

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O TRABALHO COM GRUPOS (EDUCAÇÃO POPULAR)

THE FAMILY HEALTH TEAM'S PERCEPTION CONCERNING GROUP WORK: POPULAR HEALTH EDUCATION

Renata Aparecida de Moraes – FMB-UNESP

Fernanda Cristina Manzini – SMS Botucatu/SP

Wilza Carla Spri – FMB-UNESP

Carmen Maria Casquel Monti Juliani – FMB-UNESP

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva - FMB-UNESP

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção da equipe de saúde sobre o significado do trabalho com grupos de usuários em uma Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu/SP. Consistiu em estudo qualitativo, na perspectiva da fenomenologia. Os sujeitos entrevistados foram oito profissionais pertencentes a esta equipe e que realizavam atividades em grupo. O caminho utilizado nessa investigação percorreu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão. Foram realizadas entrevistas individuais, áudio-gravadas, transcrição fidedigna das falas e leituras das descrições buscando o significado da essência das unidades de significado, parte da experiência do sujeito com o mundo vivido na USF, expressão dos significados, tematizando e interpretando as falas. As principais unidades temáticas atribuídas pelos sujeitos foram o crescimento, o aprendizado, a gratificação, o trabalho com o grupo, a adesão, a mudança de olhar e equipe. Os profissionais da USF pesquisada acreditam que a educação popular em saúde é a forma mais eficiente e eficaz de assistência, pois valoriza a experiência de cada indivíduo, tornando-o participativo em seu processo saúde-doença.

Palavras-chaves: Educação Popular, Unidade de Saúde da Família, Fenomenologia.

Abstract

This is a qualitative study based on the phenomenological perspective. It was conducted in a Family Health Unit (FHU) in a city of São Paulo state. The interviewed subjects were eight professionals belonging to such unit's team who performed group activities. The course followed in this investigation comprised three moments: description, reduction and understanding. Individual interviews were conducted, tape recorded and fully transcribed. The descriptions were read with the purpose to find the meaning of the essence of the meaning units, part of the subjects' experience in relation to the world lived in FHU and the expression of meanings by thematizing and interpreting the reports. The main thematic units attributed by the subjects were growth, learning gratification, group work, adherence, change in the way things were viewed and teamwork. The professionals working in the FHU under study believe that popular health education is the most efficient and effective care form as it values each individual's experience, making him a participant in his health-illness process.

1.0 – INTRODUÇÃO

1.1 - MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Ao longo da graduação, na qual realizamos estágios nas áreas intra e extra-hospitalares (UBS), percebi que em nossa profissão somos mais que enfermeiros, somos também educadores. Porém, percebi que a relação profissional-usuário/paciente constitui-se, muitas

vezes, de maneira distanciada, sendo o profissional o detentor do saber e o usuário/paciente, um mero ouvinte/aprendiz.

Hoje, cursando o 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem e realizando estágio extracurricular em uma unidade de Saúde da Família (USF), notei que neste ambiente, a comunidade é considerada participante ativo no seu processo educativo, e que o papel de educador (e também de educando, pois aprendemos juntos, numa relação de troca) não se restringe apenas ao médico ou ao enfermeiro, mas conta com a participação de toda a equipe, principalmente nos trabalhos com grupos.

Tudo isso me motivou a pensar na percepção desses profissionais sobre o trabalho com grupos e sobre a educação popular em saúde. E resolvi, assim, buscar na literatura investigações sobre o Programa Saúde da Família (PSF), a Educação Popular em Saúde e o Trabalho com grupos.

1.2 - O DISCURSO DA LITERATURA

Em 1988, foi instituído, através da promulgação da Constituição Federativa do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema de saúde brasileiro, no qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988), ou seja, todos têm direito de utilizar os serviços públicos de saúde, independentemente de possuir carteira de trabalho registrada, o que não acontecia anteriormente (quem não trabalhava, era tratado como indigente ou por caridade, nos serviços filantrópicos). O SUS segue, como princípios doutrinários, a universalização (todos têm o direito), a integralidade (todos devem ser atendidos de maneira integral, em todos os níveis de complexidade) e a equidade (dar prioridades diferentes a casos diferentes); além da descentralização (decisões sobre a saúde devem ocorrer em nível local), hierarquização (níveis de atenção primária, secundária e terciária), regionalização (a equipe de saúde tem seu espaço definido) e participação da comunidade (através dos conselhos e conferências de saúde), como princípios organizacionais (BRASIL, 1988; CURY, 2004).

A criação do Programa Saúde Família, pelo Ministério da Saúde em 1994, surgiu com a finalidade de reestruturar a atenção primária (TRAD & BASTOS, 1998) e consolidar o SUS, reordenando o modelo assistencial em saúde vigente no momento (medicocêntrico, hospitalocêntrico, com baixa resolutividade), e que tinha suas práticas voltadas para cura (BRASIL, 1994). O PSF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, à criança, ao adulto e ao idoso, sadio ou doente, de forma integral e contínua (MS, 1994), entendendo a família a partir do ambiente em que vive (SCHIMITH & LIMA, 2004), fortalecendo atividades como atenção domiciliar (através das visitas domiciliares), trabalhos com grupos, orientações educativas, não ficando restrito às consultas médicas (programadas e de urgência) (MARTINI, 2000); suas ações devem ser voltadas às necessidades específicas da população adscrita, intervindo nos fatores de risco, e ainda humanizando as práticas de saúde através da criação do vínculo entre profissionais de saúde e população. Portanto, essa assistência é focalizada na melhora da qualidade de vida da comunidade, não só quanto à doença já instalada, mas também nos fatores que colocam em risco a homeostasia familiar.

Uma equipe de Saúde da Família deve atender cerca de 600 a 1000 famílias (no máximo de 4500 pessoas), sendo composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, dois a três auxiliares de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo outros profissionais serem inseridos (TRAD & BASTOS, 1998). Esses profissionais devem ter, portanto, o objetivo de estabelecer o vínculo, criar laços de co-responsabilidade com a sua população (CIAMPONE & PEDUZZI, 2000).

Segundo Campos (apud SCHIMITH & LIMA, 2004), o vínculo auxilia na eficácia das ações de saúde, favorece a adesão do usuário ao serviço, e ainda estimula a autonomia e cidadania deste. O vínculo também favorece a execução das práticas educativas. Vasconcelos (apud ALVES, 2004) corrobora essa idéia, afirmando que os serviços de atenção básica são espaços privilegiados para o desenvolvimento dessas práticas devido à aproximação com a população.

Temos, portanto, nos serviços de saúde, a necessidade de educação em saúde, que, segundo Costa & López (apud ALVES, 2004) diz respeito ao conjunto de saberes e prática com a finalidade de prevenção de doenças e promoção à saúde.

Nas práticas de educação em saúde, podemos traçar dois modelos: o tradicional e o dialógico. No modelo tradicional, o foco é a doença e a intervenção curativa, preconizando que a prevenção para essa doença ocorre através das mudanças de comportamentos e atitudes por parte do indivíduo (ALVES, 2004). É um modelo verticalizado, que traz uma relação de autoritarismo entre o profissional (tido como detentor de todo o conhecimento técnico-científico) e o usuário (considerado carente de informação em saúde); e ainda, espera-se que este, após receber as informações, seja capaz de assumir novos hábitos e condutas, o que acontece temporariamente, até cessação do estímulo (ALVES, 2004). Alves (2004) explica, ainda, que a crítica a este modelo está no fato de que os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde não são levados em consideração.

Já no modelo dialógico, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber; e, ainda que com papéis diferenciados, ele e o profissional atuam como iguais nesse processo (ALVES, 2004). O diálogo é a base desse modelo, cujo objetivo não é dar o conhecimento em saúde, mas sim transformar os saberes existentes. Alves (2004) afirma, ainda que, com isso ocorre o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade no cuidado com a saúde, através da compreensão da situação e não mais pela imposição de saberes técnicos. Devido a esse fato, esse modelo tem sido associado a mudanças duradouras nos hábitos e comportamentos para a saúde. Segundo Alves (2004), devido à humanização das práticas no PSF, à busca de uma melhor assistência e maior resolutividade, pode-se concluir que o modelo dialógico de educação em saúde é o mais adequado ao contexto da Saúde da Família.

Esse modelo também tem sido utilizado na Educação Popular em Saúde, uma metodologia que prioriza a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Nela, o saber popular é explicitado e compreendido, com a valorização das trocas interpessoais (ALVES, 2004), possibilitando o crescimento desses indivíduos. A partir do momento em que esses são reconhecidos como sujeitos do processo de educação, eles se tornam capazes de desenvolver a autonomia e, com isso, reivindicar seus direitos e participar da construção de seu conhecimento (STOTZ & OLIVEIRA, 2002). Vasconcelos (2001) vê na Educação Popular, uma forma de superar o fosso cultural existente entre os serviços de saúde e a população assistida. Nela, visa-se a promoção: promoção da saúde, dos sujeitos, a fim de fortalecer a cidadania e melhorar a qualidade de vida (STOTZ & OLIVEIRA, 2002).

Pode-se observar, portanto, total coerência entre a Educação Popular e o PSF. Alves (2004) afirma que as práticas educativas podem (e devem) ser realizadas por todos os profissionais da equipe de saúde da família, conforme definição de suas atribuições, uma vez que educar em saúde vai além da assistência curativa, atingindo o âmbito preventivo e de promoção. Na unidade de saúde da família, essa educação pode ocorrer tanto em espaços informais (visitas domiciliares), quanto em espaços convencionais (sala de grupo, consultórios).

Uma prática educativa dentro do espaço da unidade, e que é bastante utilizada é o grupo educativo ou trabalho com grupos.

O trabalho com grupos surgiu no início do século XX com Pratt, nos EUA, que realizava um programa de assistência a pacientes portadores de tuberculose, a fim de orientá-los quanto aos cuidados necessários e aos comportamentos apropriados à sua condição, através de aulas expositivas; ao longo do tempo, os trabalhos com grupos passaram a ser espaços terapêuticos para pacientes psiquiátricos, e mais tarde, foram aplicados para pessoas com problemas comuns (BECHELLI & SANTOS, 2004; MUNARI & RODRIGUES, 1997). Na década de trinta, Kurt Lewin cria a expressão dinâmica de grupo e seus trabalhos com grupos passam a receber ênfase para o contexto educacional (MUNARI & RODRIGUES, 1997). Na década de sessenta, as técnicas grupais passam a ser amplamente utilizadas e divulgadas (experiência e crescimento pessoal, expansão mental, entre outros) (MUNARI & RODRIGUES, 1997).

Segundo Munari & Rodrigues (1997), os grupos podem ter diferentes objetivos, como oferecimento de suporte, realização de tarefas, socialização, aprender mudanças de comportamento, e, portanto, educação.

Com isso, o presente trabalho procura responder à seguinte pergunta: como deve ser a percepção, em relação ao trabalho com grupos, dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família, em cuja unidade são realizados diversos grupos?

2- OBJETIVO

Com estas considerações o objetivo deste estudo é:

- Conhecer a percepção da equipe de saúde sobre o significado do trabalho com grupos de usuários em uma Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu/SP.

3- METODOLOGIA

Optou-se por uma abordagem qualitativa na perspectiva da fenomenologia.

A fenomenologia busca a essência, a significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando a sua compreensão. O caminho que será utilizado nessa investigação percorrerá três momentos: a descrição, a redução e a compreensão.

A **descrição**, na visão de Merleau-Ponty (1994), possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. Para este momento os depoimentos visam a percepção dos sujeitos do estudo da significação produzida pela consciência para conhecer o trabalho com os grupos de usuários de sua Unidade.

No outro momento, a **redução** fenomenológica visa determinar e selecionar quais partes da descrição serão consideradas essenciais. A partir dos depoimentos coletados e transcritos realizou-se a redução, refletindo sobre as falas extraíndo delas sua essência.

No terceiro momento, a **compreensão** fenomenológica revelou o “significado” que é essencial na descrição e na redução, como forma de investigação da experiência. Com a essência e a fala dos sujeitos foi interpretado os temas revelados, realizando uma síntese das unidades significativas encontradas e suas convergências, divergências e idiossincrasias.

A região de inquérito ou perplexidade do presente estudo foi constituída pela situação vivenciada pelas equipes da Unidade Saúde da Família – Jardim Aeroporto do município de Botucatu-SP no trabalho com grupos. A unidade é composta por duas equipes, sendo uma responsável pela zona urbana e outra pela zona rural, e fazem parte dessas equipes: duas médicas, duas enfermeiras, uma dentista, cinco auxiliares de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, além de um médico e uma enfermeira, ambos residentes de Saúde da Família, além de uma técnica de odontologia e dois auxiliares administrativos.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais pertencentes a estas equipes e que realizam atividades em grupo e, que após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e esclarecimentos necessários, consentiram em participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O número de sujeitos da pesquisa não foi definido previamente. A saturação dos dados possibilitou que 8 profissionais fossem os sujeitos do estudo, sendo: 2 médicas, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem e 2 agentes comunitárias, após obtenção dos depoimentos suficientes para desvelar a essência do fenômeno pesquisado.

Foi feita a opção por coletar os depoimentos utilizando a entrevista individual, informando-se devidamente o propósito do estudo, a dinâmica da entrevista, garantia do anonimato e a possibilidade de que em qualquer momento poderiam recusar a participação. As entrevistas foram áudio-gravadas e, após transcrição fidedigna das falas, as fitas foram inutilizadas

Foi adotada a seguinte questão norteadora:

- O que significa, para você, trabalhar na orientação com grupos de usuários desta unidade ?

E as intervenções:

- Você percebeu mudança na sua atuação durante o tempo de trabalho nessa equipe? O que contribuiu para tal mudança?

- Você tem alguma sugestão em relação a equipe e os grupos?

A partir da explicitação dos sujeitos desvelamos o fenômeno buscando sua compreensão.

Para proceder à análise dos depoimentos colhidos, realizamos a transcrição e as leituras das descrições buscando o significado da essência das unidades de significado, parte da experiência do sujeito com o mundo vivido na USF, expressão dos significados, tematizando e interpretando as falas, buscando convergências, divergências e idiossincrasias das unidades e a síntese das unidades para chegar à estrutura do fenômeno, visando a sua compreensão.

4.0- CONSTRUINDO RESULTADOS

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Participaram da pesquisa profissionais envolvidos com as atividades de educação popular em saúde da USF do Jardim Aeroporto, dentre eles, médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem.

O tempo de atuação desses profissionais no Programa Saúde da Família variou de 2 a 7 anos, sendo uma médica com a experiência de 7 anos. A idade desses profissionais compreende entre 23 e 49 anos.

4.2- ANÁLISE GLOBAL DOS DISCURSOS

Depois de realizada a análise individual dos depoimentos e extraídas as unidades de significado, efetuamos a análise dos temas encontrados. Deve ser ressaltado o fato de que encontramos um reduzido número de artigos na literatura sobre os temas; assim, ficamos restritos à interpretação de alguns deles.

O CRESCIMENTO revelado como tema, leva-nos a entender que o trabalho com grupos proporciona o crescimento dos indivíduos que deles participam, uma vez que, é considerado um espaço de troca de experiências e de vivências. Assim, o profissional, nesse espaço de construção de soluções e de sentimentos, percebe o seu crescimento, não apenas como profissional, mas como ser humano. Corroborando com Crevelim (2005) que refere na perspectiva da atenção integral à saúde e da democratização das relações de trabalho e de interação trabalhador e usuário, as pessoas envolvidas são concebidas como partícipes dos seus processos de crescimento e aprendizado enquanto sujeitos.

Conforme revela a fala:

“É um crescimento. (...) traz muito muito crescimento pra gente como ser humano (...) ajuda bem a gente a crescer interiormente” ^(I-1)

O tema APRENDIZADO desvela que o trabalho com grupos se constitui num espaço para educação e aprendizado para a vida.

Os depoimentos referem:

“(...) é uma maneira de educação em saúde, eficaz (...) você pode tá transmitindo mais é... é... informações de uma maneira lúdica” ^(V-2)

“(...) fazer orientações, que é muito mais fácil fazer com um número maior de pessoas (...) a dúvida de um é a dúvida do outro também, a gente já responde de uma vez o que muitos têm dúvida.” ^(VII-2)

“(...) você consegue fazer uma educação bem melhor, dar muito mais orientação (...) não é um ensinamento unilateral de você pro paciente, mas uma troca (...) eu acho que é essa troca que faz a gente aprender e mudar assim conhecer mais” ^(VI-2)

“A gente aprende com eles e eles aprendem com a gente.” ^(V-2)

Joseph Pratt, por volta de 1905, nos EUA, utilizava o trabalho com grupos para pacientes tuberculosos, a fim de informá-los sobre a doença e medidas higiênicas para reabilitação (MUNARI & RODRIGUES, 1997; BECHELLI & SANTOS, 2004). Porém, esse

tipo de educação é caracterizado pela verticalização do ensino, na qual apenas o profissional oferece as informações, é tido como o detentor do saber, e os pacientes/usuários, como pobres em conhecimento. E, ainda, através da troca de vivências, o trabalho com grupos se constitui numa forma de aprendizado para a vida, tanto para o profissional quanto para o usuário.

A educação em saúde, proposta atualmente, consiste na construção compartilhada de saberes e conhecimentos, através da troca de experiências e sentimentos. Vale ressaltar que *“a educação tem como objetivo e instrumento o saber, o sentir, o pensar, o agir”* (VASCONCELOS, 2002). Alves (2004) afirma que a prática educativa visa, portanto, o desenvolvimento da autonomia, não pela imposição do saber técnico-científico detido pelo profissional, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Para Peduzzi (2000) o conceito de promoção à saúde, definida no 1º Congresso Internacional em Ottawa, Canadá: *“é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”*. E para que isso ocorra de fato, deve-se considerar as culturas, desejos e possibilidades de luta contra doença e o sofrimento dos usuários (STOTZ & OLIVEIRA, 2002), numa proposta holística de atendimento.

O tema A GRATIFICAÇÃO, revela que pela possibilidade que o profissional tem de ajudar os usuários, por meio de oferecimento de informação durante os grupos, da escuta atenta e do reconhecimento dos usuários como indivíduos que possuem uma história de vida. Conforme revela a fala:

“(...) é gostoso, satisfatório (...) você está ajudando aquela pessoa que vem participar do grupo” (I-3)

MUNARI & RODRIUES (1997) relatam que as pessoas encontram nos grupos um espaço para partilhar dificuldades, serem ouvidas e aprenderem a se colocar.

Outro tema revelado foi a EXPERIÊNCIA, onde são atribuídas as mudanças que ocorrem na atuação do profissional. Segundo BRASIL (2002, apud SILVA & TRAD, 2004) a educação só se realiza plenamente quando resulta em uma transformação dos sujeitos envolvidos. Através da nova proposta de reorganização da assistência, é comum encontrarmos profissionais com dificuldades para atuarem em grupos, com o tempo de atuação nessa unidade percebemos que os mesmos adquiriram confiança em seu trabalho, sentindo-se seguro para lidar com situações imprevisíveis que comumente surgem durante a realização dessa atividade.

Esse tema é desvelado na seguinte fala:

“(...) cada vez que passa, (...) da gente participar... eu adquiro mais confiança (...) eu acho que contribui pra minha segurança (...) Eu era muito insegura quanto (...) a minha capacidade” (IV-5)

Nesse estudo estaremos relacionando o tema ADESÃO com o VÍNCULO, acreditamos que a intencionalidade da equipe no estabelecimento de vínculo com a comunidade promove a eficácia da participação nas atividades de grupo, concordando com STOTZ (2004).

As seguintes falas revelam o tema:

“(...) dificuldade, no começo, da aceitação.” (III-2)

“(...) trabalho de formiguinha porque no começo é difícil (...) eles se adaptarem e virem mesmo.” (IV-2)

“(...) no grupo, você vai trabalhando, trabalhando, você vai conquistando amizade, confiança do pessoal (...) e eles vão se abrindo, colocando mais as coisas (...) fica mais fácil, pra você entender até poder ajudar a pessoa.” (II-2)

“(...) dá pra construir um vínculo legal com essas pessoas e por conseguinte eles conseguem na consulta, quando eles vêm à consulta ter uma adesão melhor aos tratamentos, às propostas terapêuticas.” (VIII-2)

A recente implantação do PSF no município e o desconhecimento da população frente ao trabalho dificultam a inserção das atividades de grupo no atendimento da comunidade. Observamos que os resultados do trabalho com grupos ocorrem a longo prazo, mas é verdade que quando instalados e formado o vínculo, trazem incontáveis benefícios a comunidade.

Com a política do controle social e adesão da comunidade nas atividades da nova proposta de atenção primária a saúde, faz-se necessário por parte da equipe identificar dispositivos para promover e incentivar à participação popular e construir estratégias para que

os indivíduos se tornem sujeitos sociais na luta por saúde, e também pela qualificação de sua participação social.

O trabalho com grupos exige a CAPACITAÇÃO dos profissionais envolvidos, que devem se preparar, a fim de se adequar a tal atividade, correspondendo com as necessidades da comunidade.

Esse tema é desvelado nas seguintes falas:

“(...) a gente sempre acha que sabe as coisas e aí eles fazem uma pergunta que te pega desprevenida e aí você tem de se preparar.” ^(VI-5)

“(...) a gente se capacita cada vez mais pra trabalhar dessa forma, né, em grupos, e adequando às necessidades da população (...) E mesmo em relação à capacitação, eu acho que é... a universidade, os cursos ainda não, não focalizam esse tipo de trabalho, assim, de forma prioritária.” ^(VIII-7)

É necessário situar-se em algumas discussões que ajudam a entender a educação como um processo amplo, aberto e ao mesmo tempo comprometido com a especificidade necessária para o desenvolvimento de competências (BRASIL, 2002). Tal competência para o desempenho dos profissionais nos grupos poderia fazer parte da formação acadêmica de cada categoria. SILVEIRA & RIBEIRO (2004) afirmam que a formação profissional tem sido orientada por um modelo biologicista, com a fragmentação da unidade humana. Para a enfermagem, o enfoque de intervenção em grupos não é recente, segundo MUNARI & RODRIGUES (1997), e mesmo sendo prática de atuação do enfermeiro essa formação não é disponível nos currículos atuais.

O tema MUDANÇA DE OLHAR está subdividido em 4 sub-temas, sendo eles: o olhar do profissional em relação aos problemas, o olhar do profissional em relação ao trabalho com grupo na educação popular em saúde, o olhar do profissional em relação à valorização do usuário enquanto sujeito e de como o usuário vê o profissional no seu trabalho de educador.

Os depoimentos referem:

“(...) a gente vê que os problemas da gente não são tão grandes quanto os das pessoas.” ^(I-8)

“(...) você vê que os seus problemas, na realidade, eles são super pequenos” ^(II-7)

“(...) Nunca imaginei que num grupo que a gente fazia pudesse ser tratado tantas outras coisas.” ^(I-9)

“(...) Conhecer melhor as pessoas, aceitar, respeitar as individualidades, os problemas.” ^(III-4)

“(...)... e só através desse trabalho eu tô conseguindo ter um outro olhar pra esses pacientes.” ^(VIII-5)

“(...) (os usuários) começam a enxergar o nosso trabalho de uma forma diferente (...) A gente está aqui não só pra ficar (...) batendo na porta da casa deles” ^(IV-6)

A mudança no olhar ocorre pela partilha dos problemas entre equipe e usuário, através da troca de experiências e conhecimentos e na construção coletiva de possibilidades de mudanças. Corroborando essa idéia, MUNARI & RODRIGUES (1997) afirmam que a partilha entre outras pessoas com problemas semelhantes, leva o indivíduo a perceber que não é o único que sofre ou passa por dificuldades, podendo enxergar outras possibilidades de enfrentamento para os seus conflitos.

Na busca da interação e na nova perspectiva de olhar apresentada, acreditamos no referencial do construtivismo, o qual, se dá partir da ação do sujeito sobre a realidade. O sujeito não é apenas ativo, mas interativo, porque traz consigo conhecimento que se constitui a partir das relações interpessoais, através da troca que possibilita a internalização dos conhecimentos, papéis e funções sociais, o que permite a constituição de conhecimentos e da própria consciência (BRASIL, 2002).

Em relação ao tema EQUIPE, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de um certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não da justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos (PEDUZZI, 2001).

Conforme desvelam as falas:

“(...) A equipe toda ajuda (...) ajuda muito (...) e vocês (equipe) me ajudaram muito a vir.” ^(I-7)

À medida que a equipe configura o trabalho cotidiano nesta direção, tende a construir um projeto comum que se torna o eixo em torno do qual os diferentes agentes executam seu trabalho especializado e integrado aos demais. (PEDUZZI, 2001).

Ainda em relação à EQUIPE, observou-se que é importante a participação de todos os membros no trabalho com grupos, a fim de que cada membro adquira mais conhecimento em relação aos diversos grupos, e em relação à comunidade e ao trabalho realizado, objetivando um melhor desempenho.

Os depoimentos revelam:

“(...) Eu acho que a equipe toda deveria se envolver mais com os grupos.” (I-7)

“(...) todo mundo participe mais dos grupos, conheça o grupo do outro (...) Todo mundo participa e dá sugestão.” (VII-6)

No tema de TRABALHO COM GRUPOS, pode ser observado a presença de subtemas: trabalho importante, satisfação das demandas, oferecimento de ajuda.

No subtema TRABALHO IMPORTANTE, está contemplado todas as vantagens, dificuldades, possibilidades, espaço de escuta, interação, e mudança de comportamento trazida pelos sujeitos dessa pesquisa durante o transcorrer das entrevistas.

Esse subtema está desvelado nas seguintes falas:

“(...) eu percebo o quanto que... que é bom e o quanto que os pacientes têm a ganhar com o grupo.” (V-1)

“(...) ele é muito mais proveitoso (...). Você consegue muito mais coisas do que quando você vai, né?!, numa consulta.” (II-1)

“(...) Eu acho importante, de extrema importância.” (III-1)

O trabalho com grupos proporciona, também, a SATISFAÇÃO DAS DEMANDAS, tanto dos usuários, que adquirem autonomia para resolução de seus problemas, quanto para a equipe, que supre uma demanda reprimida nessa atividade.

Os depoimentos revelam:

“(...) é uma forma de atendimento da população que satisfaz tanto a demanda deles (...) como a nossa (...)” (V-3)

“(...) é promover, promover nas pessoas, tentar promover um autoconhecimento, ajudá-las a resolver coisas (...) com mais autonomia, é... promover saúde, fazer promoção de saúde com grupo.” (VII-1)

O tema AUSÊNCIA DE REGRAS expõe a idéia de que a condução da atividade de grupo não é regrada, no seu decorrer ela vai se auto-conduzindo. O profissional pode (e deve) se preparar quanto aos temas, porém, durante a atividade podem surgir temas/ assuntos inesperados, os quais fazem necessária a habilidade profissional na construção partilhada de conhecimentos, saberes, estratégias e enfrentamento. Conforme revelam as falas:

“(...) a gente sempre acha que sabe as coisas e aí eles fazem uma pergunta que te pega desprevenida e aí você tem de se preparar.” (VI-5)

“(...) a gente prepara, mas coisas que vão aparecendo no grupo, coisas que a gente não esperava, que aparecem.” (VII-4)

“(...) o conhecimento popular que, às vezes a gente não tem, ajuda também nas respostas.” (VII-3)

Temos assim, a valorização do conhecimento popular.

5.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da Educação popular em saúde, voltada nas atividades de grupo, tem a possibilidade de ajudar os usuários, de maneira proveitosa, com a possibilidade da criação do vínculo e troca de informações, tornando o trabalho colaborativo e integrado em toda a assistência. Outro ponto importante a se destacar é que um dos objetivos da educação popular em saúde é manifestar a Autonomia do sujeito enquanto responsável pela sua atuação no contexto social.

Por meio do trabalho dinâmico, a atividade de grupo, segundo SILVEIRA & RIBEIRO (2004), é um espaço de motivação para o tratamento devido ao fato de compartilhar as dificuldades e construir alternativas para superá-las, com respeito às diferenças e reforço da

auto-estima. Essa proposta contempla aspectos diferentes do atendimento individual, onde se tem usado a educação de uma maneira verticalizada, através apenas do fornecimento de informações, sem que ocorra maior interação entre o usuário e o profissional.

A partir desse estudo, desvela-se que os profissionais realmente acreditam que a educação popular em saúde é a mais eficiente e eficaz forma de assistência, pois valoriza a experiência de cada indivíduo, tornando-o participativo em seu processo saúde-doença.

Não temos a pretensão de esgotar esse assunto nesse estudo, até porque a proposta de educação popular em saúde é recente e com amplos horizontes a serem percorridos. Esperamos com isso a difusão desse assunto entre outros profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALVES, V.S.A. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- 2- BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev. Lat. Amer. Enferm.**, v.12, n.2, p.242-249, mar-abr. 2004.
- 3- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil, 1988. Brasília. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 08 ago. 2005.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família, 1994. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149>. Acesso em: 05 abr. 2005.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: as bases da ação 1 e 3**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2.ed. rev. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 6- CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n.especial, p.143-147, dez.2000.
- 7- CREVELIM, M.A. A participação da comunidade no equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.323-331, abr.2005.
- 8- CURY, C.F.M.R. **Família do doente mental: os significados atribuídos pela equipe do Programa de Saúde da Família**. 2004. 98p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 9- MARTINI, J.G. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. especial, p.143-147, dez.2000.
- 10- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1994. 662 p.
- 11- MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F.. Compreendendo os grupos e sua aplicação na Enfermagem. O trabalho com grupos na vivência do enfermeiro. In: MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: Editora AB, 1997. p.6-7, 14-15, 57-59.
- 12- PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de de saúde da família, na perspectiva de promoção à saúde. **O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. Secretaria de Estado da Saúde: São Paulo, 2000.
- 13- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. **Rev. de Saúde Pública**. v.35, n.1, p.103-109. 2001.
- 14- SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez. 2004.
- 15- SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

- 16- SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.
- 17- STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Fotocópia (2004).
- 18- STOTZ, E.N.; OLIVIERA, W. Relatório da Oficina Educação Popular e Saúde. **Apostila de Educação Popular e Saúde**. 2002.
- 19- TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n.3, p.386-400, jul-set. 2000.
- 20- TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, abr-jan.1998.
- 21- VASCONCELOS, E.M. Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde. Fotocópia (2003).
- 22- VASCONCELOS, E.M. Educação Popular e Atenção à Saúde e Família. Disponível em : www.saudebrasilnet.com.br/premios/saude/premio4/trabalhos/037.pdf. Acesso em: 12 ago. 2005.

Renata Aparecida de Moraes

Fernanda Cristina Manzini

Wilza Carla Spiri E-mail: wilza@fmb.unesp.br

Carmen Maria Casquel Monti Juliani E-mail: cjuliani@fmb.unesp.br

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva