

A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE GRUPOS EDUCATIVOS

Health professionals' views on self-help educational groups

Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli¹, Tamara Queiroz Vieira²

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço em que se constroem as relações intra e extrafamiliares. A educação em saúde é uma das estratégias que visa promover o desenvolvimento do conhecimento fazendo com que as pessoas reflitam e busquem o prazer de viver bem, melhorando a sua qualidade de vida e saúde e de sua família. Uma das maneiras utilizadas na ESF para se fazer educação em saúde é em grupos. Esses proporcionam o senso de valorização do indivíduo e a inclusão e a identificação entre os participantes. O objetivo deste estudo foi conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos através de uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aleatoriamente em vinte profissionais (médico, enfermeiro e dentista) das ESFs das quatro regiões do Município de Marília. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2011. A análise de dados se deu pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados apontaram para diferentes concepções de grupos educativos, na visão da educação em saúde, uma mais voltada para a concepção de reprodução e outra para a de construção. As grandes dificuldades da realização dos grupos educativos apontadas pelos profissionais de saúde estão presentes desde a formação até a execução da prática profissional nos serviços. A concepção de reprodução de educação em saúde dificulta o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. O trabalho em grupo é um processo que possibilitará o desenvolvimento da autonomia da pessoa que, de alguma forma, encontrará o melhor momento e forma de se cuidar. Conclui-se que a dificuldade da realização dos grupos da prática profissional na Atenção Básica em Saúde faz com que se reproduzam comportamentos presentes nos Serviços de Saúde. Por outro lado, os profissionais que tiveram experiências de grupos educativos em sua formação, lidaram

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a space where relationships within and outside the family are built. Health education is one strategy that seeks to promote the development of knowledge so that people reflect on and seek the pleasure of living well, improving their quality of life and health, and that of their families. One of the ways used in the FHS to provide health education is in groups. This provides a sense of affirmation of the individual, and inclusion and identification among the participants. This project aimed to study health professionals' views on self-help educational groups through a qualitative approach, using semi-structured interviews, randomly applied with twenty professionals (doctors, nurses, and dentists) from the FHSs of the four regions of the city of Marília. Data collection ran from March to May 2011. Data was analyzed using content analysis, in a thematic modality. The results pointed to different perceptions of self-help educational groups, from a health education perspective, one focusing on the concept of reproduction and another on one of construction. The major difficulties noted by health professionals in the functioning of the educational groups are seen beginning with their formation and onward through the execution of professional practice in the services. The reproductive concept of health education hinders the development of the critical consciousness of people. Group work is a process that will enable a person to develop autonomy and to somehow find the best moment and way to take care of his/herself. It is concluded that the difficulty of operating groups of professional practice in Primary Health Care has to do with reproducing behaviors seen in the Health Services system. On the other hand, professionals who have had educational groups experience in their training, coped better with the difficulties encountered in their daily work. The academic training is still lacking, as

¹ Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli, Enfermeira, doutora pela Universidade de São Paulo, Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. E-mail: luzbra@terra.com.br

² Tamara Queiroz Vieira, Enfermeira assistencial do SAMU Marília.

melhor com as dificuldades encontradas no seu cotidiano profissional. A formação acadêmica ainda é deficiente, pois deveria preparar os profissionais para conseguirem mudar conceitos e melhorar a qualidade das pessoas neste país.

PALAVRAS-CHAVE: Grupos de Autoajuda; Educação em Saúde; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi concebida em 1994 como uma proposta inovadora do Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da atenção básica e mudança do modelo assistencial. Essa nova proposta vem superando a atenção centrada no curativo em detrimento do cuidado preventivo. O objetivo geral da Estratégia da Saúde da Família é reorientar o modelo assistencial de saúde, almejando a integralidade da assistência da população.

O programa apresenta estratégia assistencial que valoriza a formação de vínculo com a população, o trabalho em equipe com enfoque multiprofissional, tanto na promoção da saúde, quanto no estímulo à participação da comunidade, entre outras estratégias norteadas pelos princípios fundamentais da ESF que são: integralidade, equidade e universalidade consolidando assim o Sistema Único de Saúde (SUS).

A perspectiva da ESF elege, como ponto central, a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, fazendo com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.¹

A promoção, prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos não podem ser separadas, mas se trabalhadas em todos seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva, podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade.²

A educação em saúde tradicional deseja modificar comportamentos individuais por meio de estratégias, no sentido de um empreendimento educativo em que quem ensina só repassa seu conhecimento independentemente do sujeito que o recebe, ignorando seus aspectos socioculturais e eco-

it should prepare professionals to manage to change concepts and improve the quality of life and health of people in this country.

KEYWORDS: Self-Help Groups; Health Education; Family Health.

nômicos que influenciam nas escolhas de comportamentos saudáveis e não saudáveis. Esse tipo de abordagem dificulta o desenvolvimento da consciência crítica desse sujeito, na medida em que parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los.³

O modelo tradicional de educação em saúde traz seu projeto na mudança de comportamento individual e na crença de que saúde resulta de escolhas que o indivíduo faz, não importando com suas condições de vida que estão ligadas literalmente às suas escolhas.

Com enfoque em atender às complexidades da nova saúde pública, surgiu um modelo de educação em saúde, cujo objetivo é a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, estimulando a identificação coletiva das origens dessa realidade, pretendendo, junto com os sujeitos, desenvolver planos de ação para a modificação desta realidade.⁴

A pertinência deste modelo educativo está no fato de que trabalha com o desenvolvimento da consciência crítica, processo facilitado pelo trabalho conjunto da análise coletiva dos problemas vivenciados pelas pessoas e a busca de soluções e estratégias conjuntas para a mudança da realidade. A ideia é que a educação invista em um indivíduo mais crítico e questionador.³ Com este propósito, o profissional de saúde tem os meios de promover, na população, um despertar mais crítico em relação à saúde e a seu modo de viver, incentivando o sujeito à sua autonomia no ato de tomar decisões individuais e coletivas.

A educação em saúde é uma das estratégias das ESFs que visa promover o desenvolvimento do conhecimento, fazendo as pessoas refletirem e buscarem o prazer de viver bem melhorando a sua qualidade de vida e saúde, sua e de sua família.

Um instrumental que os profissionais de saúde podem utilizar para ações educativas, principalmente na Atenção Primária, são os grupos, os quais podem desenvolver vínculo de confiança com os profissionais e entre os participantes.

O grupo proporciona o senso de valorização do indivíduo, inclusão e identificação entre os participantes, sendo

que muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde. Nesse aspecto, emerge um processo de interação entre pessoas que se influenciam reciprocamente, no qual cada participante pode refletir e ser refletido uns pelos outros, oportunizando a discriminação, afirmação e consolidação de suas próprias identidades⁵ e vicejando uma relação em que cada integrante do grupo vê-se acolhido e, na qual a situação do outro reflete em sua situação pessoal, criando, assim, um fortalecimento de relações em que as vivências individuais transformam-se em aprendizado.

O profissional de saúde tem a oportunidade de desenvolver suas habilidades como facilitador do processo educativo no grupo. Perceberá que os sujeitos de suas ações de saúde se organizam no contexto da comunidade em que vivem e conhecerá suas necessidades, dando-se conta do seu potencial como facilitador. Também, nos processos de mudança da realidade, necessários para que este contexto propicie escolhas saudáveis, e no trabalho com grupos, os membros da comunidade podem se beneficiar com as trocas de experiências que ocorrem entre eles bem como com as contribuições do profissional de saúde. Assim, o grupo pode avaliar a necessidade de repensar suas atitudes em nível individual e coletivo.³

O profissional de saúde deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer suas necessidades em relação à doença.⁶ Essa linguagem possibilita ao profissional exercer uma prática mais efetiva em grupos de educação em saúde. Considera-se que grupo educativo é a ferramenta mais efetiva das ESFs para promover educação em saúde à população. Porém, a vivência em grupos nas diferentes ESFs, durante o estágio curricular da graduação, permitiu-me observar a discrepância entre o referencial teórico e a realidade existente. Os grupos são verticalizados e contribuem muito pouco para a autonomia do sujeito, pois os profissionais que atuam nos grupos não conseguem ver o sujeito em seu contexto biopsicossocial, mostrando dificuldade em trabalhar com estes, pois não são preparados academicamente para atuar nessa área.

Percebe-se, também, que, na sua maioria, os grupos educativos são pouco frequentados, fato este que chama atenção do real motivo dessa ocorrência.

A razão pode estar relacionada à dificuldade do profissional de saúde em realizar o grupo de educação em saúde? O profissional de saúde entende o grupo educativo como uma ferramenta importante pra mudança de comportamento e para aumentar a autonomia do sujeito?

Portanto, o **objetivo** deste trabalho é conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa, ao propor a exploração do universo de significados e sentidos, de valores, atitudes, crenças, ou seja, da realidade social.⁷ Busca conhecer o entendimento dos sujeitos das práticas educativas, realizadas nos grupos de educação em saúde das ESFs do Município de Marília.

Os cenários de realização da pesquisa são as equipes das ESFs localizadas nas áreas de abrangência de cada Região do município de Marília, nas zonas Norte, Sul, Leste e Oeste. As ESFs foram escolhidas aleatoriamente, duas em cada região, e os profissionais de saúde necessariamente deveriam pertencer ao nível superior (médico, dentista e enfermeiro).

A coleta dos dados foi no período de dois de março a 17 de maio de 2011, com uma entrevista semiestruturada. Foram sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde médico (7) enfermeiro (7) e dentista (6) das oito ESFs.

No momento de cada entrevista, depois de previamente agendada, foi solicitada aos participantes da pesquisa a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando procedimentos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, parecer nº716/10. Nesse termo, houve a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa. Obtido o consentimento, o pesquisador solicitou autorização para que a entrevista possa ter o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado, e aplicado o instrumento de coleta de dados com perguntas semiestruturadas e a quantidade da amostra se deu por saturação das falas. Os entrevistados foram codificados letra e números para garantir o sigilo da identidade dos entrevistados com as abreviaturas: (E) enfermeiro, (D) dentista, (M) médico e seguidos por ordem numérica crescente.

A análise dos dados se deu pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin.⁸ Para esta análise, utilizou-se a construção de categorias obtidas por meio da leitura exaustiva e profunda das entrevistas, identificando as semelhanças, os elementos, ideias, núcleos de sentido e as categorias temáticas. Buscou-se a compreensão dos contextos, as potencialidades, as dificuldades e os processos utilizados na implementação da educação em saúde nos grupos das ESFs.

Os resultados apontam para diferentes concepções de grupos educativos, na visão da educação em saúde, uma

mais voltada para uma concepção de reprodução e outra de construção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são decorrentes da análise do material empírico constituído por registros extraído das entrevistas e caracterização dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e odontólogos, da Rede Municipal de Saúde do Município de Marília.

O grupo entrevistado contemplou a população de 18 (90%) do sexo feminino e 02 (10%) masculino, sendo a média de idade 34,6 e a mediana de 33 anos.

Quanto ao estado civil, eram 13 (65%) casados, 04 (20%) solteiros, 02 (10%) divorciados e 01 (5%) viúvo.

Quanto à formação profissional, 07 (35%) enfermeiros, 07 (35%) dentistas e 06 (30%) médicos. Dezesete (85%) destes tinham especialização em Saúde da Família, 02 (10%) estavam cursando e 01 (5%) não tinha especialização nesta área.

Dos 20 profissionais entrevistados, somente 04 (20%) haviam passado por capacitação para trabalhar com grupos educativos.

Como estratégia para viabilizar as ações de educação em saúde, os grupos educativos são utilizados pelos profissionais do programa Saúde da Família, porém as diferentes formas são evidentes.

As grandes dificuldades da realização dos grupos educativos apontadas pelos profissionais de saúde estão presentes desde a formação até a execução da prática profissional nos serviços de Atenção Básica em Saúde.

Concepção reprodutiva de grupos educativos

Nesta concepção, os profissionais de saúde, médicos, odontólogos e enfermeiros, apontam que a dificuldade de entender e trabalhar com grupos de educação em saúde surge desde a sua formação profissional. Esta se deu em uma pedagogia voltada à transmissão da informação, na qual um sabe e o outro aprende, com metodologias de ensino e aprendizagem que não possibilitavam trocas de conhecimentos.

A formação dos profissionais de saúde, na sua maioria, no ensino tradicional, não possibilitou aproximações com grupos educativos. Os futuros profissionais não foram capacitados e preparados para fazer, dos grupos, ferramentas para realizarem educação em saúde:

“Não na faculdade nada de grupo, nem teoria, e prática também não (E4).”

Estas práticas se sustentam em uma pedagogia tradicional, com conhecimentos e valores sociais acumulados no decorrer dos tempos e que são repassados aos estudantes de forma linear, como verdades absolutas e inquestionáveis, por meio de exposições e demonstrações. A aprendizagem torna-se repetitiva, memorizada e mecanizada, como se todos os estudantes estivessem no mesmo patamar do processo de ensino e aprendizagem. O professor é a autoridade nesse processo, detendo todo poder decisório. Cabe ao estudante uma atitude passiva, de submissão, receptiva, sujeita ao cumprimento das ordens e ao castigo.

Após a formação, os profissionais de saúde reproduzem o mesmo método nos grupos educativos, tendo dificuldade na sua prática, fazendo desses grupos uma reprodução do conhecimento nos quais o educador ensina e a pessoa aprende, sendo explícito em muitas falas desses profissionais.

“Ab eu entendo é o que a gente pode passar para eles, um pouco sobre saúde, os cuidados, sobre necessidades de saúde que a gente trabalha nos grupos que a gente pode passar para a população mesmo, um pouco mais sobre necessidade de saúde para capacitar, não sei se é bem capacitar, mas acho que é para orientar mesmo eles para ter uma vida melhor, qualidade de vida, eu acho que é isso (D5).”

Os profissionais de saúde, no estudo em especial, médicos, enfermeiros e odontólogos, precisam considerar, em suas ações com grupos educativos, a “noção do domínio e natureza que caracterizam a profissão e facilitem a integração dos saberes e práticas para que o cuidado transcenda as suas culturas.”^{9:42}

E, na prática, com o despreparo de muitos profissionais, os grupos são realizados como divulgação de informações de uma forma fragmentada e desconectada com a realidade sociocultural e econômica da pessoa.

No contexto da Atenção Básica no Brasil, o trabalho com grupos educativos acaba sendo uma atribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém diversos estudos mostram as diferenças existentes na operacionalização dos grupos educativos programáticos com crianças, gestantes, doenças crônicas e os não programáticos.¹⁰ E estes profissionais, na sua maioria, têm dificuldade de trabalhar com os outros grupos educativos que não sejam propostas de governo, ou seja, medidas já institucionalizadas.

O grupo educativo aparece no sentido de romper o paradigma da doença, “transcende a denominação patológica do grupo, visando desconstruir os grupos por diagnósticos”^{9:91}

O intuito dos grupos educativos nas ESFs é de se promover educação em saúde, constituindo pessoas com mais autonomia para seu cuidado e de sua família, mas o observado na prática aponta discursos dominantes, controladores, que não consideram as pessoas como sujeitos de suas ações, não valoriza o saber popular, a cultura e, na sua maioria, decidem o melhor para a pessoa, ao invés de inserir os sujeitos como corresponsáveis pelo seu cuidado. Alguns profissionais realizam educação em saúde de forma reprodutiva nos grupos educativos, sendo um dos motivos da não adesão da população, pois não é significativo para ela, não acaba sendo condizente com a realidade.

A maioria dos profissionais fala sobre a falta de adesão das pessoas aos grupos educativos, que é algo que também deve ser investigado, pois aquilo que parece interessante para o profissional pode não ser para a pessoa. Frequentemente, os grupos objetivam o repasse de orientações das pessoas, sobre o que precisa fazer para melhorar a saúde.

“[...] a maior fragilidade nossa é adesão do grupo, é o grupo aderir, muitas vezes a gente tem pacientes que são faltosos, que não vem ou que sai no meio do grupo da palestra, não tem interesse, então nossa maior dificuldade é adesão [...]” (M4)”.

Então, enquanto os grupos e os temas não forem significativos para as pessoas dos grupos, a adesão destas será difícil, por isso é necessário um planejamento para sensibilizar essa população e para que ela possa aderir aos grupos como uma forma de buscar e ter uma melhor qualidade de vida. Entretanto, os profissionais de saúde colocam:

“Bom aqui a dificuldade que a gente tem bastante é da adesão é difícil público como esse faz para grupos de idosos a gente aderiu ao bingo, tem que não tem isso eles não viriam então assim grupo pelo grupo é muito difícil eles tarem participando e o próximo grupo que a gente está estruturando que é de hipertensão e diabéticos a gente quer atrelar a entrega da medicação que a gente sabe que a adesão vai ser muito baixa, então eu acho que é uma fragilidade as pessoas, elas não têm e não é um compromisso, mas assim não tem a disponibilidade de ir atrás da sua própria saúde de ter mais orientações sempre tem que ter alguma coisa em troca então é complicado(...)” (E3)”

Autores apontam que a comunicação verbal e não verbal faz a diferença na realização de um grupo educativo. Na sua maioria, os profissionais utilizam uma linguagem científica e não popular. Estudos mostram as diversidades nas posturas e condução de grupos: “o médico reflete seu modelo interpretativo, baseado na sua formação [...] e a

enfermagem está mais voltada para participação, liderança e construtivismo.”^{9:111}

Na educação em saúde de modo tradicional, quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que passivamente aprende os conhecimentos ensinados. Nesta concepção, não se promove mudança de comportamentos individuais no sentido de um empreendimento.³

“Oh, na verdade, educação em saúde, entendo como um, é, tentar transmitir ao usuário alguns conceitos que podem ou interferir ou auxiliar ele [...] no seu cuidado do dia a dia, e promover [...] educação geral, tanto sanitária quanto epidemiológica, total (M7).”

A concepção de reprodução de educação em saúde dificulta o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. Na sua maioria, os profissionais de saúde não se sentem corresponsáveis pela mudança da qualidade de vida destas, culpam-nas pelos insucessos e não adesão aos cuidados, considera as pessoas como as únicas responsáveis pela suas condições de saúde. Nesse sentido, individualizar a culpa é tentar explicar os problemas de saúde numa visão mais biologicista, hegemônica e não como combinação de determinantes socioeconômicos e culturais expressos no coletivo.¹¹

Observa-se, na realidade, que alguns profissionais demonstram conhecimento sobre educação em saúde, mas, no momento de utilizar a ferramenta desta área de conhecimento, concebem-na de forma verticalizada. Essas atitudes dos profissionais podem também estar relacionadas com a formação profissional, pois no momento de sua graduação, o paradigma de saúde pública tradicional objetivava basicamente prevenção de doenças e centrava-se na mudança de comportamento individual e na crença de que saúde resulta de escolhas que a pessoa faz, não importando os aspectos de sua vida que condicionam estas escolhas. Com a Conferência de Ottawa, novo pressuposto da saúde pública traz mudanças consideradas na concepção de educação em saúde.¹¹

A Conferência Ottawa reforça os novos desafios para o modelo em saúde, ampliam-se seus objetivos no sentido da preparação dos indivíduos para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde.¹¹ Esse desafio está posto até o momento, não é um desafio só para os profissionais, mas também para instituições que não mudaram a forma tradicionalista de ensinar e aprimorar seus futuros profissionais que, após saírem da graduação, irão trabalhar de forma vertical, seguindo a antiga saúde pública.

“Bom, educação em saúde, pra mim é assim é uma atividade que é executada nível profissional ligada à saúde para passar o entendimento sobre saúde à comunidade ou à população ou até inclusive ao paciente (M3).”

Muitos profissionais não se atualizam e, ao serem questionados, sentem-se culpados em diversos pontos, como falta de tempo, graduação, falta de recursos materiais, falta de capacitação, problemas de estrutura física, falta de adesão da população e percebe até descrédito do próprio profissional, da equipe.

“Olha, porque que eu acho [...], que são vários fatores, o principal, que a população ainda não tem esse costume, ainda tem esse desejo por individual, por passar em consulta, então vai dar um resultado, eu acho ainda a população pensa mais no remédio mesmo, por isso que ainda a gente tem uma certa dificuldade.” “[...] Mas muitas vezes em outras equipes, eu percebia que as próprias pessoas que iam convidar, muitas vezes, elas mesmo não viam importância nisso, então acho que tem isso tudo (M2).”

Os profissionais revelam que necessitam ser capacitados para realizarem grupo educativo e operacionalizarem os fundamentos da educação em saúde, mas estes não se sentem preparados, tendo-se esse déficit na sua prática profissional. Estes culpam outros recursos, apresentam dificuldades de buscar novos conhecimentos para trabalharem com a educação em saúde para as pessoas de sua comunidade, as quais muito poderiam aprender e se tornarem mais autônomas, cuidando corretamente da sua saúde e de sua família, tendo melhor qualidade de vida.

“Bom, os grupos educativos deveriam ser altamente funcionais, mas por falta de materiais, locais adequados, então você não tem capacidade de atingir esses grupos, então fica um pouco ineficiente (M3).”

“Pra você criar um grupo educativo você tem que ter no mínimo espaço físico, tem que ter material necessário pra você exercer e tem que ter também profissionais capacitados pra tocar esse grupo. Não adianta eu querer montar, tendo espaço, tendo tudo se não ter profissional que tá apto a tal [...] (M3).”

Há profissionais que conseguem enxergar possibilidades de mudanças.

“Olha fragilidade eu vejo que assim, talvez a gente não tenha tempo disponível assim de pesquisar mais, principalmente na

internet que é um meio riquíssimo que a gente de poder fuçar, achar dinâmicas, fontes pra pesquisar e achar disponível mesmo um monte de coisas que dá pra fazer e dá pra adaptar e funciona muito bem. Então, eu acho que isso é uma fragilidade, a gente não tem tempo disponível e nem aqui a gente tem internet disponível pra gente poder elaborar melhor esses grupos, então as vezes a gente acaba pecando assim não dá pra fazer melhor porque a gente não tem condições de pesquisar, então eu acho isso uma fragilidade e a gente acaba fazendo coisas não bem elaboradas [...] (D4).”

A problemática apontada pelos profissionais de saúde pode ser amenizada por meio de uma Política Nacional de Educação Permanente vigente em nosso país.

Concepção construtiva de grupos educativos

Esta concepção busca a promoção à saúde e, para ser atingida, deve-se promover a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade, estimulando e buscando a identificação individual e coletiva. Uma possibilidade da realização da promoção à saúde é realizada por meio da educação em saúde, sendo esta um meio de transformação, quando realizada de forma compartilhada e entendendo o contexto de cada pessoa. Ela constitui parte essencial de como promover saúde, prevenir doenças, tratar agravos, minimizando o sofrimento e as incapacidades.

A educação em saúde trabalhada em grupos educativos proporciona um viver mais saudável, mas os profissionais de saúde, em especial o médico, o enfermeiro e o odontólogo, precisam considerar, em suas ações, a “noção de domínio e natureza que caracterizam as profissões e facilitam a integração de vários saberes e práticas para que o cuidado transcenda as suas culturas”^{9,42}

Alguns profissionais demonstraram várias formas de se trabalhar com grupos e de realizar educação em saúde numa visão construtivista, estimulando a consciência crítica das pessoas para que as mesmas adquiram mais autonomia em suas ações.

“Eu acho que pra trabalhar com o grupo tem que partir muito do grupo, dos movimentos dos grupos porque não adianta a gente ter um roteiro ou vir com alguma coisa preparada sendo que não é interessante pro grupo. Então a gente tem que ouvir o que o grupo quer discutir naquele dia quer conversar e a partir daí a gente problematizar o tema, vê o que eles sabem daquilo e tenta passar as orientações pertinentes (E3).”

“Então hoje a gente procura fazer uma metodologia ativa, participativa, onde o usuário ele traz a necessidade dele e ajuda construir, a buscar o conceito e construir esse saber. (E6)”

Esta ação do profissional de saúde pode estar relacionada com sua formação e prática profissional. Em uma visão construtivista, os sujeitos são autônomos e capazes de intervir em uma realidade mutável. A aprendizagem dá-se pela resolução de situações cotidianas, com métodos ativos, críticos que possibilitam a vivência de relações afetivas e efetivas entre pessoa-pessoa. As relações são horizontais não ocorrendo subordinação ou relação de poder.

A interação profissional de saúde e pessoa em uma realidade contextualizada visa à transformação da sociedade com um movimento de ação, reflexão e ação, na qual ambos são sujeitos ativos, social e historicamente construídos.

A educação em saúde realizada de forma construtivista vai contribuir para mudança de modelo assistencial, enfocando uma abordagem da clínica ampliada, proporciona maior satisfação com seu autocuidado. Trabalha as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, compartilhando experiências comuns e utilizando como fonte de aprendizagem nos grupos educativos.

O trabalho em grupo proporciona uma concepção mais integradora, entre pessoa-pessoa, profissional-pessoa, como uma forma de inclusão, buscando a mudança de paradigma, influenciando na qualidade de vida das pessoas e no seu modo de viver, adoecer e morrer.⁹

“Tem várias maneiras não vou dizer com slides às vezes com vídeos ou com algum DVD, como gestantes, a gente já apresentou dvd do crescimento e do desenvolvimento da vida intrauterina, por exemplo, com folders orientações, com uma roda de discussões mesmo cada um falando da sua experiência, das características, primeiro se identificando a parte pessoal para depois entrar no assunto que a gente quer escolhido ou que eles queiram discutir é isso (D1)”

O trabalho em grupo proporciona aprendizado contínuo, entre profissionais de saúde e usuários.

“Acho que com o grupo ela aprende com a experiência do outro ou fala como que fazia, como de que maneira trabalhava, de que maneira que agia, acho que cada experiência que vem de uma pessoa que participa, que ajuda ele a colocar experiência, a pôr em prática, vou tentar fazer assim, será que assim mesmo dá certo ai não dá a experiência que não dá certo ai acaba nem fazendo porque não deu certo pro outro, acho que dessa maneira. (E4)”

De uma maneira geral, as pessoas dos grupos agregam-se com problemas muito próximos e estes podem contribuir na resolução de problemas, tendo um valor terapêutico. Esta forma de trabalhar educação em saúde quebra barreiras, os participantes dão retorno às pessoas com sugestões construtivas, pois também passaram por situações semelhantes.¹²

O grupo educativo tem o propósito de conscientizar as pessoas sobre a sua responsabilidade no seu cuidado, seus sentimentos, entender seus limites, preocupações, estimular seu autoconhecimento¹⁰ sendo este um processo que possibilitará o desenvolvimento da autonomia da pessoa que, de alguma maneira, encontrará o melhor momento e forma de se cuidar.

“Educação em saúde, entendo assim, por envolver as pessoas por cuidarem da própria saúde, tanto individual, como em grupo, envolver a pessoa para se ajudar não só a gente trabalhar, mas envolver a pessoa própria para se cuidar ou individualmente ou em grupo. (E4)”

“[...] pensando na questão da autonomia a pessoa vai ter condições de conduzir a sua vida, que ela seja uma pessoa mais autônoma digamos assim, e os grupos como a gente estava dizendo, a pessoa tem necessidade, quais são suas necessidades? Não são minhas, são delas e juntos fazer que essa pessoa consiga identificar maneiras de suprir essas necessidades, por isso eu acredito que desenvolve sim uma autonomia. (E5)”

Portanto consegue-se, em grupo, avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde.¹³

Nesta concepção, os profissionais trouxeram várias formas para trabalhar nos grupos, relatam que o trabalho tem que ser inovador, com artifícios diferentes para ter adesão e compreensão das pessoas. Eles utilizam vários tipos de tecnologias. Cecílio contribui com referencial das tecnologias, estas podem ser classificadas em leve quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura quando nos referimos aos saberes bem estruturados; e dura quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas.¹⁴

A tecnologia nos grupos, na perspectiva da ESF, é como aquela que reúne conhecimentos e elementos como acolhimento, autonomia, diálogo, escuta, vínculo, integração, interesse, que possibilitam a interação entre os atores envolvidos no processo, assim provocam uma reflexão

sobre as crenças e os valores desses sujeitos em relação aos seus modos de viver e cuidar.⁹

Os profissionais de saúde utilizam diferentes estratégias para viabilizar os trabalhos de grupos, proporcionando a autonomia do sujeito, o autocuidado e a troca de experiências.

“Então, depende, metodologia, na maioria das vezes a gente promoveu discussões, já teve grupos em que preparei material para mostrar na verdade a maioria a gente prepara alguma coisa, mas às vezes material assim, revista, por exemplo, de reeducação alimentar a gente já fez com revista, escolher figuras, a gente recortava, já fiz também com Power point, com notebook, já apresentei, por exemplo: complicações, doenças, da doença, para pessoa saber o que era, tipo de lesão, é, mais a maioria das vezes foram discussões, e aí baseado especialmente na primeira, primeira discussão a gente já tem uma proposta pro grupo, e a gente põe pra que eles vejam o que eles querem, que eles esperam, aí a gente tenta ver as duas coisas, casar as duas coisas pra gente conseguir desenvolver o grupo (M2)”.

“[...] principalmente problematização, é feito uma reunião com grupo máximo de dez, doze participantes, são colocadas as questões emocionais, dúvidas e a gente vão trocando experiências um com outro e eu procuro não dar muitas informações, o que, que vocês acham disso, aí um fala uma coisa e outro fala outra, e eles vão construindo conhecimento, através do grupo e algumas vezes a gente intervém quando necessário [...] Fora a problematização, a gente não fica só na problematização a gente intercala com dinâmicas, lazer, às vezes a gente pega esse grupo, o grupo vai passear, vai ao shopping, a gente não tem problematizar todos os dias, e dinâmicas, passeios e raramente aula expositivas sabe, muito difícil só se o grupo demanda isso, me pede alguma coisa aí a gente traz alguma coisa em data show, mais raramente eu não gosto muito de aula expositiva não, acho que vem muito de cima pra baixo. (M6)”

A tecnologia não poder ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde.¹⁵ A tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber. Ela se apresenta desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também é resultado dessa mesma construção. Além disso, a tecnologia aparece na forma como se estabelecem as relações entre as pessoas, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato.

O aprimoramento com o cuidado, através da tecnologia, não substitui a essência humana, por isso os profissionais devem utilizar todas as tecnologias, principalmente leve e leve-dura, pois elas possibilitam profissionais mais humanizados, proporcionando uma melhor qualidade de vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções dos profissionais, médicos, enfermeiros e odontólogos se apresentaram de forma contraditória, ora predominando uma visão mais conservadora/reprodutivista, ora construtivista/socioconstrutivista.

A concepção destes profissionais está diretamente ligada à formação acadêmica e sua história de vida. Hoje, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos na área de saúde possibilitam um maior investimento na formação do profissional de saúde para prepará-lo para uma nova concepção do processo saúde doença e educação em saúde, trabalhando com grupos educativos de forma mais horizontal, compartilhada, possibilitando os sujeitos serem corresponsáveis pelo seu cuidado.

Os profissionais de saúde necessitam de uma concepção mais reflexiva sobre educação em saúde, da utilização desta ferramenta nos grupos com o enfoque da saúde coletiva, trazendo a participação dos indivíduos na melhoria das condições de vida e saúde de forma mais compartilhada.

O trabalho em grupo constitui-se como uma ferramenta facilitadora para que se coloquem em prática os pressupostos desse novo modelo. Os grupos permitem a troca de experiência entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades no contexto coletivo. A partir de propostas conjuntas com os indivíduos que vivenciam experiências similares, membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem na sua saúde, configurando-se, assim, como sujeitos de suas próprias vidas.⁹

O paradigma predominante no processo de trabalho dos profissionais quanto aos grupos educativos ainda se pauta na maioria em uma visão tradicionalista, mas evidencia-se uma busca destes para uma visão construtivista, sendo a educação permanente um instrumento potente para mudança desta prática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

2. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 335-42.
 3. Freire P. Educação e mudança. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
 4. Tones K, Tilford, S. Health education: effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman e Hall; 1994.
 5. Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
 6. Valla VV. Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2000.
 7. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 9-29.
 8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.
 9. Fernandes MTO. Trabalho com grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. 181 p.
 10. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*. 2009; 12(2): 221-7.
 11. Souza AC, Colomé 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.
 12. Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e grupos. 2ª ed. Goiânia: AB; 2003.
 13. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, DiLourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2003; 12(1):97-103.
 14. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ ABRASCO; 2001.
 15. Rocha, PK, Marta L, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):113-6.
-
- Submissão: dezembro/2011
Aprovação: abril/2012
-