



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



ADRIANA PEREIRA SILVA

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS**

**NATAL/RN
2019**

ADRIANA PEREIRA SILVA

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Filho

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação em saúde

**NATAL/RN
2019**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Silva, Adriana Pereira.

Grupos de educação em saúde como ferramenta de cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte: percepção dos usuários e dos profissionais / Adriana Pereira Silva. - 2019.

79f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientador: João Bosco Filho.

1. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 2. Educação em Saúde - Dissertação. 3. Grupos - Dissertação. I. Bosco Filho, João. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

Adriana Pereira Silva

Grupos de Educação em Saúde como Ferramenta de Cuidado na Estratégia Saúde da Família em um Município de Médio Porte: Percepção dos Usuários e dos Profissionais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. João Bosco Filho - UFRN
(Orientador)



Prof^a. Dra. Maisa Paulino Rodrigues - UFRN
(Membro Interno)



Prof^a. Dra. Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson - UERN
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 23 de outubro de 2019.

AGRADECIMENTOS

A Deus, dono da vida, por ter pensamentos maiores e mais altos que os meus. Por tornar esse sonho possível, minha eterna adoração.

À minha família, por ser meu porto seguro e me apoiar em todos os meus projetos.

A Lucas Alves Ferreira, amor da minha vida, por acreditar que posso ir sempre mais longe, mesmo quando não acredito.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos vivenciados ao longo desse tempo juntos.

À coordenação do curso e professores do mestrado, em nome da Professora Maisa Paulino Rodrigues pela humildade, carinho e sabedoria.

Ao meu orientador, professor João Bosco Filho, pela liberdade com que conduziu o processo de orientação dessa dissertação e por me possibilitar novas formas de pensar.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e à FIOCRUZ por proporcionar essa rica experiência de formação em saúde da família.

RESUMO

Os grupos de educação em saúde são estratégias que se contrapõem à lógica biomédica tradicional, constituindo-se espaços de escuta, acolhimento e reflexão. Na estratégia Saúde da Família os grupos de educação em saúde se apresentam como estratégias de promoção à saúde e de desenvolvimento das capacidades humanas. Esse trabalho teve como problema de análise o seguinte questionamento: Qual a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do grupo enquanto ferramenta de promoção da saúde e do autocuidado na Estratégia saúde da família no Município de Assú/RN? O objetivo geral foi analisar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo de abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados dos valores e das atitudes que os fenômenos são interpretados a partir de suas ações dentro da realidade vivida. O projeto de pesquisa foi aprovado através do parecer 3.180.297 em 01 de março de 2019 do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes-CEP/HUOL, ao qual está vinculado o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. A pesquisa foi realizada em 01 Unidade Básica de Saúde da Zona Urbana do Município de Assú/RN, com amostra composta por 10 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde da família e oito usuários participantes de grupos de educação em saúde que funcionaram na mesma equipe. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada com os profissionais e grupo focal com os usuários. A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram que os grupos são planejados de forma coletiva pela equipe, com a organização e definição de temas com maior centralidade no enfermeiro. Na percepção de alguns profissionais os grupos são concebidos como espaço de convivência e troca, para outros, como espaço de repasse de informações. Como dificuldades para formação de grupos os profissionais elencaram a falta de tempo decorrente da alta demanda por atendimentos individuais, a desarticulação da equipe e a falta de interesse de alguns de participar dos momentos de reuniões de equipe e falta de apoio da Gestão Municipal. Como potencialidade os profissionais relataram a parceria, humildade, o estabelecimento de diálogo e o amor ao trabalho. Os usuários descreveram os grupos como espaços de transformação que contribui para a autonomia e para o autocuidado.

Descritores: Grupos. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Health education groups are strategies that oppose the traditional biomedical logic, constituting spaces for listening, welcoming and reflection. In the Family Health strategy, health education groups are presented as strategies for health promotion and human capacity development. This study had as its analysis problem the following question: What is the perception of professionals and users about the group as a health promotion and self-care tool in the Family Health Strategy in the Municipality of Assú / RN? The general objective was to analyze the perception of professionals and users about the groups as a health promotion and self-care tool in the Family Health Strategy in the Municipality of Assú / RN. This is a descriptive research with a qualitative approach, which, according to Minayo (2009), works with the universe of meanings of values and attitudes that phenomena are interpreted from their actions within the lived reality. The research project was approved by opinion 3,180,297 on March 1, 2019 of the Research Ethics Committee of the Onofre Lopes-CEP / HUOL University Hospital, to which the Department of Collective Health of the Federal University of Rio Grande do Norte-UFRN. The research was carried out in 01 Basic Health Unit of the Urban Area of the Municipality of Assú / RN, with a sample composed of 10 professionals from the multidisciplinary family health team and eight users from health education groups that worked in the same team. For data collection we used semi-structured interviews with professionals and focus group with users. Data analysis was performed using Bardin content analysis. The results showed that the groups are planned collectively by the team, with the organization and definition of themes with greater centrality in the nurse. In the perception of some professionals, groups are conceived as a space for coexistence and exchange, for others, as a space for passing on information. As difficulties for group formation, professionals listed the lack of time resulting from the high demand for individual care, the disarticulation of the team and the lack of interest of some to participate in the moments of team meetings and lack of support from the Municipal Management. As potentiality the professionals reported the partnership, humility, the establishment of dialogue and the love of work. Users described groups as spaces of transformation that contribute to autonomy and self-care.

Keywords: Groups. Health education. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS	13
2.1 Elementos para se refletir acerca dos grupos de educação em saúde	13
2.2 Os grupos de educação em saúde na Atenção primária	15
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS	19
3.1 Tipo de Estudo	19
3.2 Cenário da pesquisa	19
3.3 Amostragem	19
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados	20
3.5 Análise dos Dados	20
3.6 Aspectos Éticos	21
4. RESULTADOS	22
ARTIGO - GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	61
ANEXO	77

1 INTRODUÇÃO

As práticas grupais constituem um importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos, dentre outros (BRASIL, 2014).

O conceito de grupo é amplo e definido de forma diferente entre os autores que estudam a temática. Para Pichon-Rivière (2005), em sua teoria de grupos operativos, um grupo é um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por mútuas representações internas, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade. Para Osório (2003), grupo é um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

Atualmente, a formação de grupos na atenção primária à saúde se contrapõe à lógica biomédica tradicional, que embasa a formação dos profissionais de saúde para serem os únicos detentores do conhecimento e para terem todas as soluções e respostas, colocando os usuários em uma situação de inferioridade no processo de cuidado (BRASIL, 2014).

Diferente do que se propõe no modelo biomédico, uma educação em saúde crítica é construída coletivamente, de modo que usuários e profissionais são igualmente importantes na construção do conhecimento. Como afirmam Feio e Oliveira (2015), uma educação em saúde crítica, longe de se centrar na transmissão de informação ou nas tomadas de decisão comportamentais, procura motivar e capacitar os indivíduos a empreenderem ações que melhorem a sua saúde.

Na perspectiva de Paulo Freire (1986), uma educação libertadora é aquela que considera as vivências, os contextos e os conhecimentos dos envolvidos. É preciso considerar todo esse conhecimento como importante para que possa partir desse ponto, a fim de propiciar o movimento de mudança na percepção da realidade e do objeto de estudo com uma postura crítica (FREIRE, 1986).

É, por isso, uma educação em saúde participativa e emancipadora que se descentra dos conhecimentos e dos seus efeitos comportamentais para focalizar-se

na interação entre as pessoas e o meio, e no desenvolvimento de uma consciência coletiva (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Na perspectiva de Bensen *et al* (2007), nesse tipo de educação em saúde, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários, que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades, optando, de forma racional, entre as alternativas que lhe são apresentadas, bem como compreendendo as consequências de suas escolhas.

Para Santos e Rodrigues (2010), esta abordagem de educação em saúde adota, como marco inicial, o indivíduo inserido em seu contexto social e não a sua doença, e objetiva, não somente a remissão dos sintomas, mas, principalmente, a promoção dos cuidados em saúde, além de outras dimensões da vida. Ou seja, é uma abordagem da Educação em Saúde, cuja emancipação social ocorre inerente ao processo de melhoria da qualidade de vida, através da promoção da saúde individual e coletiva.

Dessa forma, os grupos são uma importante ferramenta de educação em saúde na atenção primária, pois a função primordial dos mesmos é contribuir para o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia e a participação (BRASIL, 2014), contribuindo, portanto, para a corresponsabilização dos usuários no cuidado com a saúde.

O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, contribuem para o fortalecimento dos sujeitos e previnem o adoecimento (BRASIL, 2014). Assim sendo, as práticas grupais de educação em saúde na atenção primária se constituem como espaços de promoção da saúde e ao, mesmo tempo, de prevenção de doenças.

Nos grupos, é possível se problematizar diversos assuntos e questões de saúde de forma coletiva, possibilitando a construção e a troca de saberes entre profissionais e usuários. Além disso, os grupos contribuem para maior autonomia e participação dos usuários no cuidado com sua saúde.

Quando os grupos são utilizados como um espaço de troca de saberes, esse movimento acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades (BRASIL, 2014).

A partir dessa reflexão, esta pesquisa buscou estudar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos de educação em saúde no Município de Assú, no Estado do Rio Grande do Norte.

Os grupos são uma prática comum dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. No entanto, sabe-se que a alta demanda de atendimentos individuais, as múltiplas tarefas delegadas aos referidos profissionais e, às vezes, o desconhecimento dos mesmos sobre a importância dos grupos enquanto ferramenta para o cuidado contribuem para que as equipes priorizem outras formas de atenção à saúde das pessoas, desconsiderando o cuidado por meio dos grupos (BRASIL, 2014).

Sabe-se também que os grupos são uma importante estratégia que contribui para o autocuidado e a autonomia das pessoas no processo de cuidar da saúde (BRASIL, 2014). Dessa maneira, é importante investigar essa forma de cuidado, ouvindo usuários e profissionais, conhecendo suas percepções sobre os grupos enquanto ferramenta de cuidado na Estratégia Saúde da Família, para produzir subsídios para avaliação de práticas e planejamento de ações de promoção da saúde.

Esta pesquisa traz a discussão sobre a importância dos grupos, contribuindo para se conhecer as potencialidades e dificuldades encontradas na formação e manutenção destes na Estratégia Saúde da Família do Município de Assú/RN, por meio de escuta de profissionais e usuários.

Teve como objetivo geral Analisar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN. E os seguintes objetivos específicos: Identificar as dificuldades e potencialidades para a formação de grupos na Estratégia Saúde da família; Compreender a forma como os grupos são planejados e conduzidos e Investigar o papel do grupo na promoção do autocuidado na percepção dos usuários e profissionais.

Este estudo é relevante uma vez que a Atenção Básica ocupa uma posição privilegiada e estratégica para o primeiro atendimento e acompanhamento dos usuários, podendo ofertar um conjunto de ações para promoção da saúde, dentre as quais se podem citar os grupos de educação em saúde. Assim, este trabalho suscitou nos profissionais a discussão acerca do papel dos grupos nas ações de promoção da saúde, trazendo elementos para reflexão sobre a prática na Estratégia

Saúde da Família e na forma de condução dos grupos. Além disso, a pesquisa se propôs a ouvir os usuários, dando-lhes a oportunidade de expor suas opiniões e proposições sobre os grupos de educação em saúde no Município de Assú/RN.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. No capítulo inicial, está a introdução, na qual se apresentam as justificativas, os objetivos e a apresentação da pesquisa. Já o capítulo II se destina ao referencial teórico e, nessa parte, constam as concepções acerca do tema, a partir de autores que subsidiaram a discussão. Este tópico está dividido em duas partes: o primeiro subtópico traz elementos para se refletir sobre os grupos de educação em saúde, onde é feita uma discussão acerca do conceito de grupos. O segundo subtópico discute os grupos de educação em saúde na Atenção Primária, fazendo um resgate histórico, apresentando uma concepção de educação em saúde baseada nas ideias de Paulo Freire.

No capítulo III, aparecem as estratégias metodológicas para a construção da pesquisa. Os resultados, que compõem o capítulo IV, estão apresentados em um artigo científico. Por fim, no capítulo V estão as considerações finais, as percepções e proposições.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 Grupos de educação em saúde: elementos para reflexão

A convivência em grupo é um dos primeiros instintos humanos. Desde o momento do nascimento e em todas as fases de vida, o ser humano participa de diferentes grupos na busca de construir sua identidade própria e pela necessidade de criação do sentimento de pertencimento, pois tanto o individual quanto o grupal são indissociáveis, permanecendo em constante jogo dialético (ZIMERMAN, 1993).

Nessa perspectiva, “o ser humano é gregário, e ele só existe, ou subsiste, em função de seus interrelacionamentos grupais” (ZIMERMAN, 1993, p.51). Assim, é possível afirmar que a inserção em grupos é um aspecto inerente à vida humana. Ao nascer, o ser humano participa do seu primeiro grupo social, a família, e em todas as fases da vida, voluntariamente ou involuntariamente, associa-se a diferentes grupos (BOCK, 1999).

Segundo Trotter (1953), o instinto gregário é um dos quatro instintos básicos do homem, aliado ao instinto de autopreservação, ao instinto de nutrição e ao instinto sexual. O autor afirma que o instinto gregário é aquele que faz com que o ser humano sempre procure viver em grupos como uma forma de se tornar mais resistente à seleção natural.

Zimerman (1993) chama a atenção para a dificuldade em se estabelecer uma conceituação definitiva e exata dos grupos, no entanto, apresenta alguns elementos que ajudam a caracterizá-los. Para o autor, um grupo não é um mero somatório de indivíduos, pelo contrário, ele se constitui como uma entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todo grupo se comporta como se fosse uma individualidade. Todos os integrantes de um grupo estão reunidos em torno de tarefas e objetivos comuns.

De acordo com Osório (2003), um grupo é formado por um conjunto de pessoas que se reconhecem em suas singularidades e exercem uma ação na qual há interação e objetivos compartilhados em torno de uma tarefa. A tarefa, na concepção de Pichon-Rivière (2005), é o caminho percorrido pelo grupo para o alcance de objetivos comuns.

Na abordagem de Pichon-Rivière (2005), o grupo é constituído de um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço. No entanto, no pensamento do

autor, para se constituir um grupo não é suficiente que exista um determinado número de pessoas no mesmo espaço e ao mesmo tempo. É necessário que haja vínculo entre elas.

Seguindo essa vertente de pensamento, Martín-Baró (1983) afirma que o grupo é formado por uma cadeia de vínculos e relações entre pessoas. Segundo o autor, as pessoas se integram aos grupos por necessidades individuais e coletivas. Nessa perspectiva, o grupo é uma experiência histórica resultante das experiências vivenciadas no cotidiano das pessoas.

Bock (1999) afirma que os grupos são pequenas organizações de indivíduos que possuem objetivos comuns e realizam ações na busca de concretização desses objetivos. Para manter a unidade do grupo, são criadas normas de funcionamento, formas de cooperação e estratégias para impedir o abandono do mesmo.

Através da convivência em grupos, o ser humano cria regras que melhoram a vivência em coletividade. Esse conjunto de regras é chamado por Bock (1999) de Instituição. As instituições são criadas de forma implícita e vão se manifestando através de hábitos, tornando possível e harmoniosa a convivência social (AMARAL, 2007).

As instituições são valores e regras sociais que se reproduzem no cotidiano das pessoas e passam a serem tratados como verdade dentro de determinado grupo, servindo como uma espécie de manual de comportamento e de ética. “A instituição é o que mais se reproduz e menos se percebe nas relações sociais. Atravessa, de forma invisível, todo tipo de organização social e toda a relação de grupos sociais” (BOCK, 1999, p. 287).

Segundo Amaral (2007), quando um grupo se estabelece, passa a existir uma relação intrínseca entre o individual e o coletivo, na qual qualquer alteração no indivíduo interfere diretamente na dinâmica do grupo como um todo. Essa relação é chamada por Amaral (2007) de processo grupal.

No processo grupal, se percebe a ocorrência de, pelo menos, quatro fenômenos: coesão, padrões grupais, motivações individuais e liderança. A coesão está relacionada à adesão do indivíduo ao grupo. Os padrões grupais referem-se às expectativas de comportamentos partilhados entre os integrantes do grupo. As motivações individuais são aspectos relacionados com a escolha que cada indivíduo faz quando decide participar de um grupo e a liderança refere-se à capacidade do líder de motivar os participantes a permanecerem no grupo (AMARAL, 2007).

2.2 Os grupos de educação em saúde na Atenção Primária

Tomaram-se como elementos centrais, para construção deste trabalho, os grupos de educação em saúde como ferramenta de cuidado na Atenção Primária. As práticas de educação em saúde surgiram no início do século XX, com o objetivo de que a população assimilasse hábitos higiênicos e comportamentos considerados adequados. Esse tipo de educação em saúde, chamada de Educação Sanitária, tinha caráter normativo e prescritivo, pois se baseava na transferência de conhecimentos dos profissionais de saúde para a população (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Nesse modelo de educação, existem dois papéis bastante delimitados e com funções específicas: de um lado, o profissional considerado autoridade e responsável pela transmissão do que sabe. Do outro, a população que precisa aprender, através de práticas de aconselhamentos e prescrições. O objetivo do processo educativo é a mudança de comportamento e a absorção, pela população, do conhecimento ensinado (VASCONCELOS *et al*, 2009).

No decorrer da história, e em virtude de mudanças no próprio conceito de saúde, o conceito de educação em saúde sofreu modificações. Atualmente, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde ultrapassa a ideia de ausência de doença, apontando para outras questões responsáveis por proporcionar completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1986).

Essa concepção de saúde, no Brasil, é ratificada pela Constituição Federal de 1988, ao enumerar elementos como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais como condicionantes de saúde (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o modelo educação em saúde, atualmente adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), supera a perspectiva instruidora e de transmissão de saberes, centrando-se nas necessidades globais e individuais dos sujeitos, atentando para a necessidade de capacitar os indivíduos para uma aprendizagem ao longo da vida, no sentido de controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde (WHO, 1986). Na adoção dessa lógica, a educação em saúde é vista em uma perspectiva de libertação e de desenvolvimento integral dos sujeitos, como propõe Paulo Freire (1996).

Na obra “Pedagogia da Autonomia”, Paulo Freire dedica um capítulo à defesa da tese de que “Ensinar não é transferir conhecimento” (FREIRE, 1996, p.21). Contrariando a perspectiva da pedagogia tradicional, em que os educadores são considerados únicos que possuem conhecimento, Freire (1996) propõe uma pedagogia em que, tanto educador quanto educando, ensinam e aprendem, pois os saberes são construídos na vivência de cada um.

Por conseguinte, um modelo de educação em saúde que se proponha a dialogar com os diferentes saberes deve partir da compreensão de que não há relação de superioridade entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Existem apenas seres inacabados, que, na consciência de seu inacabamento, estão em permanente processo de busca. Assim, no processo educativo, educadores e educandos devem conviver e, assim, em comunhão construir saberes (FREIRE, 1996).

É importante frisar o papel da educação como estratégia de promoção à saúde numa perspectiva de desenvolvimento das capacidades humanas. A Política Nacional de Promoção à Saúde, lançada em 2006, aborda o tema da promoção à saúde com enfoque nos determinantes e condicionantes de saúde, considerando que o “aparato biomédico não consegue modificá-los, pois é marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas” (BRASIL, 2006, p.09).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde traz a seguinte definição:

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 (WHO, 1986, p. 01).

Percebe-se, assim, que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a promoção à saúde deve funcionar como uma estratégia de capacitação da comunidade para intervir nos processos que podem influenciar a saúde e a

qualidade de vida. Assim, os processos educativos, enquanto estratégias de promoção da saúde, devem ser capazes de estimular o desenvolvimento e autonomia dos sujeitos, a fim de que estes possam participar ativamente do cuidado com a própria saúde.

Freire (1986) ratifica que o processo educativo deve se centrar na construção da autonomia dos sujeitos, de modo que a educação estimule a capacidade do educando de decidir responsabilmente sobre suas escolhas, sem imposições. Para Freire, “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1986, p.25).

Na Estratégia Saúde da Família, esse princípio não deve ser ignorado. Contrariando o modelo biomédico vigente, os grupos de educação em saúde devem se constituir em um espaço de promoção da autonomia dos sujeitos, através do respeito às vivências e saberes das pessoas.

Mediante a isto, o trabalho com grupos de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família não deve ser pensando apenas como mais uma forma de atendimento para dar resolutividade à demanda apresentada, com foco na doença ou nos sintomas, mas funcionar como um espaço que propicie socialização, convivência, apoio psicossocial e troca de experiências e saberes (BRASIL, 2014).

Muitos grupos de educação em saúde funcionam como uma extensão dos consultórios. É comum, por exemplo, grupos que se propõem inicialmente a promover saúde, mas acabam centralizando todas as ações nas doenças e funcionam como uma espécie de consulta coletiva, onde são dadas orientações e prescrições (BRASIL, 2014).

A formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda é muito direcionada pelo modelo biomédico predominante, no qual os profissionais devem agir como alguém que tem sempre as respostas e as soluções para as questões de saúde, deixando os usuários em uma posição de submissão (BRASIL, 2014).

No entanto, os grupos de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde devem ser pensados como espaços de acolhimento, interação, construção de saberes, dos quais as pessoas se sintam parte e tenham liberdade para aprender e para ensinar, através da troca de experiências.

Um estudo realizado no Sul do Brasil, no ano de 2018, sobre a percepção de usuários e profissionais acerca das práticas coletivas na Atenção Básica revelou que, dentre os motivos que levam os usuários a aderirem e permanecerem em

atividades em grupos, foram citados, com maior frequência, o grupo como espaço de construção de relações interpessoais, o grupo como elemento de construção de saberes e o grupo como espaço de cuidado integral (FRIEDRICH *et al*, 2018).

Na referida pesquisa, ficou evidente que nos grupos estudados se estabeleceram relações de vínculos entre profissionais e usuários, o que foi descrito como um fator positivo para a corresponsabilização dos usuários no cuidado com a própria saúde. (FRIEDRICH *et al*, 2018). O vínculo é descrito, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde (BRASIL, 2017).

Assim, percebe-se que, quando realizados em uma perspectiva de integralidade, em que profissionais e usuários conseguem estabelecer uma relação de confiança, os grupos de educação em saúde são ferramentas de promoção da saúde, se constituindo como espaços de convivência e de desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo que, segundo Gil (2008), tem como objetivo principal caracterizar uma determinada população, um fenômeno ou as relações entre as variáveis. Optou-se por uma abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes em que esses fenômenos são interpretados, a partir de suas ações dentro da realidade vivida.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família, da Zona Urbana do Município de Assú/RN. A escolha da referida unidade se deu em virtude de ser uma das equipes do Município que não estão vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), equipe de trabalho da pesquisadora.

O Município de Assú localiza-se a 214 km da capital do Rio Grande do Norte, Natal. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Assú possui uma população de 53. 227 habitantes, com densidade demográfica de 40, 84 habitantes por km².

No que se refere à rede de serviços públicos de saúde, o município conta com dezoito equipes de Saúde da Família (onze na zona urbana e nove na zona rural), um equipe do NASF, um Centro de Atenção Psicossocial, um Centro de Reabilitação Integrada, um polo de Academia da Saúde com duas Academias da Saúde, um Pronto-Socorro, uma equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Especialidades e um Hospital Regional (CNES, 2019).

3.3 AMOSTRAGEM

A amostra foi composta por profissionais de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) de uma equipe de Estratégia Saúde da Família da

zona urbana do Município de Assú/RN, contabilizando dez profissionais e oito usuários, participantes de grupos de educação em saúde que aconteceram na mesma equipe nos últimos dois anos. Participaram da pesquisa usuários dos seguintes grupos de educação em saúde: Grupo de hipertensos e diabéticos; grupo de Saúde Mental e Grupo de Mulheres.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida através de fontes que subsidiaram a discussão acerca do tema estudado. Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Para a produção dos dados, foi realizada uma pesquisa de campo, na qual foram feitas entrevistas semiestruturadas com os profissionais da Estratégia Saúde da Família e um grupo focal com os usuários. O grupo focal teve dois encontros de, aproximadamente, 1h30min cada. Powell e Single (1996, p. 449) *apud* Gatti (2005) dizem que o grupo focal é “Um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é o objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. A escolha pelo grupo focal se deu pelo entendimento de que, através dessa ferramenta, as pessoas fariam mais livremente sobre suas percepções.

A escolha pela entrevista semiestruturada aconteceu porque esta combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2009). Acreditou-se que essa modalidade de entrevista se adequaria melhor aos objetivos propostos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo de Bardin (1987), que se divide, operacionalmente, em três etapas: a primeira fase, em que se organiza o material a ser analisado, sistematizando as ideias e objetivos iniciais da pesquisa; a segunda etapa, denominada de exploração do material, consiste na

definição de categorias que irão possibilitar a codificação e a identificação das unidades de registro, em torno das quais as falas serão organizadas e a terceira etapa refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos (BARDIN, 1987).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, ao qual está vinculado o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, cumprindo todos os requisitos previstos na resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, respeitando-se os preceitos legais e éticos referentes às pesquisas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado através do parecer de número 3.180.297 em 01 de março de 2019.

Antes do início da coleta de dados, foi enviada carta de anuência para a Secretaria Municipal de Saúde de Assú/RN, para conhecimento e autorização para realização da pesquisa.

Para a coleta de dados, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e um termo de autorização para gravação de voz na entrevista e nos encontros do grupo focal, em duas vias. Uma via ficou com o participante e outra com a pesquisadora.

As entrevistas e os encontros do grupo focal foram gravados com gravador digital. Posteriormente, todas foram fielmente transcritas. Após a transcrição, os dados foram armazenados em pendrive utilizado apenas para este fim, garantindo-se o sigilo das informações coletadas através do uso de pseudônimos e de termo de confidencialidade. Aos profissionais entrevistados, foram dados nomes de super-heróis e, para os usuários participantes do grupo focal, foram dados nomes de flores, a fim de proteger suas identidades.

A escolha de nomes de super-heróis para os profissionais se deu por acreditar-se que, assim como os heróis das histórias, os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, enfrentam situações adversas e precisam desenvolver poderes e habilidades para vencer as batalhas para a construção de um SUS

integral. Para os usuários foi escolhido nomes de flores, pois os usuários do SUS são como flores. Cada um possui características específicas e precisam de cuidados diferenciados. Para florescer as flores necessitam ser regadas e cuidadas, assim é o usuário do SUS.

A pesquisa só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes.

4. RESULTADOS

ARTIGO - GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS

RESUMO

Teve-se como problema de análise: Qual a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do grupo enquanto ferramenta de promoção da saúde e do autocuidado na Estratégia saúde da família no Município de Assú/RN? O objetivo geral é analisar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde da Família no Município de Assú/RN. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo de abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados dos valores e das atitudes que os fenômenos são interpretados a partir de suas ações dentro da realidade vivida. A pesquisa foi realizada em 01 Unidade Básica de Saúde da Zona Urbana do Município de Assú/RN. A amostra foi composta por 10 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde da família e oito usuários participantes de grupos de educação em saúde que funcionaram na mesma equipe. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada com os profissionais e grupo focal com os usuários. A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram que os grupos são planejados de forma coletiva pela equipe, com centralidade no enfermeiro. Os temas são definidos previamente pelos profissionais. Na percepção de alguns profissionais os grupos são concebidos como espaço de convivência e troca, para outros, como espaço de repasse de informações. Como dificuldades para formação de grupos os profissionais elencaram a falta de tempo decorrente da alta demanda por atendimentos individuais, a desarticulação da equipe e a falta de interesse de alguns de participar dos momentos de reuniões de equipe e falta de apoio da Gestão Municipal. Como potencialidade os profissionais relataram a parceria, humildade, o estabelecimento de diálogo e o amor ao trabalho. Os usuários descreveram os grupos como espaços de transformação que contribui para a autonomia e para o autocuidado.

Descritores: Grupos. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The following problem was analyzed: What is the perception of professionals and users about the group as a health promotion tool and self-care in the Family Health Strategy in the Municipality of Assú / RN? The general objective is to analyze the perception of professionals and users about groups as a health promotion and self-care tool in the Family Health Strategy in the Municipality of Assú / RN. This is a descriptive research with a qualitative approach, which, according to Minayo (2009), works with the universe of meanings of values and attitudes that phenomena are interpreted from their actions within the lived reality. The research was conducted in 01 Basic Health Unit of the Urban Zone of Assú / RN. The sample consisted of 10 professionals from the multidisciplinary family health team and eight users participating in health education groups that worked on the same team. For data collection we used semi-structured interviews with professionals and focus group with users. Data analysis was performed using Bardin content analysis. The results showed that the groups are planned collectively by the team, with a centrality in the nurse. Themes are previously defined by professionals. In the perception of some professionals, groups are conceived as a space for coexistence and exchange, for others, as a space for passing on information. As difficulties for group formation, professionals listed the lack of time resulting from the high demand for individual care, the disarticulation of the team and the lack of interest of some to participate in the moments of team meetings and lack of support from the Municipal Management. As potentiality the professionals reported the partnership, humility, the establishment of dialogue and the love of work. Users described groups as spaces of transformation that contribute to autonomy and self-care.

Keywords: Groups Health education. Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

Existem diversos modelos de grupos. Para Pichon-Rivière (2005) um grupo é um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por mútuas representações internas, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade. Para Osório (2003) grupo é um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

A formação de grupos na atenção primária à saúde se contrapõe à lógica biomédica tradicional, que embasa a formação dos profissionais de saúde para serem os únicos detentores do conhecimento e para terem todas as soluções e respostas, colocando os usuários em uma situação de inferioridade no processo de cuidado (BRASIL, 2014).

Para Feio e Oliveira (2015), uma educação em saúde crítica, longe de se centrar na transmissão de informação ou nas tomadas de decisão comportamentais, procura motivar e capacitar os indivíduos a empreenderem ações que melhorem a sua saúde.

Na perspectiva de Paulo Freire (1986), uma educação libertadora é aquela que considera as vivências, os contextos e os conhecimentos dos envolvidos. É preciso considerar todo esse conhecimento como importante para que possa partir desse ponto, a fim de propiciar o movimento de mudança na percepção da realidade e do objeto de estudo com uma postura crítica (FREIRE, 1986).

Na perspectiva de Bensen et al (2007), nesse tipo de educação em saúde os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários, que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. Para Santos e Rodrigues (2010) esta abordagem de educação em saúde adota como marco inicial, o indivíduo inserido em seu contexto social e não a sua doença, e objetiva não somente a remissão dos sintomas, mas a promoção da saúde.

Dessa forma, os grupos são uma importante ferramenta de educação em saúde na atenção primária, pois a função primordial dos mesmos é contribuir para o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, e a participação (BRASIL, 2014). O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, contribuem para o fortalecimento dos sujeitos e previnem o adoecimento (BRASIL, 2014). Assim sendo, as práticas grupais de educação em saúde na atenção primária se constituem como espaços de promoção da saúde e ao mesmo tempo, de prevenção de doenças.

Esta pesquisa buscou estudar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos de educação em saúde no Município de Assú, no Estado do Rio Grande do Norte. Este estudo traz a discussão sobre a importância dos grupos, contribuindo para se conhecer as potencialidades e dificuldades encontradas na formação e manutenção dos mesmos na Estratégia Saúde da Família do Município de Assú/RN, ouvindo profissionais e usuários. Tem como objetivo geral analisar a percepção de profissionais e usuários acerca dos grupos como ferramentas de promoção da saúde e autocuidado na ESF no Município de Assú/RN.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa tem caráter descritivo, que segundo Gil (2008), tem como objetivo principal caracterizar uma determinada população, um fenômeno ou as relações entre as variáveis, possui abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes em que esses fenômenos são interpretados a partir de suas ações dentro da realidade vivida.

O cenário da pesquisa foi 01 Unidade de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Assú, no estado do Rio Grande do Norte (RN). A referida unidade foi escolhida pelo fato de ser uma das equipes do Município que não estão vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A amostra foi composta por 10 profissionais de uma equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do Município de Assú/RN e oito usuários participantes de grupos de educação em saúde que aconteceram na mesma equipe nos últimos dois anos.

Foi realizada pesquisa bibliográfica, desenvolvida através de fontes bibliográficas que subsidiaram a discussão acerca do tema estudado. Para a produção dos dados foi realizada uma pesquisa de campo, utilizando-se entrevistas semiestruturadas com os profissionais da ESF e um grupo focal com os usuários. O grupo focal teve dois encontros de em média 1 hora e meia cada encontro. A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo de Bardin (1987).

Para a coleta de dados, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e um termo de autorização para gravação de voz na entrevista e nos encontros do grupo focal, em duas vias. Uma via ficou com o participante e outra com a pesquisadora.

Aos profissionais entrevistados foram dados nomes de super-heróis e para os usuários participantes do grupo focal foram dados nomes de flores, a fim de proteger suas identidades.

A pesquisa só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - CEP/HUOL, ao qual está vinculado o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, cumprindo todos os requisitos previstos na resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, respeitando-se os

preceitos legais e éticos referentes a pesquisas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado através do parecer de número 3.180.297 em 01 de março de 2019.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Planejamento dos grupos de educação em saúde

Esta categoria discute a forma como os grupos de educação em saúde são planejados na equipe de Estratégia Saúde da Família na qual foi realizada a pesquisa. A partir dessa categoria, emergiram duas subcategorias: 1. Como os grupos são pensados e 2. Sobre o que falar. A subcategoria 1 aborda a forma como os grupos são planejados pela equipe e a subcategoria 2 aborda a forma como os temas a serem discutidos nos grupos são definidos.

3.1.1 Como os grupos são pensados

Através dos dados produzidos, foi possível observar que a equipe realiza semanalmente reuniões para planejamento das atividades. Nas falas dos participantes, ficou evidente que os grupos compõem o rol de atividades executadas pela equipe e são planejados durante as reuniões pelos profissionais da mesma.

O planejamento ele é feito na unidade com os profissionais. A gente senta e elabora [...] objetivo que se quer alcançar junto a essas pessoas, ou com esse grupo de pessoas (Lanterna verde).

Geralmente é em conjunto. Em grupo. A gente senta, junto com o enfermeiro e discute. Médico também participa. Nós fazemos todo o planejamento (Aquaman).

[...] a equipe se reúne pra planejar como vai ser o grupo (Mulher Maravilha).

Sempre às quintas-feiras a equipe se reúne pra planejar. Toda quinta-feira tem reunião e é nesse momento que a gente planeja as atividades e os grupos (Mulher Gavião).

O planejamento é parte importante de qualquer atividade de educação em saúde, pois é através dele que a equipe consegue direcionar seus esforços para objetivos e metas definidos. Também é a partir do planejamento que a equipe consegue vislumbrar o que será possível executar ou não.

Segundo Pichon-Rivière (2005), para desenvolver um grupo é necessário que haja planejamento e objetivos definidos. Na perspectiva do autor, o desenvolvimento de um grupo depende de um clima particular, logo, os profissionais planejam a intervenção com o intuito de transformar uma situação em um campo propício de aprendizagem.

Ficou evidente, em algumas falas, a ideia de que o planejamento é realizado de forma coletiva pela equipe. No entanto, também se evidenciou que há uma centralidade nos profissionais de nível superior, com ênfase no enfermeiro. Percebe-se que o direcionamento e as decisões sobre como o grupo irá acontecer, tais como tipo de grupo e cronograma, geralmente centram-se nesse profissional, conforme se vê nas falas a seguir:

Normalmente a gente se reúne com a equipe para o planejamento das atividades. Nem sempre todos da equipe participam e muitas vezes o planejamento acaba ficando muito nas mãos dos profissionais de nível superior (Superman).

... é elaborado um programa, um cronograma de como vai fazer e com quem fazer, aí começa a executar, né. Quem dá esse cronograma é geralmente o Enfermeiro (Lanterna verde).

Geralmente é em conjunto. Em grupo. A gente senta, junto com o enfermeiro e discute. Médico também participa. E a gente faz todo o planejamento. Geralmente o Enfermeiro dá uma direção do que vamos fazer no grupo (Aquaman).

O grupo é organizado pelos profissionais. Médico, Dentista, Enfermeiro. Mais o Enfermeiro. Ele vai vendo a necessidade, tipo assim: o que a área mais precisa? Aí o enfermeiro vai vendo a necessidade daquele grupo e vem conversar com a gente pra gente organizar e planejar o grupo (Canário Negro).

Para Fernandes (2010), “as próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa” (FERNANDES, 2010, p.568). Dessa forma, a ação protagonista do enfermeiro, na organização e manutenção dos grupos de educação em saúde,

pode ser explicada pela própria natureza do processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (FERNANDES, 2010).

Entretanto, para Silva *et al* (2014), a educação em saúde representa uma das principais atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde na Atenção Primária. Assim sendo, é importante frisar que, apesar de assumir um papel importante no planejamento e na execução dos grupos, o enfermeiro não deve ser o único responsável pelo processo, cabendo a todos da equipe atuar de modo coletivo e interdisciplinar, a fim de que haja complementaridade de saberes e não haja sobrecarga de um único profissional.

3.1.2 Definição de temas

Um dos momentos importantes na organização dos grupos de educação em saúde é a escolha dos temas a serem discutidos com a população. Os assuntos abordados nos grupos devem ser de interesse das pessoas e devem surgir a partir da vivência delas.

Através das falas, constatou-se que os temas discutidos nos grupos de educação em saúde, na equipe na qual se realizou o estudo, são definidos pelos profissionais durante as reuniões de planejamento. Foi possível identificar que os temas são escolhidos a partir de características homogêneas dos participantes dos grupos, como por exemplo, pessoas com hipertensão e diabetes, gestantes e idosos.

Os temas são escolhidos pela equipe. Geralmente são colocados pelo enfermeiro os temas possíveis e a gente escolhe os que acha mais adequado pra aquele grupo que a gente vai trabalhar. (Mulher Gavião).

Geralmente o enfermeiro dá uma direção dos temas que a gente vai trabalhar com o grupo. Como gestante, por exemplo, fala sobre dengue, a prevenção, a alimentação saudável. Tem vários assuntos abordados (Aquaman).

Assim, fica evidente que a equipe faz uma escolha prévia dos temas dos grupos e que não há participação da população usuária na definição dos assuntos abordados. Na perspectiva de Paulo Freire (1996), o educador tem o dever de não

só respeitar os saberes dos educandos, sobretudo os das classes populares, mas também discutir com os educandos a razão de ser de alguns desses saberes em relação com o ensino de conteúdos.

Segundo Arroyo (2015), quando não há escuta, há o risco de se criar uma série de estereótipos, típico de quem olha de fora para dentro. Para o autor, nos processos educacionais, o direito à voz é sistematicamente negado, seja porque as pessoas não possuem acesso aos meios de comunicação ou porque o interesse pelo que têm a dizer é pouco ou nulo. Nos serviços de saúde, quando não se garante às pessoas o direito de falar, há o risco de se criar o estereótipo de que elas não possuem conhecimento algum ou de que o que pensam e sabem não é importante.

Ao contrário dessa visão, é relevante que usuários dos serviços de saúde, sobretudo os da Estratégia Saúde da família, sejam ouvidos acerca de seus interesses, suas expectativas e sobre os assuntos sobre os quais gostariam de falar. Na relação entre profissional e usuário, é necessário que haja o sentimento de igualdade, em que profissionais saibam sugerir, mas também escutar.

Percebe-se também que a escolha de quem abordará os temas é pensada de forma fragmentada, relacionando-se às atribuições da profissão que exerce, de modo isolado dos outros saberes, conforme relata a fala a seguir:

Os temas são escolhidos na reunião de equipe. E aí a gente ver quem vai dá a palestra de acordo com o tema. Por exemplo, se for de saúde bucal, aí é a minha parte. Já se for outro assunto, vai o enfermeiro, o médico e assim vai acontecendo (Canário Negro).

[...] se for uma alimentação saudável, por exemplo, o ideal é que tivesse uma nutricionista, se for uma questão de exercício, já seria a educação física, a saúde bucal, a dentista. São vários temas e a gente sempre busca aquele melhor profissional que pode tá falando aquele assunto (Mulher Gavião).

Cada profissão possui suas atribuições específicas e núcleo de saber delimitado. No entanto, é importante salientar que a educação em saúde é atribuição de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Portanto, sabendo-se da heterogeneidade e multiplicidade de necessidades do ser humano, precisa-se somar saberes, discutir condutas, problematizar a realidade para responder aos complexos

problemas que envolvem a saúde, procurando trazer à tona as relações entre sujeitos sociais (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

Peruzzo *et al* (2018) enfatiza que o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família constitui uma importante estratégia que deve articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança e superar o distanciamento dos saberes, democratizando as relações.

Outro aspecto, observado através dos dados produzidos, foi a percepção da educação em saúde como um conjunto de informações que deve ser repassado para os usuários integrantes dos grupos e absorvidos por eles, como se pode observar nas falas a seguir:

Os profissionais é quem escolhem o tema, o programa, como é que vai ser, de uma maneira mais fácil de repassar pras pessoas. Que as pessoas possam absorver o mais rápido, o melhor do conteúdo que se quer repassar pra eles (Lanterna Verde).

Por exemplo, se é um grupo de gestante tem que falar de cuidados que toda gestante tem que ter. Se é adolescente tem que falar de DST e assim por diante. Os temas variam de acordo com cada público. Alguns absorvem, dão importância. Outros não (Mulher Gavião).

A ideia presente nas falas remete ao conceito de Educação Bancária, abordado por Paulo Freire (1986, p. 36). Nas palavras do autor:

A educação se torna um ato de depositar, em que os educadores são depositários e o educador o depositante. Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem (FREIRE, 1986, p. 36).

Na adoção dessa lógica de educação em saúde, a construção do saber não é uma troca. É unilateral e se apresenta como uma doação do educador para o educando (FREIRE, 1986). Nesse tipo de educação há uma prevalência do saber científico e expressivo desprezo pelo saber popular.

Posições como essa contribuem para processos educativos rígidos, nos quais educadores serão sempre os que sabem e pressupõem a absoluta ignorância dos educandos, e os enxergam como os que não possuem nada a ensinar. Assim, se o

educador é o que possui o único conhecimento válido e o educando o que nada sabe, cabe ao primeiro repassar o seu conhecimento ao segundo (FREIRE, 1986).

Percebe-se, entre os entrevistados, a prevalência da percepção da educação em saúde como educação bancária. Ao predeterminar os temas a serem abordados nos grupos e explicitarem que repassam os conteúdos para os integrantes dos grupos, os profissionais entrevistados ratificam a ideia de que possuem um conhecimento, este considerado mais importante, que deve ser injetado, absorvido pelas pessoas, como se estas fossem depósitos de conhecimento, conforme explica Freire (1986).

A lógica da educação bancária nega a participação dos integrantes no processo educativo. É importante salientar que não se nega, aqui, a importância do saber científico e do papel do profissional em orientar as pessoas sobre processos que contribuam para mudanças de comportamentos e maior qualidade de vida. No entanto, é igualmente importante saber o que as pessoas pensam e sabem sobre sua vida e saúde. Nesse sentido, Silva *et al* (2014) afirma:

A educação em saúde pautada em uma perspectiva dialógica não nega a validade de momentos explicativos, em que o educador expõe ou fala sobre o objeto. No entanto, é necessário que os envolvidos mantenham uma postura aberta, curiosa, indagadora, e não apassivada, enquanto falam ou ouvem. O bom educador é o que consegue, enquanto explica, envolver o educando no movimento de idas e vindas de seu pensamento, incitando para que ele compreenda o conteúdo, ao invés de recebê-lo na íntegra. Então, o processo de ensino-aprendizagem relaciona-se com o esforço crítico do educador de desvelar a compreensão de algo, e, por parte do educando, de atuar como sujeito de sua aprendizagem, *no desvelamento que o professor deseja causar*. (SILVA *et al*, 2014, p. 349).

Nessa perspectiva, coloca-se, para as equipes de Estratégia Saúde da Família, o desafio de promover momentos educativos mais flexíveis, em que profissionais e população usuária possam dialogar livremente, construindo saberes a partir de suas experiências, considerando que os diferentes saberes se complementam.

3.2 Percepção dos profissionais sobre os grupos de Educação em Saúde

Esta categoria aborda a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na qual se realizou a pesquisa sobre os grupos de Educação em Saúde. A partir dessa categoria, emergiram duas subcategorias: 1. Grupos como espaço de convivência e troca; 2. Grupos como espaço de repasse de informações.

3.2.1 Grupos como espaço de convivência e troca

As percepções sobre a saúde e a doença são construídas pelas pessoas ao longo de suas vidas e a partir de suas vivências (SILVA *et al*, 2014). Assim, o que se pensa sobre determinado assunto tem influência do que se viveu e se experimentou durante a vida.

Sobre as percepções dos profissionais da equipe na qual se deu a pesquisa sobre os grupos de educação em saúde, ficou evidente que alguns consideram que o grupo se constitui como um espaço educativo no qual as pessoas aprendem umas com as outras e através do qual elas passam a ter maior autonomia no cuidado com a própria saúde, aparecendo, nas falas, como aspecto principal, os grupos como espaços de convivência.

O grupo contribui muito. Porque em um grupo as pessoas têm a chance de conviver com pessoas que também vivenciam o mesmo processo de adoecimento ou a mesma situação de saúde na qual ele se encontra naquele momento. (Superman).

No grupo eles aprendem a se cuidar mais. Quer dizer, eles uns aprendem uns com os outros (Mulher Gavião).

É muito importante, primeira coisa, é, é muito importante o convívio de várias pessoas com o mesmo problema. Por exemplo, como no grupo de hiperdia, aí vai juntar só aquela equipe onde todos eles são hiperdia e eles mesmos fica interagindo um com o outro, né? Isso é muito bom pra eles, pra eles verem que não é só eles que têm essa doença e que essa doença não é motivo para eles deixarem de viver, né? A função do grupo é essa, despertar o desejo naquela pessoa de viver e se cuidar mais, ter autoestima, né? (Robin).

Eles convivem com pessoas que passam a mesma coisa, então eles interagem com cada integrante do grupo, cada um a seu modo e acaba aprendendo mais sobre a sua doença ou sobre a situação de saúde que ele deseja amenizar ou resolver (Homem Elástico).

A partir da compreensão expressa nas falas dos profissionais, a educação em saúde acontece na convivência e na troca entre as pessoas. Segundo Figueiredo e Rodrigues Neto (2012), essa troca entre os pares reflete a importância do saber popular no processo de educar em saúde, na medida em que promove a contextualização da realidade, pautada na valorização das histórias e das vivências de cada participante.

Essa postura em relação aos grupos, concebendo-os como espaço de convivência, produz nas pessoas o interesse em participar dos momentos coletivos, pois se sentem livres para manifestar suas ideias, seus anseios, dúvidas e até mesmo compartilhar dificuldades.

Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades (BRASIL, 2014, p. 68).

Essa perspectiva se aproxima da ideia de educação como ferramenta para autonomia, proposta por Paulo Freire (1986), na qual não se admite a superioridade de um saber sobre outro, pelo contrário, os saberes dialogam entre si. Numa perspectiva dialógica, também não se admite o pensamento da autossuficiência de um saber. Nas palavras do autor:

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (FREIRE, 1986, p. 46).

Apesar de ter ficado claro que os temas abordados nos grupos de educação em saúde são todos definidos pela equipe, sem participação da comunidade, como discutido em categoria anterior, evidenciou-se que, para parte dos profissionais, as pessoas desempenham papel importante no processo de aprendizagem,

reconhecendo que, no encontro com o outro, as pessoas compartilham experiências e aprendem.

Percebe-se, então, que o grupo é mais que um espaço de exposição, é um lugar de trocas, no qual as pessoas aprendem e partilham experiências. Reconhece-se que a aprendizagem acontece de múltiplas formas e que os conhecimentos dos profissionais são apenas uma face no processo de aprendizagem, pois o saber das pessoas também é parte desse processo.

3.2.2 Grupo como espaço de repasse de informações

As práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde (BRASIL, 2014). Na Estratégia Saúde da Família, essa técnica é bastante comum. No entanto, percebe-se que há divergência acerca da percepção sobre os grupos de educação em saúde. Para alguns profissionais, ainda prevalece a ideia de que os grupos são espaços nos quais os profissionais repassam o conhecimento que possuem sobre determinados temas para os usuários, que têm o papel de absorver o que é repassado, conforme explicitado nas falas a seguir.

E esse é o intuito da gente, contribuir pra que eles melhorem. Em termo de grupo de hiperdia, por exemplo, nosso intuito é que eles melhorem a alimentação, gestante, que também tenha uma alimentação adequada, que faça exercícios físicos, que eles absorvam aquilo que é repassado nas palestras nos grupos (Mulher Gavião).

Alguns não dão muita importância, mas uma boa parte tem absorvido. Tem absorvido e muitos têm às vezes até botado em prática o que se ensina (Mulher Maravilha).

Sim. Contribui. Certeza que contribui. Porque a gente ver, mesmo que seja uma pequena informação que é repassada pelos profissionais creio que, isso, lógico que as pessoas, têm que colocar em mente o que é prejudicial à sua saúde e com isso acontece de ele mudar de atitude. E em outros grupos também fica algo que é explicado nas palestras. Alguma informação fica e isso contribui pra que o usuário ele passe a se cuidar mais, a se preocupar mais com sua saúde (Robin).

A metodologia que aparece com maior frequência nas falas dos profissionais é a metodologia expositiva através de palestras. Essa forma de exposição de conteúdos foi descrita como positiva por parte dos profissionais, sendo percebida como uma estratégia eficaz de aprendizagem.

Essa ideia de exposição de conteúdos através de palestras remete ao conceito hegemônico e tradicional de educação em saúde, cujo enfoque é direcionado para o controle do processo saúde-doença através da transmissão de conhecimentos (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Outro aspecto do modelo hegemônico de educação em saúde é a ideia da mesma como sendo responsável por mudanças comportamentais, através da transferência de conhecimento e redefinição de valores, sem considerar as percepções e saberes da população usuária (RODRIGUES; SANTOS, 2010). Essa percepção ficou evidente nas falas de alguns profissionais entrevistados, conforme visto anteriormente.

Não se pretende, aqui, negar que os assuntos abordados através de palestras não possam contribuir para o processo de aprendizagem das pessoas e que o conhecimento adquirido nas universidades durante a formação profissional não seja relevante.

No entanto, é necessário pensar que os conteúdos transmitidos sem a participação das pessoas nas discussões tendem a ser descontextualizados, muitas vezes alheios às experiências dos educandos, como afirma Freire (1996). Para o autor, os processos educativos devem acontecer a partir da realidade vivenciada pelos educandos, pois somente dessa forma o educando pode desenvolver uma consciência crítica e autônoma.

3.3 Dificuldades e potencialidades para formação e manutenção dos grupos de educação em saúde

Essa categoria aborda as dificuldades e potencialidades descritas nas falas dos profissionais para organização e manutenção dos grupos na Estratégia Saúde da Família. A discussão se dá em torno de duas subcategorias: 1. Dificuldades; 2. Potencialidades.

3.3.1 Dificuldades

O trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família ainda enfrenta muitos desafios, sobretudo pelo fato de que o modelo biomédico vigente não preconiza as atividades coletivas de educação em saúde. A formação profissional em saúde do Brasil, em sua grande maioria, contribui para que os profissionais possuam visões unilaterais sobre a educação em saúde, priorizando atendimentos individuais por acreditarem que estes são mais resolutivos ou que essa é a única alternativa de enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2014).

Além da influência do modelo predominante, as equipes se deparam com outros desafios para organizarem e manterem grupos ativos em seus territórios. Na equipe, os profissionais aqui investigados apresentaram algumas dificuldades que refletem o dia a dia do trabalho na Estratégia Saúde da Família. A falta de tempo, decorrente da alta demanda por atendimentos individuais, apareceu nas falas como um grande desafio a ser enfrentado pela equipe.

Uma dificuldade que eu vejo é o tempo pouco, devido o horário e a demanda por atendimento que é grande. A gente ou vai fazer à noite, um extra com um acordo com a gestão, com um acordo lá com a coordenação, ou num período tirar um horário de uma hora, uma hora e meia, um período do nosso trabalho pra poder fazer isso (Mulher Gavião).

A quantidade de atendimentos individuais. É isso que atrapalha pra esses eventos, essas atividades em grupo. Teria que ser um dia só destinado pra isso: "Hoje vai ser só uma ação assim". E ser cumprido. Mas aí envolve cronograma e essas atividades coletivas aí fica, assim, difícil. Muitas vezes o interesse do paciente é vim aqui só ver uma coisa, mas ele quer um atendimento (Mulher Maravilha).

Percebe-se, nas falas de Mulher Gavião e Mulher Maravilha, que a equipe possui uma alta demanda por atendimentos individuais e isso é descrito por elas como uma dificuldade para se pensar em grupos de educação em saúde. No entanto, é importante refletir que essa alta demanda pode ser reflexo do próprio modelo biomédico vigente e da forma como a equipe organiza o trabalho.

Historicamente, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde foram ensinados a tratarem as queixas das pessoas como questões que devem ser resolvidas nos consultórios, o que nem sempre é possível. A postura profissional

diante das questões de saúde da população pode contribuir para que a demanda por consultas e respostas individuais aumente. É importante salientar que:

Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde e a possibilidade de transformação dessa prática só é possível com o desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. (BRASIL, 2014, p. 68).

Mulher Maravilha enfatiza: “Muitas vezes o interesse do paciente é vir aqui só ver uma coisa, mas ele quer um atendimento”. Essa busca incessante da população por consultas e atendimentos individuais reflete uma postura de parte da população em relação aos cuidados com a saúde.

É comum o pensamento de que os problemas de saúde só são resolvidos com medicamentos e atendimentos individuais. No entanto, segundo Dall’Agnol (2007), esses modelos unidimensionais de atenção à saúde pautados em atendimentos individuais e na excessiva medicalização vêm, consubstancialmente, demonstrando a falta de resolutividade para com os danos à saúde.

As pessoas vão ao serviço de saúde em busca de atendimentos para suas queixas. “Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas” (BRASIL, 2014, p. 68).

Outra dificuldade apontada, na percepção de alguns profissionais para organização e manutenção dos grupos de educação em saúde, é a desarticulação da equipe e a falta de interesse de alguns de participar dos momentos de reuniões de equipe, conforme descrito nas falas a seguir:

A dificuldade é primeiro é reunir a equipe toda. É difícil reunir a equipe, porque nem sempre a gente consegue fazer com que todos os profissionais julguem que é importante fazer uma reunião para planejamento dos grupos. Então normalmente quando a gente fala em reunião os profissionais já se esquivam de participar como se fosse uma coisa que não resolvesse ou mesmo que não tivesse importância. Outra dificuldade é falar a mesma língua dentro da equipe (Superman).

Tá precisando mais assim, ter assim, também assim, mais um envolvimento entre a equipe, assim, sabe? Aquela coisa que existe ainda a individualidade, né? Pra gente trabalhar entrelaçado, ainda tem essa dificuldade pra poder a coisa ser mais assim, eficiente. A

gente já teve grupo aqui que parece que a equipe não tava unida, entende? (Mulher Maravilha).

Um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe é a falta de interação entre seus membros. Por outro lado, laços fortes, afetividade e companheirismo são potências para um melhor desempenho coletivo (PERUZZO *et al*, 2018). Nas falas anteriores, fica perceptível que, para alguns participantes, falta interação entre os profissionais, fato que se constitui um entrave para o desenvolvimento dos grupos de educação em saúde.

A própria formação dos profissionais pode constituir barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que a graduação nem sempre consegue preparar os graduandos para o desenvolvimento de habilidades de interação com outros profissionais (PEDUZZI *et al*, 2012). A política Nacional de Atenção Básica preconiza que os profissionais da Estratégia Saúde da Família atuem de modo interdisciplinar (BRASIL, 2017). O não atendimento desse preceito contribui para práticas individualizantes e fragmentadas.

Outro aspecto apontado pelos profissionais como dificuldade para organização e manutenção dos grupos de educação em saúde foi a falta de incentivo da gestão municipal, conforme descrito nas falas a seguir:

A maior dificuldade é a gestão. Porque muitas vezes é decidido, por exemplo, uma ação fora da unidade, que a gente não tem muito espaço. Mas aí muitas vezes somos barrados, por exemplo, no carro, no traslado. Apoio, às vezes de material, esse tipo de coisa. Deixa muito a desejar. É material de trabalho, recursos que a gente não tem (Aquaman).

As dificuldades é apoio, de, posso falar da gestão. O apoio da gestão, apoio de logística, apoio de material didático, um panfleto a gente não tem. Muitas vezes a gente não tem um panfleto para oferecer pra aquela pessoa continuar em casa, é, como é que se diz, o que ela ouviu no grupo e continuar lembrando em casa e colocando em prática, né, diante de um panfleto pra ela não esquecer do que ouviu. A gente não tem esse apoio. A maioria das vezes a gente tem se virado pra fazer (Mulher Maravilha).

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que é responsabilidade da Gestão Municipal de Saúde prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação das ações da atenção básica e consolidação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017). Fica

perceptível, através das falas, que a equipe não visualiza apoio institucional da gestão local para as ações de educação em saúde através de grupos no território.

Os profissionais também sentem falta de apoio da gestão municipal no que diz respeito à disponibilidade de materiais e insumos que consideram necessários ao desenvolvimento dos grupos, como expresso na fala de Robin: “O maior problema é a falta de apoio da gestão. Por exemplo, se a gente precisar de uma coisa básica como uma cartolina, uma folha de ofício, uma coisa assim não tem”.

A PNAB também preceitua que é dever da gestão municipal garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução do conjunto de ações propostas pelas equipes (BRASIL, 2017). Para Falkenberg *et al* (2014), as práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde, que precisam valorizar a promoção à saúde tanto quanto as práticas curativas; a população, que deve buscar aumentar sua autonomia nos cuidados e os gestores que devem apoiar os profissionais em suas atividades.

3.3.2 Potencialidades

O vocábulo “potencialidade” é descrito no “Dicionário Aurélio” como sinônimo de potência, capacidade e habilidade (FERREIRA, 2010). Já para o dicionário “Houaiss”, **potencialidade** é a consideração da possibilidade da realização de algo ou a possibilidade que algo ou alguém tem de transformar a realidade (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Assim, neste estudo, considerou-se que potencialidades são os fatores que contribuem para a realização de grupos de educação em saúde. Das falas, foi possível apreender que, na percepção dos profissionais, a maior potencialidade centra-se na disponibilidade da própria equipe em realizar os grupos.

Potencial é a equipe, que são vários pontos. Primeiro é o conhecimento. O amor que os profissionais têm pelo trabalho, né, que eles desempenham. A gente percebe mesmo o esforço que se faz, que pra fazer isso aí tem que ter muita vontade. E isso a gente vê na equipe. (Lanterna Verde).

Já de potencial eu vejo principalmente esse grupo, essa equipe. Eu vou falar por essa equipe. Essa equipe traz uma bagagem de conhecimento e de muita humildade. Humildade de dialogar, escutar o que a gente tem pra falar, pra contribuir também. (Aquaman).

Os profissionais elencam características importantes para o trabalho em equipe, tais como conhecimento, diálogo, vontade e humildade. De acordo com Marqui et al (2010), no novo modelo de assistência à saúde, os processos de trabalho ganham contornos específicos. O profissional deve ter, além de qualificação, um perfil diferenciado, já que a ênfase da assistência não está apenas nos procedimentos técnicos, mas sim na relação entre a própria equipe e entre esta, a comunidade e a família.

A equipe é descrita como uma equipe diferenciada, na qual se estabelece parceria e diálogo na resolução de problemas. Essa característica é descrita como um potencial para a realização dos grupos, como fica evidente na fala de Aquaman: “Essa é a primeira equipe que eu vejo que chega abertamente e dialoga com os profissionais, com os agentes de saúde. Quando quer algo nos procura, tem aquela parceria. Isso ajuda quando vamos criar um grupo”.

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) propõe a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde (BRASIL, 2010). Nessa ótica, o diálogo na equipe é um fator potencial para um trabalho mais qualificado na atenção primária, o que, conseqüentemente, reflete-se como potencialidade para formação de grupos de educação em saúde.

Outro fator elencado como potencialidade foi o conhecimento dos profissionais. Os conhecimentos de diferentes profissões da saúde contribuem para a qualificação da assistência, pois como afirma Peruzzo *et al* (2018), a possibilidade de agregar diferentes saberes, a fim de oferecer assistência às necessidades da população, é um dos principais pressupostos e potenciais da ESF. Espera-se que na ESF os profissionais pensem em estratégias de maneira conjunta na busca por oferecer repostas mais eficazes à população.

A humildade também foi descrita pelos profissionais como potencialidade. O termo humildade é utilizado pela humanidade desde os mais remotos tempos, sendo exaltada na Bíblia por Salomão, que afirma que humildade e conhecimento devem andar juntos (ALMEIDA, 1995). Nessa mesma linha de raciocínio, Freire (1986) afirma que ensinar exige uma postura de humildade.

Na ESF, essa característica é de fundamental importância, pois é necessário reconhecer que ninguém é autossuficiente. Nenhum saber, por mais completo que aparente ser, pode trazer respostas a todas as demandas que a realidade apresenta. É necessário ouvir o outro, suas opiniões e proposições.

Nas falas, o termo humildade está relacionado à capacidade de ouvir e dialogar. O diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a criação do vínculo entre os membros da equipe e, conseqüentemente, contribui para um trabalho em equipe mais efetivo (PERUZZO *et al*, 2018).

A humildade é uma condição para o estabelecimento de diálogo. Sem humildade não há diálogo (FREIRE, 1986). Ainda sobre esse posicionamento, o autor indaga: “Como posso dialogar se vejo a ignorância sempre no outro e nunca em mim”? (FREIRE, 1986, p. 46). Nessa perspectiva, é necessário se despir da arrogância de que se sabe de tudo e reconhecer que todos os saberes necessitam de outros para se completar.

Além de conhecimento, parceria, estabelecimento de diálogo e humildade, o amor ao trabalho foi uma das características descritas pelos profissionais como potencialidade para a formação de grupos de educação em saúde.

Eu vejo de potencial a equipe. De fazer o trabalho bem feito mesmo com poucos recursos. Mesmo com poucos recursos que tem, com poucos materiais, mas se faz, se faz com amor. Eu vejo isso (Estelar).

De potencial só o amor e a força de vontade. A força de vontade de modo geral da equipe (Mulher Maravilha).

Potencialidade é a equipe. O material humano que a gente tem. Que todo mundo é disposto a fazer os grupos acontecerem e faz com amor (Canário Negro).

A satisfação no trabalho, descrita por alguns profissionais como “Amor ao que se faz”, é um fator que influencia diretamente na qualidade do serviço realizado. Segundo Locke *apud* Lima (2014), a satisfação é um estado emocional prazeroso que resulta de múltiplos aspectos do trabalho. Os níveis de satisfação podem ser influenciados por vários fatores, dentre eles, pela concepção de mundo, pelas aspirações, vivências e características individuais de cada trabalhador.

O trabalho em saúde pode ser fonte de prazer e, ao mesmo tempo, de estresse. O profissional que cuida pode se deparar com o sentimento de negatividade por nem sempre conseguir dar todas as repostas para as muitas demandas que chegam até eles (BRASIL, 2010). Nas falas, percebe-se que há satisfação dos profissionais com o trabalho que realizam e com a relação estabelecida entre os membros da equipe, o que se constitui em potencialidade para o desenvolvimento de grupos de educação em saúde.

3.4 Grupos de educação em saúde na percepção dos usuários

Esta categoria discute a percepção dos usuários sobre os grupos de Educação em Saúde na Atenção Primária. Para discussão, os dados foram subdivididos em três categorias distintas: 1. “Um mundo fora do quarto”: grupos como uma estratégia transformadora; 2. “Poderia ser melhor”: fragilidades do processo grupal.

3.4.1 “Um mundo fora do quarto”¹: grupos de educação em saúde como uma estratégia transformadora

O modelo biomédico vigente, centrado na doença, abre pouco ou nenhum espaço para que as pessoas exponham suas vivências, seus interesses, seus medos e suas vontades no processo de cuidar da própria saúde. De modo diferente, os grupos de educação em saúde são espaços nos quais as pessoas podem expor seus pensamentos livremente e compartilhar seus saberes com outras pessoas (BRASIL, 2014).

De acordo com Alves; Boehs (2012):

As ações de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da prática de educação em saúde, constituem-se como um caminho integrador do cuidar, um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e culturais, populares, que promove o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais, familiares e comunitárias e contribuir para a transformação social. (ALVES; BOEHS, 2012, p. 402).

¹ Essa categoria foi definida a partir da fala de uma participante do grupo focal. A fala foi escolhida por sem impactante e representar a percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde.

A partir dessa lógica, é possível afirmar que os grupos de educação em saúde são estratégias transformadoras, que possibilitam às pessoas um novo olhar sobre o mundo, sobre a vida e sobre a própria saúde. O espaço para a fala e a abertura para a troca de vivências foram descritos como estratégias de transformação de vida, conforme exposto nas falas a seguir:

Eu acho o grupo bem mais importante até do que a medicação. Muito importante. No grupo eu me senti novamente gente, me fez enxergar um outro horizonte, criar outras coragens, me fez ver um mundo fora do meu quarto (MARGARIDA, participante do grupo de saúde mental).

Eu não tava conseguindo me relacionar com ninguém, tive muita dificuldade, nem sorrir eu sorria mais. Eu tava fechada no meu mundo e o grupo me mostrou que eu não sou louca, que eu sou uma pessoa normal, que eu só preciso é de gente pra conversar (ROSA, participante do grupo de mulheres).

Percebe-se, nas falas, que os grupos são descritos pelos usuários como uma experiência positiva e motivadora, que mudou aspectos importantes de suas vidas, abrangendo outras áreas que vão além da doença, corroborando com o conceito de Promoção da Saúde, “que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer” (ALVES; BOEHS, 2012, p. 401).

Percebe-se, assim, que os grupos de educação em saúde têm uma função primordial no processo de promoção da saúde, mostrando-se como uma alternativa eficaz para promoção de maior qualidade de vida da população usuária. Os grupos são, na percepção dos usuários, uma estratégia transformadora, que os faz enxergar outras possibilidades para suas vidas.

O grupo também é descrito como fator de enfrentamento à medicalização excessiva, demonstrando, novamente, a ação transformadora da educação em saúde através de grupos:

Eu tava de um jeito assim. Qualquer problemzinho que eu tinha eu corria ia me dopar de remédio. Eu me dopava, tomava medicação pra ver se aquele problema passava. Só que quando eu voltava ao normal o problema tava lá do mesmo jeito. Então no grupo, com as conversas, eu aprendi assim, a lidar com o problema, sabe? Eu

enfrentar o problema e não me dopar pra fugir do problema (TULIPA, participante do grupo de Saúde Mental e grupo de mulheres).

Eu acho o grupo mais importante do que o remédio. Pra mim. Porque quando eu tinha crise, ficava assim nervosa, meu filho já dizia: “Mamãe, tome seu remédio pra senhora dormir logo. E ali eu tomava e dormia. Mas agora, depois do grupo, eu já penso que não é dessa forma. Que não é me dopando que eu resolvo as coisas. O que eu preciso não é de mais remédio. É de gente que me escute, que me abraçe, que me entenda. E no grupo eu sinto isso. Que eu posso falar tudo que eu sinto. E saio de lá aliviada (MARGARIDA, participante do grupo de saúde mental).

Um dos principais percalços para a atenção primária no Brasil é conseguir atuar de forma integral e interdisciplinar, apesar da inserção de diferentes profissionais na equipe. A não incorporação de ações em conjunto resulta em uma assistência centrada na doença e não no indivíduo. Esse cenário contribui para uma assistência frágil, o que resulta em excessiva medicalização e pouca resolutividade (PERUZZO, 2018).

O modelo biomédico prevalente contribui para a crença de que os problemas de saúde só são enfrentados através de atendimentos individuais nos consultórios (BRASIL, 2014). No entanto, através da escuta, do acolhimento e da avaliação de vulnerabilidades, que qualquer profissional deve estar apto a fazer, é possível se traçar uma linha de cuidado que abranja outros aspectos da vida, através de ações que vão além da oferta de medicamentos. Os grupos de educação em saúde são descritos nas falas como uma estratégia de cuidado que possui alto poder de transformação e de impacto na qualidade de vida e na saúde, se constituindo como uma alternativa frente à medicalização excessiva.

Outro aspecto transformador dos grupos de educação em saúde, presente nas falas, é a contribuição para maior autonomia no cuidado com a própria saúde e para o fortalecimento da capacidade de gerir a própria vida e enfrentamento de problemas, conforme apresentado a seguir:

O grupo é como um soro que dá força. Um ajuda o outro. Aqui a gente aprende a ter mais cuidado com a saúde, a se alimentar melhor, a se cuidar mais pra viver melhor. A gente ver que não é só o remédio, a gente tem que fazer a nossa parte também (ORQUÍDEA, participante do grupo de Hipertensos e diabéticos).

Como eu disse, eu tava com muita dificuldade pra me cuidar, até pra me relacionar com as pessoas. Eu me fechei no meu mundo. Eu não tinha cuidados básicos com o meu corpo, como tomar um banho. Quando eu comecei a participar do grupo eu comecei a ver que eu precisava me cuidar e hoje eu sou outra pessoa (MARGARIDA, participante do grupo de saúde mental).

Campos e Campos (2006) definem autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com suas próprias dependências. Nessa perspectiva, a promoção à saúde objetiva não propor a cura das doenças ou a resolução de problemas, mas estimular a capacidade das pessoas de lidar com suas próprias questões e fortalecer suas capacidades para enfrentar os problemas da vida.

O estímulo ao desenvolvimento da autonomia das pessoas se constitui um dos fins a que se destinam as ações da Atenção Básica no Brasil.

A Atenção Básica [...] orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (BRASIL, 2017, p. 21).

Na mesma perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem como um de seus objetivos “ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2006, p.17) Nessa linha de pensamento, os grupos de educação em saúde se propõem a estimular que as pessoas desenvolvam suas potencialidades para o cuidado com a própria saúde.

Para Freire (1996), o processo educativo deve centrar-se, não na transmissão de conhecimentos, mas na produção de autonomia para que, a partir disso, os sujeitos envolvidos possam tomar suas próprias decisões conscientemente. Assim, uma educação em saúde com centralidade nas pessoas, não deve ensiná-las como cuidar da própria saúde, mas estimulá-las a se reconhecerem como sujeitos autônomos, capazes de tomar decisões que contribuirão para mais saúde e qualidade de vida.

3.4.2 Poderia ser melhor: as fragilidades do processo grupal

A estratégia Saúde da Família foi pensada na lógica de desenvolver uma atenção integral às pessoas, superando os modelos fragmentados, centrados em um único aspecto da vida, visando à reorganização da atenção básica no País por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

No entanto, apesar de se propor a uma nova abordagem de atenção e reestruturação do atendimento às necessidades do território, ainda existem muitos entraves que dificultam o trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Nessa subcategoria, se discutirá as dificuldades apontadas pelos usuários para desenvolvimento dos grupos de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. Os aspectos que mais apareceram foram a estrutura dos locais de reunião, a falta de privacidade e pouco tempo para as atividades em grupo, conforme descrito nas falas a seguir:

Poderia ter um local mais apropriado, ter um espaço melhor. Porque aqui você tá vendo. Tem poucas pessoas, mas quando tem mais gente já fica apertado. Precisaria de um espaço, porque às vezes o espaço convida até mais pessoas. Aqui tá bom, que tá só a gente, mas se tivesse mais gente, mais pessoas, já fica pequeno, apertado (VIOLETA, participante do grupo de hipertensos e diabéticos).

O problema aqui é espaço que não tem. De instante em instante alguém bate na porta porque essa sala é a sala do enfermeiro. Se tivesse uma coisa mais reservada seria melhor, se tivesse um espaço mais aconchegante (ROSA, participante do grupo de mulheres).

Nas falas anteriores, é possível perceber que a unidade de saúde na qual se realizou a pesquisa não possui estrutura física ideal para realização das atividades em grupos. As reuniões em grupo acontecem, geralmente, no consultório de enfermagem, pois a unidade não dispõe de outro espaço no qual as pessoas possam ter privacidade. Esse fator foi apontado pelos usuários como um fator negativo que dificulta as atividades em grupo.

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que as unidades de saúde possuam ambiência para atendimento às pessoas. Na referida política, a ambiência é definida como a possibilidade de se criar ambientes acolhedores capazes de proporcionar às pessoas espaços confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com a PNH, a ambiência refere-se ao espaço físico como um espaço social, no qual as pessoas se encontram e convivem (BRASIL, 2010). Nas falas, é possível identificar que esse preceito não é respeitado pela estrutura física da unidade na qual aconteceu o estudo, pois não possibilita privacidade nem espaço para acomodar um número maior que 10 pessoas nas salas.

Esse cenário reflete a precariedade de estrutura física comum nas unidades de saúde no Brasil. Estudo realizado por Moutinho *et al* (2014) aponta que cerca de 75% das unidades de saúde da família não apresentam estrutura mínima adequada e 18% são instaladas em casas alugadas e adaptadas.

Outro aspecto que foi relatado como dificuldade foi o pouco tempo disponibilizado para as atividades nos grupos. Nos relatos, é possível identificar que as pessoas desejariam que a equipe dispensasse mais tempo para essas atividades, pois consideram que o tempo que é disponibilizado se mostra insuficiente para o tempo de fala e convivência que os participantes precisam. Isso fica evidente nas falas a seguir:

Eu acho que o tempo pra os grupos é pouco. Porque a tarde, por exemplo, era pra ser só pra o grupo, não era pra ter outras coisas, mas os profissionais têm outras coisas pra fazer, mas por mim, a tarde era só pra os grupos (ORQUÍDEA, participante do grupo de hipertensos e diabéticos).

Se tivesse possibilidade de ter mais encontros no mês seria melhor, porque às vezes só tem um encontro ou dois no mês (TULIPA, participante do grupo de Saúde Mental e grupo de mulheres).

A questão do espaço eu também acho muito importante, mas infelizmente a gente não tem. Mas a questão do tempo eu acho mais importante. Se fosse pelo menos três horas cada encontro. Porque às vezes a gente chega mal, quer falar, quer conversar, desabafar. E as vezes esse tempo é pouco (MARGARIDA, participante do grupo de saúde mental).

Percebe-se, no estudo realizado, que a pouca disponibilidade de tempo para as atividades em grupo é uma dificuldade apontada tanto por profissionais quanto pelos usuários. Esse aspecto pode ser explicado por vários fatores, dentre eles, os apontados pela própria equipe que relata ter alta demanda por consultas, aspecto discutido em categoria anterior, e pelos usuários que relatam que os profissionais “têm outras coisas para fazer” no horário destinado aos grupos.

As equipes de saúde da família possuem uma demanda muito alta por atendimentos individuais, o que muitas vezes dificulta a formação de grupos (BRASIL, 2014). Esse enfoque que é dado aos atendimentos individuais contribui para práticas assistencialistas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Apesar de se orientar por uma nova abordagem e proposta de atendimento, a implementação dos grupos de educação em saúde ainda enfrenta muitas dificuldades, sendo necessário retirar a atenção das doenças e redirecioná-la para as pessoas. Essa tarefa não é fácil em um modelo de atenção que ainda não reconhece o potencial da promoção à saúde na vida das pessoas.

4 CONCLUSÕES

Os grupos de educação em saúde são abordagens que buscam caracterizadas como espaços de escuta e aprendizagem. Mesmo assim, encontram diversos entraves. Os mais citados pelos profissionais foram o pouco tempo devido à alta demanda por atendimentos individuais e falta de apoio da gestão.

Para alguns profissionais os grupos são espaços para repasse de informações, prevalecendo a ideia da educação bancária, na qual os usuários são depósitos dos conhecimentos dos profissionais. Por outro lado, para alguns profissionais os grupos são espaços de aprendizagem, troca de saberes e convivência onde a aprendizagem acontece na troca de experiências entre as pessoas.

Como potencialidades os profissionais relatam a força de vontade da equipe e a disponibilidade para realizar as atividades, dando ênfase ao perfil dos profissionais, descritos como pessoas abertas ao diálogo e disponíveis para a escuta.

Para os usuários os grupos são estratégias transformadoras, possibilitando aprendizagem, convivência e fortalecimento da autonomia e da capacidade de enfrentamento dos problemas da vida.

Os usuários também relatam algumas dificuldades que se constituem entraves para melhor desempenho das atividades coletivas. O pouco tempo disponibilizado para os grupos e a estrutura física precária da unidade de saúde são as principais.

É imperativo que a gestão municipal conheça a realidade onde as equipes atuam, conhecendo dificuldades e potencialidades. Também é imprescindível que as pessoas do território sejam escutadas, pois assim a equipe poderá pensar ações a partir da realidade apresentada.

Resume-se que os grupos de educação em saúde, especificamente no Município de Assú/RN, são estratégias contra hegemônicas, que enfrentam dificuldades para acontecer. No entanto, não se pode negar o papel transformador que a educação em saúde que contribui pode transformar vidas, modificar situações e promover saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004. Disponível em: Scielo.br. Acesso em 05 de julho de 2019.

ALMEIDA, J. F. **A Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testamento. Tradução. Edição rev. e corrigida no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1995.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família sobre grupos de promoção à Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012. Disponível em Scielo.br. Acesso em 02 de agosto de 2019.

AMARAL, Vera Lúcia do. **Psicologia da educação**. Natal, RN: EDUFRN, 2007.

ARROYO, Miguel González. **Módulo Introdutório – Pobreza, desigualdades e educação**. Curso de Especialização Educação, Pobreza e Desigualdade Social. MEC/SECADI, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Portugal, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2006.

BENSEN, C. et al. **A estratégia saúde da família como objeto em educação em saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BOCK, A. M. B. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999.

MOUTINHO, C. B. et al. **Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

DALL'AGNOL, C. M. et al. **O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(1):21-6.

FALKENBERG, Mirian Benites; LIMA, Thais de Paula Mendes; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência e Saúde coletiva, 2014.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. **Confluências e divergências conceituais em educação em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.703-715, 2015.

FERNANDES, M.C.P, BACKES, V.M.S. **Educação em saúde**: perspectivas de uma equipe da estratégia de saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, M.F. S, RODRIGUES NETO, J. F, Leite MTS. **Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário**. Interface Comun Saúde Educ. 2012. Apr-Jun;16(41):315-29.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. Atlas, 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LIMA L; PIRES DEP; FORTE ECN; MEDEIROS F. **Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014

MARQUI, A. B. T. et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho**. Rev Esc Enferm, USP, 2010; 44(4):956-61.

MARTÍN-BARÓ, I. **Accion e ideología**. Psicología social desde Centroamérica. 8ª ed., San Salvador: UCA, 1990.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2009.

MOZZATO, Anelise Rebelato. GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2018.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.

PEDUZZI, M. CARVALHO, BG. MANDÚ, ENT. SOUZA, GC. SILVA, JAM. **Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional**. Proenf Gestão. 2012.

PERUZZO, H. E. et al. **Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúdeda família**. Esc Anna Nery, 2018;22(4):e20170372.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; RODRIGUES, Davi. **A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família**: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. Health Sci Inst. 2010; 28(4): 321-4.

SILVA, F. M. et al. **Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão**. Rev Bras Enferm. 2014 mai-jun;67(3):347-53.

TROTTER, W. **Instincts of the Herd in peace and war**. Oxford: University Press, 1953.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES Sônia Maria. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte Editora UFMG - Nescon UFMG, 2009.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>. Acesso em 22 de Agosto de 2019.

ZÍMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. PortoAlegre : Aries Médicas Sul, 1993.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, ao analisar a percepção de profissionais e usuários acerca dos grupos de educação em saúde, possibilitou a reflexão acerca das dificuldades e potencialidades para formação e manutenção dessa estratégia de cuidado no Município de Assú/RN. A garantia do direito à Saúde integral é perpassada por uma série de fatores que vão desde a garantia de atendimentos de qualidade até a efetivação de práticas educativas centradas nos mais diversos aspectos da vida humana.

Os profissionais da equipe na qual se realizou a pesquisa relatam possuir dificuldades específicas para a realização de grupos de educação em saúde. Tais dificuldades estão relacionadas à dificuldade de gerenciar o tempo em virtude da alta demanda por atendimentos individuais e falta de apoio da gestão municipal. Isto posto, a gestão local deve estar atenta a tais dificuldades, a fim de dirigir ações na perspectiva de promover o enfrentamento desses entraves para que os grupos de educação em saúde possam acontecer com maior potencialidade.

Desse modo, a partir das discussões e resultados, percebeu-se que ainda há um distanciamento entre os aspectos formais dos dispositivos legais e a vivência prática. Constata-se que há um distanciamento entre os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, que preconiza que os municípios garantam os recursos necessários para a realização de atividades de promoção à saúde como prioritárias. Na percepção dos profissionais, não há, por parte da gestão municipal, iniciativas para apoiar atividades de educação em saúde através de grupos.

Em relação ao planejamento dos grupos, ficou claro que existe planejamento e este é feito através de reuniões de equipe, constatando-se que há um protagonismo do enfermeiro no planejamento e na delimitação dos temas que são abordados nos grupos. Quanto a isso, é importante que toda a equipe se sinta responsável pelo planejamento dos grupos e que essa responsabilidade não seja atribuída exclusivamente a um profissional, pois a educação em saúde faz parte das competências de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Para alguns profissionais, os grupos de educação em saúde são espaços para reprodução e repasse de informações, prevalecendo a ideia da educação em saúde como educação bancária, na qual os usuários são depósitos nos quais os

profissionais inserem seus conhecimentos e os induzem à mudanças de comportamentos.

Por outro lado, na percepção de alguns profissionais, os grupos se constituem em espaços de aprendizagem e troca de saberes, sendo locais de convivência nos quais a aprendizagem acontece a partir da troca de experiências entre as pessoas. Essa percepção demonstra que existe, na mesma equipe, visões diferentes acerca da educação em saúde.

No que diz respeito às dificuldades, os profissionais relatam a pouca disponibilidade de tempo para formação de grupos, dada a alta demanda por atendimentos individuais e a falta de apoio da gestão municipal para as atividades de educação em saúde. Essa realidade expressa que a educação ainda não é pensada como prioridade e que os atendimentos individuais ainda se constitui como a principal demanda para a equipe, o que dificulta a oferta de outros serviços como os grupos.

Em relação às potencialidades, os profissionais relatam a força de vontade da equipe e a disponibilidade para realizar as atividades como os principais potenciais, dando ênfase ao perfil dos profissionais, descritos como pessoas abertas ao diálogo e disponíveis para a escuta. Esses fatores contribuem para melhorar a relação entre a equipe e, conseqüentemente para o desenvolvimento de atividades em grupo.

Na percepção dos usuários, os grupos são descritos como uma estratégia transformadora, que possibilita aprendizagem, convivência e fortalecimento da autonomia e da capacidade de enfrentamento dos problemas da vida. Os grupos são descritos, por alguns usuários, como uma estratégia até mais importante que as medicações, refletindo o impacto positivo na qualidade de vida e na saúde das pessoas.

É importante salientar que os grupos não são e não devem ser ofertados como uma alternativa substitutiva de medicamentos que são essenciais aos tratamentos de saúde, no entanto, é uma ferramenta de cuidado que, quando bem utilizada, pode contribuir para evitar a medicalização excessiva e desnecessária, através da prática de promoção da saúde.

Apesar dos efeitos positivos dos grupos relatados pelos usuários, estes também relatam algumas dificuldades que se constituem entraves para melhor desempenho das atividades coletivas. Aparecem como principais dificuldades o

pouco tempo disponibilizado para os grupos e a estrutura física precária da unidade de saúde, o que prejudica a privacidade e o conforto durante as reuniões.

O pouco tempo dispensado para as atividades em grupo reflete o modo como a equipe ainda percebe essa oferta de serviço, não sendo destacada como prioridade em virtude da alta demanda por atendimentos individuais. Assim, é necessário que a equipe repense sua prática, adquirindo um novo olhar sobre a atenção à população e priorizando as ações de promoção da saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica orienta.

Sobre a estrutura física precária, é importante apontar o papel da gestão municipal de enviaar esforços no sentido de proporcionar às pessoas maior conforto e comodidade nas unidades de saúde, visto que estas são, também, ponto de encontro e convivência entre as pessoas.

É imperativo que a gestão municipal busque formas de conhecer a realidade onde suas equipes atuam, ouvindo suas queixas, conhecendo suas dificuldades e potencialidades. Do mesmo modo, é imprescindível que as pessoas do território sejam escutadas, pois assim a equipe poderá pensar suas ações a partir da realidade apresentada e os grupos de educação em saúde serão planejados a partir da demanda que o território apresenta.

Esta pesquisa pretendeu contribuir para a problematização acerca dos grupos de educação em saúde no Município de Assú/RN, tratando especificamente da percepção de profissionais e usuários. Intencionou estimular a reflexão acerca das práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, buscando alinhar-se ao conceito de educação em saúde enquanto prática geradora de autonomia.

Sabe-se, no entanto, que existem situações que independem da vontade e da compreensão de educação em saúde que a equipe possui, como é o caso da estrutura física inadequada da unidade de saúde, que demanda ações concretas do poder público.

Assim, o que se percebe é que os grupos de educação em saúde, especificamente no Município de Assú/RN, são estratégias contra hegemônicas, que enfrentam as mais diversas dificuldades para acontecer. No entanto, não se pode negar o papel transformador que a educação em saúde exerce, apesar dos muitos entraves que encontra, evidenciando que através da educação é possível transformar vidas, modificar situações e promover muito mais saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004. Disponível em: Scielo.br. Acesso em 05 de julho de 2019.

ALMEIDA, J. F. **A Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testamento. Tradução. Edição rev. e corrigida no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1995.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família sobre grupos de promoção à Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012. Disponível em Scielo.br. Acesso em 02 de agosto de 2019.

AMARAL, Vera Lúcia do. **Psicologia da educação**. Natal, RN: EDUFRN, 2007.

ARROYO, Miguel González. **Módulo Introdutório – Pobreza, desigualdades e educação**. Curso de Especialização Educação, Pobreza e Desigualdade Social. MEC/SECADI, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Portugal, 1987.

BENSEN, C. et al. **A estratégia saúde da família como objeto em educação em saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BOCK, A. M. B. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2006.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

DALL'AGNOL, C. M. et al. **O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(1):21-6.

FALKENBERG, Mirian Benites; LIMA, Thais de Paula Mendes; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência e Saúde coletiva, 2014.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. **Confluências e divergências conceituais em educação em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.703-715, 2015.

FERNANDES, M.C.P, BACKES, V.M.S. **Educação em saúde**: perspectivas de uma equipe da estratégia de saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, M.F. S, RODRIGUES NETO, J. F, Leite MTS. **Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário**. Interface Comun Saúde Educ. 2012. Apr-Jun;16(41):315-29.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIEDRICH, T.L. et al. **Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais**. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):373-85.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. Atlas, 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LIMA L; PIRES DEP; FORTE ECN; MEDEIROS F. **Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014

MARQUI, A. B. T. et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho**. Rev Esc Enferm, USP, 2010; 44(4):956-61.

MARTÍN-BARÓ, I. **Accion e ideología**. Psicología social desde Centroamérica. 8ª ed., San Salvador: UCA, 1983.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2009.

MOUTINHO, C. B. et al. **Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014.

MOZZATO, Anelise Rebelato. GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2018.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.

PEDUZZI, M. CARVALHO, BG. MANDÚ, ENT. SOUZA, GC. SILVA, JAM. **Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional.** Proenf Gestão. 2012.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery, 2018;22(4):e20170372.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes; 2005.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; Rodrigues Davi. **A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família**: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. Health Sci Inst. 2010; 28(4): 321-4.

SILVA, F. M. et al. **Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão.** Rev Bras Enferm. 2014 mai-jun;67(3):347-53.

TROTTER, W. **Instincts of the Herd in peace and war.** Oxford: University Press, 1953.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES Sônia Maria. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte Editora UFMG - Nescon UFMG, 2009.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>. Acesso em 22 de Agosto de 2019.

ZÍMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** PortoAlegre : Aries Médicas Sul, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISISONAIS DA ESF

1. Nome:
2. Função:
3. Há quanto tempo você atua na ESF? Há quanto tempo atua na atual equipe?
4. Você já participou da organização ou desenvolvimento de algum grupo de educação em saúde na atual equipe?
5. Se sim, de qual (is) grupo (s)?
6. Como se dá o planejamento dos grupos na sua equipe?
7. Na sua percepção acerca dos grupos de educação em saúde na atenção primária, essa ferramenta contribui para a promoção do autocuidado dos usuários? Justifique sua resposta.
8. Existem dificuldades e potencialidades encontradas na formação e manutenção de grupos na atenção primária? Se sim, Quais?

APÊNDICE B



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS DA ESF

ENCONTRO 1

Primeiro momento

A pesquisadora fará uma exposição oral apresentando como será estruturado o grupo focal, enfatizando o objetivo da pesquisa e lembrando a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os participantes. Será lembrando também que as falas dos dois encontros serão gravadas. A pesquisadora lembrará, ainda, que há qualquer momento qualquer um dos participantes poderá desistir de participar da pesquisa.

DURAÇÃO: 10 minutos.

Segundo momento

Discussão do tema com perguntas norteadoras

Pergunta 1: De qual grupo de educação em saúde você participou?

Pergunta 2: Descreva a sua participação no grupo de educação em saúde.

Pergunta 3: Quais aspectos do grupo você considera positivos e quais aspectos você considera que houve falhas?

DURAÇÃO: 40 minutos.

Terceiro momento

Considerações finais e pactuação do próximo encontro.

DURAÇÃO: 10 minutos.

ENCONTRO 2

Primeiro momento

Recepção e acomodação dos participantes

DURAÇÃO: 10 minutos

Segundo momento

Continuação da discussão do tema com perguntas norteadoras.

Pergunta 1: Na sua percepção, os grupos na Estratégia Saúde da família são importantes para o cuidado com a saúde? Justifique sua resposta.

Pergunta 2: Os grupos contribuíram para o seu cuidado com a sua saúde? Se sim, de que forma? Justifique sua resposta.

DURAÇÃO: 40 minutos.

Terceiro momento

Considerações finais e agradecimentos.

DURAÇÃO: 10 minutos.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



CARTA DE ANUÊNCIA

PROJETO: Percepção dos usuários e dos profissionais acerca dos grupos como ferramenta de cuidado na Estratégia Saúde da família no Município de Assú/RN.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ASSÚ/RN**, a ser realizada na Secretaria Municipal de saúde de Assú/RN, pela pesquisadora Adriana Pereira Silva, sob orientação do Profº Drº João Bosco Filho, utilizando-se a seguinte metodologia: Pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados se dará através entrevista semiestruturada com equipe multidisciplinar de uma equipe de Estratégia Saúde da Família e grupo focal com oito usuários da referida equipe.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Descrever a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos Equipe de Saúde da Família escolhida para a pesquisa.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta secretaria possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Orientador: Profº Drº João Bosco Filho

Natal/RN, 02 de outubro de 2017.

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Viviane Lima da Fonseca
Secretária Municipal de saúde de Assú/RN

APÊNDICE D



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, que tem como pesquisadora responsável Adriana Pereira Silva.

Esta pesquisa pretende Descrever a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de se fazer a discussão sobre a importância dos grupos, contribuindo para se conhecer as potencialidades e dificuldades encontradas na formação e manutenção dos mesmos na Estratégia Saúde da Família do Município de Assú/RN, a partir da percepção dos profissionais e usuários.

Caso você decida participar, você deverá participar de dois encontros de um grupo focal, com duração média de uma hora e meia cada encontro. Durante a realização do grupo focal a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é de possíveis constrangimentos ou desconforto durante o encontro, onde você deverá conversar na presença de outros participantes e da pesquisadora sobre o tema da pesquisa. Para minimizar esses riscos, pretende-se garantir no momento da coleta de dados, um ambiente tranquilo, agradável e confortável, assim como garantir a privacidade e o anonimato dos participantes. Caso você não queira ou não se sinta à vontade para falar em

qualquer momento do encontro você tem o direito de se recusar ou solicitar quaisquer esclarecimentos.

Como benefício direto para os usuários a pesquisa contribuirá para uma reflexão sobre práticas de promoção da saúde através dos grupos, o que possibilitará subsídios para planejamento da equipe considerando a percepção dos usuários.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será de responsabilidade da pesquisadora Adriana Pereira Silva.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora Adriana Pereira Silva, para o telefone (84) 99951-6667 ou entrando em contato pelo e-mail: dribomlugar@hotmail.com. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Adriana Pereira Silva.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ____/____/____.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____

ADRIANA PEREIRA SILVA
(Pesquisadora responsável)



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAL DA ESF

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, que tem como pesquisadora responsável Adriana Pereira Silva.

Esta pesquisa pretende Descrever a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de se fazer a discussão sobre a importância dos grupos, contribuindo para se conhecer as potencialidades e dificuldades encontradas na formação e manutenção dos mesmos na Estratégia Saúde da Família do Município de Assú/RN, a partir da percepção dos profissionais e usuários.

Caso você decida participar, você deverá participar uma entrevista semiestruturada que será gravada. O risco que você corre é de se sentir constrangido com as respostas concedidas ou de sentir desconforto pelo tempo gasto com a entrevista. Para minimizar esses riscos, pretende-se garantir no momento da coleta de dados, um ambiente tranquilo, agradável e confortável, assim como garantir a privacidade e o anonimato dos participantes. Caso você não queira ou não se sinta à vontade para falar em qualquer momento do encontro você tem o direito de se recusar ou solicitar quaisquer esclarecimentos.

Como benefício direto para os usuários a pesquisa contribuirá para uma

reflexão sobre práticas de promoção da saúde através dos grupos, o que possibilitará subsídios para planejamento da equipe considerando a percepção dos usuários.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será de responsabilidade da pesquisadora Adriana Pereira Silva.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora Adriana Pereira Silva, para o telefone (84) 99951-6667 ou entrando em contato pelo e-mail: dribomlugar@hotmail.com. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

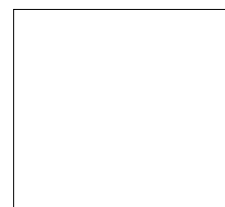
Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Adriana Pereira Silva.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ____/____/____.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____

ADRIANA PEREIRA SILVA
(Pesquisadora responsável)

APÊNDICE F

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Adriana Pereira Silva a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa Adriana Pereira Silva, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal/RN, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável
(ADRIANA PEREIRA SILVA)



IMPRESSÃO
DATILOSCÓPIA DO
PARTICIPANTE

APÊNDICE G

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DECLARAÇÃO**

Eu, Adriana Pereira Silva, portadora de CPF 067.737.034-25 discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, declaro que a coleta de dados da pesquisa intitulada PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA sob minha coordenação, não foi iniciada.

Natal/RN, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável
ADRIANA PEREIRA SILVA

APÊNDICE H



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo, eu, Adriana Pereira Silva e meu orientador, professor Dr. João Bosco Filho, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados nas Unidade Básica de Saúde do Município de Assú/RN, que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa, Adriana pereira Silva e, após esse período, serão destruídos.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais dos nomes nem outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Natal/RN, ____/____/____

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável
(Adriana Pereira Silva)

Assinatura do orientador
(Professor Dr. João Bosco Filho)

ANEXO – Parecer de Aprovação Pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ASSÚ/RN.

Pesquisador: ADRIANA PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01896818.7.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.180.297

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa intitulada "PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS GRUPOS COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ASSÚ/RN."

Esta pesquisa tem o seguinte problema de análise: Qual a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do grupo enquanto ferramenta de promoção da saúde e do autocuidado na Estratégia saúde da família no Município de Assú/RN? Tem com objetivo geral descrever a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, que segundo Gil (2008), tem como objetivo principal caracterizar uma determinada população, um fenômeno ou as relações entre as variáveis. Optou-se por uma abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes em que esses fenômenos são interpretados a partir de suas ações dentro da realidade vivida. A pesquisa será realizada em 01 Unidade Básica de Saúde da Zona Urbana do

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.180.297

Município de Assú/RN. A escolha da equipe se dará através de sorteio entre as 09 equipes onde o Núcleo Ampliado de Saúde da Família atua. A amostra será composta por 11 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde da família e oito usuários participantes de algum grupo que funcione na mesma equipe. Para a coleta de dados será utilizada entrevista semiestruturada com os profissionais e grupo focal com os usuários. A análise de dados será feita através da análise de conteúdo de Bardin. Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa será submetida ao CEP HUOL/UFRN para aprovação antes do seu início. Será solicitada autorização na Secretaria Municipal de Saúde para coleta de dados (carta de anuência) e os participantes serão convidados a assinarem termo de autorização para gravação de voz e de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa será custeada pela pesquisadora responsável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a percepção dos profissionais e dos usuários acerca dos grupos como ferramenta de promoção da saúde e de autocuidado na Estratégia Saúde de Família no Município de Assú/RN.

Objetivo Secundário:

- Identificar as dificuldades e potencialidades para a formação de grupos na Estratégia Saúde da família no Município de Assú/RN. •

Compreender a forma como os grupos são planejados e conduzidos na Estratégia Saúde da Família no Município de Assú/RN. • Investigar o papel do grupo na promoção do autocuidado na percepção dos usuários e profissionais na Estratégia saúde da Família no Município de Assú/RN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A previsão de riscos é mínima. O risco que o pesquisado corre é de se sentir constrangido durante a entrevista com as informações repassadas ou durante o grupo focal ou desconfortável pelo tempo gasto no fornecimento das respostas. Para minimizar esses riscos, pretende-se garantir no momento da coleta de dados, um ambiente tranquilo, agradável e confortável, assim como garantir a privacidade e o anonimato dos participantes.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado			
Bairro: Petrópolis	CEP: 59.012-300		
UF: RN	Município: NATAL		
Telefone: (84)3342-5003	Fax: (84)3202-3941	E-mail: cep_huol@yahoo.com.br	

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.180.297

Caso algum participante não queira ou não se sinta à vontade para falar em qualquer momento do encontro do grupo focal ou da entrevista o

mesmo terá o direito de se recusar ou solicitar quaisquer esclarecimentos.

Benefícios:

Como benefício direto para os participantes, a pesquisa provocará uma reflexão sobre as práticas de promoção da saúde desenvolvidas através dos grupos de educação em saúde no âmbito da atenção primária, contribuindo para a autonomia no processo de autocuidado. Para os profissionais possibilitará uma autorreflexão sobre suas práticas através dos grupos de educação em saúde, possibilitando identificar potencialidades e fragilidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram sanadas os riscos foram descritos e a folha de rosto anexada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Opino pela aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1232884.pdf	02/02/2019 12:50:01		Aceito
Outros	CartadeRespostaaPendencias.pdf	02/02/2019 12:48:51	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAATUALIZADO.pdf	02/02/2019 11:12:50	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	IDENTIFICACAO.pdf	05/12/2018 19:19:14	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADEASSINADO.pdf	28/10/2018 21:10:44	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREVISADO.pdf	28/10/2018 21:10:02	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN **Município:** NATAL

Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.180.297

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/10/2018 12:45:42	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOADRIANAFINAL.pdf	20/10/2018 12:32:10	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIROGRUPOFOCAL.doc	16/10/2018 17:13:47	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AUTORIZACAOGRAVACAODEVOZ.pdf	16/10/2018 17:11:33	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.pdf	16/10/2018 17:07:09	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAODENAOINICIO.pdf	16/10/2018 17:05:12	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CARTEANUENCIAADRIANA.pdf	16/10/2018 13:31:00	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/10/2018 13:28:59	ADRIANA PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 01 de Março de 2019

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** oep_huol@yahoo.com.br