade de atendimento clínico individual, a exemplo: buscar remédio, aferir pressão, realizar glicemia capilar, consulta médica e/ou de enfermagem, realização de curativos e uma minoria pontuou a busca por atividades de lazer ou educativas.

Eu vim medir pressão, ora vim atrás de remédio, ora venho passar no médico ou enfermeiro. Vim limpar os dentes, limpeza da boca, já fiz biópsia, já fui encaminhada. E2

Já participei do curso que teve aqui, aulas do conselho gestor. E3 (grifo próprio)

Às vezes tem festa, uma diversão nós come, nós bebe, água né e é divertido. E5

É importante salientar que todos os entrevistados citaram a busca e a participação nos grupos da unidade como uma atividade secundária às descritas anteriormente. Por

outro lado, também percebem a importância da participação nos grupos.

... então assim tem o grupo e tem muita gente que não participa que acha bobeira participa, muita gente acha que é perda de tempo, mas não é, é importante saber das coisas. E1

Notou-se nos discursos uma tendência e valorização das práticas individuais relacionadas ao atendimento clínico-individual, remetendo a uma discussão sugestiva sobre a pouca repercussão dessas atividades em suas vidas e/ou o foco de assistência da APS dar-se ainda de maneira individual, curativista e centrado no modelo biomédico.

Jesus *et al.*¹⁹ pontuaram, como resultados, ao pesquisar a opinião de enfermeiros sobre as práticas educativas na ESF, que, na prática, ainda permanece a busca pelo modelo assistencial de atenção à saúde, centrado no atendimento médico e de procedimentos, predominando uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se preferencialmente para ações curativas. Esse modelo destaca-se como fator que interfere para a não efetivação da educação em saúde no sentido da promoção da saúde com a participação ativa da população.

Silva *et al.*¹⁸, ao realizarem observações assistemáticas de sua realidade, perceberam que a assistência nas unidades com ESF conservava-se centrada em cuidados individuais, seguindo recortes por sexo, faixa etária ou patologias e assumindo características tradicionais do modelo clínico, ainda que as equipes fossem sensíveis à abordagem integral, familiar e promocional da saúde.

Categoria 2: OPINIÃO SOBRE O GRUPO QUE PARTICIPOU

Todos os entrevistados apresentaram opiniões positivas com relação aos grupos em que participaram. Alguns apenas citaram o contentamento com a atividade; outros tentaram enaltecer que com o grupo puderam desenvolver potencialidades (ofício e/ou talento) e realizar atividades de entretenimento. Na fala de um entrevistado, pôde-se observar a valorização da informação transmitida e a importância do conhecimento. Destaca-se também o relato da utilização de uma metodologia mais lúdica desenvolvida pelo profissional condutor do grupo na tentativa de maior envolvimento dos participantes.

... então assim tem o grupo e tem muita gente que não participa que acha bobeira participa, muita gente acha que é perda de tempo, mas não é, é importante saber das coisas. E1

Acho legal, muito legal. Acho muito bom, tem atividades, brincadeiras, a gente conversa muito. E2

Bem... elas fazia brincadeira, falavam sobre a comida, teve um dia que elas trouxe um monte de figurinhas pra gente fala o que que a gente come no dia a dia né E3

Uma maravilha né, aprendi mais uma profissão, tava escondida dentro de mim e eu não sabia. E4 (grifo próprio)

Ab eu acho bom, eu desenvolvo meu talento E6 (grifo próprio)

A respeito do trabalho com grupos, Bechelli e Santos²⁰ defendem como uma oportunidade para as pessoas adquirirem condições de desenvolver suas próprias escolhas e mudanças. Os autores enfatizam que, no grupo, a interação é particularmente realizada entre os participantes, os quais pouco a pouco passam a assumir papel ativo no decorrer do processo, decidindo sobre a prioridade dos assuntos que querem discutir. Nesse contexto, a força para mudanças provém dos participantes do grupo. Um indivíduo motivado fortalece a disposição do outro para se engajar de forma efetiva na busca da transformação.

Ao desenvolver o trabalho com grupos, o profissional tem a oportunidade de estimular os participantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade. Esse trabalho nas comunidades constitui-se em importante ferramenta para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e suas condições de vida e saúde. Juntos, os indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar ações de mudança.

O grupo de promoção da saúde (GPS) é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaços e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente, a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde. A construção do saber, nos GPS, ocorre nas seguintes condições: participação coletiva dos membros e desenvolvimento da autonomia.²¹

Os mesmos autores descrevem que a metodologia dos GPS, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), diferencia-se das intervenções por meios de grupos terapêuticos, que têm por objetivo primordial a melhoria de patologias específicas dos indivíduos, e das ações preventivas, baseadas na educação clássica informativa e no

modelo higienista, o qual reduz problemas sanitários complexos, ao nível das condutas individuais de autocuidado. Os GPS permitem o resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal e deste para outro mais amplo, o social.

Nesse sentido, a participação nos grupos na realidade pesquisada aponta para uma potencialidade quanto à promoção da saúde, ainda que haja muito a ser explorado dentro dessa perspectiva.

Categoria 3: PARTICIPAÇÃO/CONHECIMENTO SOBRE OUTROS GRUPOS

O grupo que mereceu destaque sobre conhecimento e participação foi o grupo da caminhada. O fato de a maioria dos entrevistados ser de idosos pode ter contribuído para esse achado. Alguns usuários relataram que desconhecem outros grupos, excluindo o que participa.

Observou-se também, de maneira geral, uma falta de interesse na participação nos grupos oferecidos pela unidade. Talvez ampliar a divulgação seja uma das possibilidades de atuação, e fazer com que os profissionais de saúde estimulem a participação dos usuários nos grupos, explicitando as atividades educativas e comunitárias como novidades e atribuindo um valor que ainda não é reconhecido.

Não, nunca. Eu trabalhava né, Nem sei os outros tipos de grupo do posto. Não sei mesmo. E6

Não, nunca participei de outro E5

Ah o da caminhada já vim, mas não continuei E3

Já participei do grupo da caminhada 4 ou 5 anos e depois num aguentei mais e parei por causa das pernas, tenho muito dor e não aguento mais. E2

Tem também grupo de dentista que é importante, de verminose e tem mãe que não aparece. E1

O posto faz vários grupos ai que eu não participo, quem nem o negócio ai de japonês, não sei explicar, é ginástica japonesa. Eu não participo, mas acho importante, não participo porque já tava fazendo a fisioterapia, mas acho importante. E4

Categoria 4: SOBRE A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS

Todos afirmaram que os grupos são bons, pois contribuem para o aprendizado, são oportunidades de lazer

e entretenimento, e uma maneira de se engajar em novas atividades.

Mediante as falas apresentadas a seguir, podemos remeter os achados ao conceito de autocuidado, correlacionando-o com o conceito de promoção da saúde.

Segundo Bub *et al.*²², o autocuidado é a realização de ações do indivíduo dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Assim, não em oposição à promoção da saúde, mas como um meio de atingi-la, o estímulo à autonomia do sujeito ganha destaque nas ações em grupos no universo pesquisado, aproximando-se do discurso de Campos *et al.*²³, que relatam que se trabalha pela autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades crescentes para que os indivíduos criem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativos, solidários e produtores de movimento. Ao mesmo tempo, trabalha-se para a criação de possibilidades de satisfação de suas necessidades e desejos, possibilidades de prazer. A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com ambiente e com a vida.

Importante é ter informação, é participar, procurar informação dos profissionais. Temos que ouvir e procurar, é isso o posto é muito importante na minha vida e na minha família. E1 (grifo próprio)

Ah legal porque tem muita gente que às vezes não sabe o perigo que ta correndo comendo o tipo de alimento né, pra mim foi uma lição boa né foi uma aula boa né fiquei gravada. Tem que se cuidar. E3 (grifo próprio)

Acho muito bom, muito legal mesmo. Se importam cum nós. E2

Acho maravilhoso, porque tudo é um aprendizado na nossa vida né. O saber não ocupa espaço né, quanto mais sabe mais ativo fica. Eu penso assim. E4

Acho bom né. É uma diversão pra gente né, pra quem é novo ou de idade é muito bom E5

Ah eu acho bom, foi bom, uma boa atitude... E6

Categoria 5: SUGESTÃO PARA NOVOS GRUPOS

Apenas dois usuários propuseram novas ideias para grupos, os outros não apresentaram sugestões ou pontuaram que os que já existiam eram suficientes. Esse fato pode sugerir uma baixa capacidade propositiva por parte dos usuários; um desinteresse quanto à participação; pouca repercussão dessas atividades ou necessidades clínicas individuais.

Vasconcelos²⁴ considera que a população, estando enfocada com a urgência de seus problemas de saúde e com a insuficiência dos serviços de saúde para atendê-la, tem as atividades educativas e comunitárias como novidades com valor ainda não reconhecido.

Assim gostaria de um grupo de educação... assim como a mãe deve assim lidar com o filho, porque tem mãe que não sabe lidar. E1 (grifo próprio)

Ai meu Deus, num sei. Então, às vezes eu participaria, eu preciso né, preciso fazê alongamento, devido ao meu problema no nervo né, mas você sabe, se eu fizer um dia né é porque eu tenho que fazer, porque eu não gosto (rs). Então é isso, exercício físico. E6 (grifo próprio)

Ab tem muita coisa, já tem bastante coisa aqui eu é quem não participo. E3

Não gostaria. Passeio num posso. Então só aqui ta bom. E2

Categoria 6: CONSTRUÇÃO DO GRUPO

Levy²⁵ ressalta que as ações educativas em saúde são processos que objetivam capacitar indivíduos ou grupos, de modo que possam assumir ou ajudar na melhoria das condições da saúde da população. Portanto, para melhorar a qualidade no repasse de informações aos usuários, é preciso promover medidas concretas para modificar a prática que vem sendo desenvolvida.

Mediante as respostas dos entrevistados, pôde-se sugerir que a escolha dos temas e as ações ocorrem ainda, na maioria das vezes, de maneira verticalizada, que os profissionais repassam o conteúdo, vindo com propostas prontas, não valorizando a participação da população na construção conjunta. Apenas um usuário relatou que, no grupo, há compartilhamento das ideias e construção coletiva.

Não, não chegaram a perguntar tipo de criança e gestante nunca perguntaram. Eu sempre falo, tem que falar na hora

porque se fizeram alguma coisa errada tem que fala daí dá pra ter mais ideias pra no próximo grupo melhorar mais ainda para que haja interesse. E1

Não perguntava não. A gente conversava, tirava foto, gravava. Isso tem muito tempo já. Mas nunca vi, sei que fizeram, sempre prometiam trazer, mas nunca vi. E2

Segundo Jesus *et al.*¹⁹, os profissionais precisam estar comprometidos com a coletividade em relação ao exercício da cidadania, objetivando capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem a melhoria das condições de saúde de forma crítica e autônoma, com uma postura de mediador do processo de promoção e educação em saúde, em busca da construção do conhecimento no contexto da prática social, com o intuito de interagir e intervir na realidade, superando as práticas que se limitam a ensinar comportamentos saudáveis.

Para Borges e Japur²⁶, os processos de interação entre profissionais e usuários, no contexto da saúde, têm sido pautados por concepções que permaneceram sedimentadas na tradição de um profissional portador do saber se relacionando com um usuário alienado desse saber com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde. Essa relação engessada pelas hierarquias não parece contribuir para a transformação do sistema de saúde. Não se trata de negar as diferenças e a especificidade dos saberes, trata-se de considerar o usuário como portador de um saber específico, a partir do qual sua ação ganha sentido para ele.

Para esses fins, podem-se considerar dois modelos norteadores de educação em saúde: tradicional e dialógico. Enquanto o primeiro, hegemônico, focaliza a doença e intervenção curativa fundamentada no referencial biologicista do processo de saúde-doença, preconizando a prevenção das doenças a partir de mudanças de comportamentos individuais; o segundo, por ter o diálogo como seu instrumento essencial, pressupõe o envolvimento dos sujeitos nas ações e na construção/re-construção de saberes, no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade das pessoas no cuidado com a saúde, não pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional da saúde, mas sim pelo desenvolvimento da situação de saúde.¹⁶

Sim, ela pede opinião, as ideias fluem, tem diversas ideias, a gente vê junto o que é melhor né. É gostoso, é legal porque você ta aprendendo uma nova atividade e faz novas amizades né, conhece várias pessoas que não conhecia antes E4 (grifo próprio)

Assim, há de se considerar no contexto das práticas em saúde que a concepção dialógica deve nortear as práticas, ou seja, o profissional deve ser capaz de instrumentalizar os participantes do grupo, estimulando sua consciência crítica e o exercício da sua autonomia frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo.

Categoria 7: ENTENDIMENTO DO TERMO PROMOÇÃO DA SAÚDE

Destacando o conceito de Promoção da saúde, assumido pela OMS, como um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde, ou segundo a Carta de Ottawa, promover a saúde significa fornecer às populações condições para que elas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela. Todos os participantes, quando interrogados, desconheciam o termo promoção da saúde e/ou não fizeram nenhuma formulação aproximada do conceito.

Não, nunca ouvi falar E1, E2, E4, E6

Categoria 8: ENTENDIMENTO DO TERMO QUALIDADE DE VIDA

A OMS definiu, em 1995, que a qualidade de vida conceitua-se como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Segundo Minayo²⁷, existe uma relação intrínseca entre condições, qualidade de vida e saúde. O patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, considerados elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Para que seja possível estabelecer uma vida saudável, é preciso que o indivíduo possa satisfazer suas necessidades, relacionadas às diferentes dimensões que o constituem. Essa satisfação é entendida como a possibilidade de constituir as condições necessárias para o que se convencionou chamar de qualidade de vida.²⁸

Assim, dos usuários entrevistados, alguns correlacionaram qualidade de vida com alimentação saudável e outros com o trabalho e renda, aproximando-se bastante do real conceito apresentado acima.

A família tem qualidade de vida exemplo: [... condições de alimentação...] E1 (grifo próprio)

Ab... já. É ter trabalho, ter emprego, renda mensal, ajuda bastante, quando não tem fica ruim, na fase difícil a qualidade de vida fica zero, agora quando tem tudo isso a qualidade de vida fica boa. E3 (grifo próprio)

Quando você participa do programa de qualidade de vida você aprende viver melhor né. Precisa de uma direção pra viver bem. A qualidade de vida é uma direção que devemos tomar. E4

É... penso... sobre... tem a ver com alimentação? Bom deve ser com família. E5

Não sei falar sobre. Já ouvi na televisão. Não lembro o que falaram não. Ab, é assim né sempre fala qualidade de vida é aquilo que a gente tem né, classe social né, uns tem mais né outros menos. E6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se uma tendência e valorização das práticas individuais relacionadas ao atendimento clínico-individual, porém todos entrevistados apresentaram opiniões positivas com relação aos grupos. Notou-se, de maneira geral, uma falta de interesse na participação nos grupos oferecidos pela unidade, mas todos afirmaram que os grupos são bons, pois contribuem para o aprendizado e são oportunidades de lazer e entretenimento. Poucos usuários propuseram novas ideias para grupos. A escolha dos temas e as ações ocorrem ainda de maneira verticalizada, em que os profissionais repassam o conteúdo, vindo com propostas prontas, não valorizando a participação da população na construção conjunta. Todos desconheciam o termo promoção da saúde e alguns correlacionaram qualidade de vida com alimentação saudável e outros com trabalho e renda.

Assim, a realização de grupos com enfoque na promoção da saúde e educação em saúde de maneira ampla não se constitui uma tarefa fácil, diante da gama de atividades que os profissionais de saúde da ESF têm de desenvolver. Soma-se a isso a concepção da população e dos gestores sobre a 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 respeito das ações de promoção da saúde, talvez um obstáculo encontrado seja a falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais. Outro ponto a ser considerado é

o enfoque clínico individual e ensino teórico-prático dos profissionais durante a formação, que se dá preferencialmente na assistência planejada e executada individualmente. Outra questão relevante é a cobrança dos gestores com foco nos resultados centrado no modelo biomédico, não favorecendo o desenvolvimento de atividades que estimulam a participação da comunidade, consolidando uma estratégia clínica assistencial, enquanto a dimensão educativa-participativa e de empoderamento de pacientes/comunidade para o exercício da cidadania apresenta-se reduzida.

Valoriza-se uma maior aproximação entre os atores sociais envolvidos, facilitando espaços de conversação e de consensos, possibilitando a construção de novos sentidos na especificidade da assistência local desejada, através do diálogo.

Desse modo, o trabalho com GPS leva ao enfrentamento de grandes desafios ao ligar conhecimentos dispersos das áreas humanas, biológicas e outras, aos saberes populares. Os GPS no contexto do SUS poderão ser utilizados como importantes recursos técnicos que auxiliam a construção e aperfeiçoamento de serviços associados ao conceito positivo da saúde.

A necessidade de pesquisas direcionadas à promoção da saúde, identificando intervenções, limites e potencialidades, impõe-se ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias em saúde.

Portanto, as ações de promoção são resultantes de um complexo processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas atuando sobre múltiplas dimensões: por um lado, intervenções de âmbito global do Estado e por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos.

Entretanto, estimular a autonomia e a consciência crítica dos sujeitos do processo de educação em saúde não garante que eles poderão desenvolvê-las em sua plenitude, tendo em vista que entendemos que as decisões estão alicerçadas no contexto das vivências individuais. Assim, faz sentido dizer que o ambiente e o contexto social, muitas vezes, impõem limites às escolhas cotidianas.

Ignorar que as estruturas e as diferenças socioculturais e econômicas influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis e não saudáveis leva os profissionais da saúde, que utilizam o modelo tradicional de educação em saúde, a considerarem os indivíduos como os únicos responsáveis pelas suas condições de saúde. Nesse sentido, um dos aspectos negativos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil é o que se chama de culpabilização da vítima, em que individualizando a culpa, tenta-se explicar os problemas da saúde, os quais são, geralmente, resultados

de uma combinação de fatores sociais e culturais experimentados no coletivo.

Por fim, o conceito de promoção da saúde tem um significado que contém uma combinação de ações: do Estado nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, com o esforço das ações comunitárias; dos indivíduos com o desenvolvimento das habilidades e de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais.

Assim, o cenário da pesquisa ilustra avanços na implementação das ações de promoção da saúde por meio dos grupos, mas ainda sofre com as interferências e o peso da cultura biologicista da formação dos profissionais, as necessidades e urgências da população, além do caráter assistencial das demandas e enfoques institucionais específicos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: série pactos pela saúde 2006. Brasília: MS; 2006.
2. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy*. 1992; 13:267-76.
3. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1354-60.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata, Carata de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília: MS; 2001. 54p.
5. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(1):5-13.
6. Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa; 1986. [Citado em 2010 mar. 21]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>
7. Macdonald TH. Rethinking health promotion: a global approach. London: Routledge; 1998.
8. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
9. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: OMS; 1998. [Citado em 2010 mar. 21].

- Disponível em:<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf>
10. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):1088-95.
 11. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(1):19-25.
 12. Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):533-9.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: MS; 2000.
 14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1998.
 15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977. [Citado em 2008 nov. 10]. Disponível em: <<http://www.caleidoscopio.psc.br/ideias/bardin.html>>
 16. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
 17. Souza AC, Colome ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(2):147-53.
 18. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidades para participação social. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(2):143-9.
 19. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS*. 2008; 11(1):54-61.
 20. Bechelli LP, Santos MA. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(3):383-91.
 22. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss P, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(Esp):152-7.
 21. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(2):346-52.
 23. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 745-9.
 24. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001.
 25. Levy S. Programa Educação em Saúde 2000. [Citado em 2009 ago. 10]. Disponível em:<<http://saude.gov.br/programas/pes/pes/index.html>>
 26. Borges CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(18):507-19.
 27. Minayo MCS, Hartz ZMZA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5:7-18.
 28. Budó MLD, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Lopes LFD. Qualidade de vida e a promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. *Online Braz J Nurs (Online)*. 2008; 7(1).

Submissão: novembro de 2009

Aprovação: março de 2010
