

ENFERMEIRO & GRUPOS EM PSF: POSSIBILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO SOCIAL
 [Nurses & groups in the Family Health Program: possibility of social participation]
 [Enfermero & grupos en PSF: posibilidad para la participación social]

Maria da Anunciação Silva*, Alice G. Bottaro de Oliveira**, Edir Nei Teixeira Mandú**
 Samira Reschetti Marcon****

RESUMO: O trabalho com grupos, no Programa Saúde da Família (PSF), pode se constituir como tecnologia assistencial e de empoderamento de pacientes e da comunidade para o exercício da cidadania. Objetivo: analisar se o trabalho com grupos, nesse contexto, se constitui como espaços geradores ou potencializadores de participação da comunidade e controle social do serviço. Métodos: pesquisa exploratório-descritiva em oito Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá. Resultados: os enfermeiros realizam grupos com os recortes programáticos vigentes na prática da saúde pública tradicional. Os grupos se reduzem à informação coletiva sobre doenças e tratamento e se consolidam como estratégia assistencial enquanto a dimensão de empoderamento para o exercício da cidadania é reduzida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Promoção da saúde; Cuidados primários de saúde; Educação em saúde; Participação comunitária.

ABSTRACT: The work with groups, in the Family Health Program, can be considered as a technology of assistance and empowerment of patients and community for the exercise of citizenship. Aim: to analyze in which way the work with groups can generate or strengthen spaces of community participation and social control. Methods: exploratory-descriptive research in 8 Family Health Units from Cuiabá/ Brazil. Results: nurses work with groups in current programs in the practice of traditional public health. The groups only work with collective information about diseases and treatment and consolidate such assistance strategy while the empowerment dimension for the exercise of citizenship is reduced.

KEYWORDS: Family health; Health promotion; Primary health care; Health education; Community participation.

RESUMEN: El trabajo con grupos, en el PSF, puede se constituir como tecnología asistencial y posibilidad de poder de pacientes y de la comunidad para el ejercicio de la ciudadanía. Objetivo: analizar en que medida el trabajo con grupos se constitui en espacio generador o potencializador de participación de la comunidad y control social del servicio. Métodos: investigación exploratorio descriptiva en 8 USF de Cuiabá. Resultados: los enfermeros realizan grupos con los recortes programáticos vigentes en la práctica de la sanidad pública tradicional. Los grupos se reducen a la información colectiva sobre enfermedades y tratamiento y se consolidan como estrategia asistencial mientras la dimensión de posibilidad de poder para el ejercicio de la ciudadanía es reducida.

PALABRAS CLAVE: Salud de la familia; Promoción de la salud; Atención primaria de salud; Educación en salud; Participación comunitaria.

*Enfermeira. Professora Doutora . Pesquisadora do Grupo Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT.

**Enfermeira. Professora Doutora. Pesquisadora do Grupo Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT.

***Enfermeira. Professora Mestre. Pesquisadora do Grupo Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o Programa Saúde da Família (PSF) é considerado como estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e já cobre aproximadamente metade da população brasileira. Em junho de 2006 dados do Ministério da Saúde (MS) registravam a existência no Brasil de 26.000 equipes implantadas, em 5.284 municípios, atendendo a 83.400.000 de habitantes ⁽¹⁾.

A estratégia do PSF cria condições para a construção de um novo modelo assistencial mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário, pois concebe a atenção à saúde focalizada na família e comunidade, utilizando práticas voltadas para novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e comunidades. "O profissional do PSF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, resolutive, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação" ^(2;9).

O PSF começou a ser implantado no Brasil em 1994, após as experiências positivas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início no ano de 1991. Sua implantação contribuiu para: diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar; melhorar a qualidade do pré-natal; aumentar a cobertura vacinal; melhorar a identificação, o tratamento e o acompanhamento dos portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. As equipes completas e capacitadas têm condições de solucionar 85% dos problemas de saúde da população a elas adscrita ⁽²⁾.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) analisou indicadores de morbi-mortalidade e de acessibilidade aos serviços, relacionando-os com a cobertura do PSF e com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em municípios brasileiros, de 1998 a 2004. Os resultados do estudo mostraram que os indicadores relacionados a morbi-mortalidade declinaram, e os que refletem cobertura de serviços cresceram significativamente. Essa variação mostrou-se, em geral, mais intensa nos estratos de cobertura mais elevada do PSF e nos municípios com IDH baixo. O impacto no perfil epidemiológico sugere ainda que a ampliação da cobertura de serviços na atenção básica em regiões mais desfavoráveis, via expansão do PSF, contribui positivamente para reduzir os diferenciais no acesso e na prestação de serviços de saúde no Brasil ⁽³⁾.

A expansão das equipes de PSF no Brasil e em Mato Grosso contribui para a inserção de um grande número de profissionais de saúde, principalmente de enfermeiros no mercado de trabalho, possibilitando a sua participação ativa no desenvolvimento de novas ações educativas e assistenciais voltadas para o indivíduo, família e comunidade.

Como estratégia para implementação de uma política de saúde, o PSF pauta as suas ações nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. São esses princípios

que garantem a unicidade do sistema, que ao ser organizado nos diferentes locais, respeitará as peculiaridades regionais, garantindo o cumprimento dos princípios doutrinários da, universalização, equidade, integralidade; e os princípios organizativos da, regionalização, hierarquização, descentralização e a participação popular.

A universalização está relacionada com o direito ao acesso às ações e serviços de saúde por todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, religião, ocupação, etc. A equidade visa diminuir as desigualdades, por que apesar de todos terem direitos ao acesso, as necessidades em saúde são diferentes para alguns grupos da população. Então, a equidade consiste em reconhecer as desigualdades existentes e tratar de forma desigual os desiguais, orientando esse atendimento no sentido de diminuir as diferenças ⁽⁴⁾.

A integralidade significa considerar a pessoa como um todo durante o atendimento de suas necessidades. Para isso é necessária a integração das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação. Para tanto, torna-se imprescindível a articulação do setor saúde com outras áreas de políticas públicas visando otimizar as propostas de intervenção, nos diferentes determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, melhorando a qualidade de vida da população ⁽⁴⁾.

Os princípios organizativos apontam para a implementação prática do SUS. A regionalização e hierarquização significam a oferta de serviços, em uma complexidade crescente para áreas geográficas definidas, e planejados conforme critérios epidemiológicos da população a ser atendida. Exigem a articulação entre os serviços existentes, para garantir o acesso da população aos diferentes níveis de atenção, respeitando os princípios doutrinários da universalização e da integralidade ⁽⁴⁾.

A descentralização com comando único implica na distribuição do poder e da responsabilidade, entre as diferentes esferas de governo, sobre as ações de saúde para atender as necessidades da população, aproximando assim, o gestor dos serviços, do cidadão e dos seus problemas de saúde-doença. Cada esfera de governo possui autonomia para gerenciar os serviços de saúde que as normas legais lhes atribuem, respeitando a participação da população ⁽⁴⁾.

A participação da população deve acontecer em todo o processo de relação do cidadão com o serviço de saúde, ou seja, no momento de seu atendimento individual, tendo as suas necessidades de saúde acolhidas pela unidade e co-participando de seu regime terapêutico; na sua vida em comunidade, conhecendo o trabalho da unidade de saúde a qual está adscrito, participando do planejamento de suas ações e as avaliando; nas esferas colegiadas dos Conselhos, representando seus pares e reivindicando os seus direitos, e nas Conferências, que têm como função formular e avaliar a execução da política de saúde ⁽⁴⁾.

Avaliações do PSF realizadas pelo Ministério da Saúde demonstram que a partir da implantação do programa ampliou-se o acesso da população aos serviços de saúde,

principalmente daqueles ofertados pela atenção básica ^(2,3). Dentre os muitos desafios a serem superados pelo PSF destacam-se o aumento da oferta de serviços especializados de média e alta complexidades e a efetivação da participação popular.

As diversas formas de participação da população no serviço de saúde ⁽⁴⁾ passam assim, a demandar dos profissionais, estratégias de envolvimento do cidadão em torno dos problemas de saúde, seus, de sua família e da comunidade onde vive. Em estudo realizado ⁽⁵⁾ a educação em saúde foi identificada pelos enfermeiros como um importante elemento do trabalho da enfermagem em atenção básica, e também como uma prática capaz de favorecer a implementação dos princípios do SUS, principalmente a participação da população, quando realizada em grupos organizados da comunidade.

As pessoas se organizam em grupos para fins específicos, como forma de enfrentarem as dificuldades decorrentes do sistema social em que vivem. Esses grupos são estruturados pelos próprios participantes, contando, às vezes, com o apoio de profissionais e voluntários. Como exemplos de grupos dessa natureza destacam-se: os Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, sindicatos, associações e movimentos ligados à igreja ou às comunidades ⁽⁶⁾.

Embora tais grupos tenham sido citados pelos enfermeiros ⁽⁵⁾ como espaço potencial para a educação em saúde na perspectiva de consolidar a participação da população nos serviços, no contexto atual de implementação do PSF, o que se observa é a constituição de grupos de educação em saúde em decorrência da condição patológica (diabéticos, hipertensos), do sexo (mulheres) e da fase de desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes), conforme orientações dos programas ministeriais.

A educação em saúde é considerada atualmente uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde. Estudiosos da educação em saúde no Brasil ^(7,8,9) avaliam a importância dessa prática atualmente, além de apontarem as especificidades que ela apresentou nos diferentes tempos históricos e as suas diversas concepções teóricas.

Até a década de 1970, predominaram ações desencadeadas pelas elites políticas e econômicas que impunham normas de comportamentos adequados ao restante da população, o que refletia nas práticas de educação em saúde. Diferentes propostas surgiram a partir dessa década, em um contexto de substancial alteração da conjuntura sócio-política brasileira, que possibilitou a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, favorecendo a incorporação de novas metodologias para a construção de uma cultura de relação dialógica com as classes populares, o que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde até então vigente ⁽⁷⁾.

Estudo ⁽⁸⁾ aponta a ambigüidade ainda existente nas

propostas de educação popular e saúde comunitária, afirmando-as tanto como formas de organização e politização populares, quanto como formas de desobrigar os governos de suas responsabilidades sociais. Observa-se assim, diferentes possibilidades teóricas que orientam a prática da educação em saúde, além de diferentes aplicações, no sentido da emancipação e empoderamento ou de disciplinarização e normatização de condutas, e até mesmo culpabilização individual.

As práticas grupais de educação em saúde têm sido utilizadas pelos enfermeiros, principalmente na atenção básica, como alternativa para as práticas assistenciais e educativas. Atualmente, vários estudos apontam a sua importância no processo de trabalho de enfermagem ^(10,11,12,13,14), uma vez que articulam várias dimensões do cuidado.

Compreendemos grupo, no campo da atenção à saúde, como um lócus que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, a biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e externo.

Estrategicamente, os grupos de educação em saúde, ao articular essas diferentes dimensões, constituem-se em espaços potencialmente privilegiados para o empoderamento individual e coletivo.

No contexto atual do SUS, a valorização da participação da população no controle social dos serviços recoloca o trabalho educativo realizado em grupos, por enfermeiros, em nova perspectiva, possibilitando organizar estratégias coletivas para o enfrentamento de adversidades no processo saúde-doença.

Ao realizarmos observações assistemáticas da nossa realidade percebemos que a assistência nas unidades de PSF conservava-se centrada em cuidados individuais, seguindo recortes por sexo, faixa etária ou patologias e assumindo características tradicionais do modelo clínico, ainda que a equipe fosse sensível à abordagem integral, familiar e promocional da saúde.

A implementação do PSF pressupõe que as atividades de promoção e prevenção estejam diretamente articuladas com a prática da educação em saúde. A partir desse pressuposto, definimos como questão norteadora para este estudo a indagação: O trabalho de educação em saúde, realizado por enfermeiros, em grupos, nas equipes de PSF de Cuiabá constitui-se como tecnologia assistencial e de empoderamento de pacientes e da comunidade para o

exercício da cidadania? Tivemos por objetivo analisar se o trabalho com grupos nesse contexto se constitui como espaços geradores ou potencializadores de participação da comunidade e controle social do serviço.

2 METODOLOGIA

Pesquisa descritiva utilizada "(...)" para explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações" (15:139). Foi desenvolvida em oito Unidades do PSF de Cuiabá, que tinham à época da coleta dos dados, mais de dois anos de funcionamento (na nossa experiência consideramos esse tempo o mínimo necessário para a consolidação do trabalho da equipe). A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada com os enfermeiros dessas unidades, que realizavam atividades educativas em grupos, a partir das seguintes questões norteadoras: Você realiza atividades de grupo? Com qual clientela? Qual a finalidade dessas atividades? A entrevista seguiu um roteiro preliminar e foi gravada após os sujeitos lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A pesquisa seguiu as exigências da Resolução 196/CNS/96 e a coleta dos dados foi iniciada depois da aprovação pelo Comitê de Ética do HUJM, no período de março a julho de 2005.

A análise dos dados foi realizada segundo as categorias teóricas grupo, participação e trabalho de enfermagem, consideradas no contexto da historicidade e contradições que lhes são próprias (16). No período da coleta dos dados das oito unidades estudadas, apenas em quatro os enfermeiros realizavam atividades educativas em grupos.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O material empírico resultante das entrevistas dos enfermeiros, depois de transcritas as falas, foi organizado por temas (16) e analisado conforme as categorias teóricas relatadas acima. Destacaram-se duas unidades temáticas: os grupos educativos nos programas e grupos educativos para a prevenção. Quando abordados sobre a realização de grupos de educação em saúde, os enfermeiros assim afirmaram:

"Tem o grupo de hipertensos, tem o grupo dos idosos, tem o grupo das gestantes" (a).

"Os grupos que realizo são dos hipertensos, diabéticos, idosos e das gestantes. Comecei a realizar o grupo de adolescentes, porém não tive sucesso" (b).

"Tem o grupo de gestantes, o de hipertensos e dos idosos. Grupos têm, agora, o único que não tem é o da saúde mental" (c).

"A gente tenta trabalhar com os adolescentes, com as mulheres em relação aos métodos contraceptivos, as DST's, de uma forma geral, a prevenção de câncer de colo de útero, de mama, (...) com os diabéticos, faz também trabalho com os hipertensos. (...) a gente faz sala de espera, (...) só para um grupo de cada vez" (d).

Destaca-se, nas entrevistas, a predominância da realização de grupos conforme os recortes programáticos vigentes na prática da saúde pública tradicional. Situações que fogem à prática tradicional da saúde pública, como a atenção aos adolescentes e aos portadores de sofrimento mental, por exemplo, ainda não se consolidaram como espaço de atuação do enfermeiro no trabalho com grupos. Considerando essas informações à luz dos objetivos do PSF observa-se que, apesar do aumento de cobertura populacional decorrente da implantação dessa estratégia, persistem obstáculos para o alcance de alguns princípios do SUS, como a integralidade, a participação popular, o controle social e outros. Para que a estratégia de PSF se consolide como um novo modelo assistencial, é necessário romper com as práticas reducionistas e fragmentadas e com o enfoque na doença e tratamento (9).

Nas entrevistas desse estudo evidencia-se a predominância da racionalidade clínica nos grupos realizados por enfermeiros, situação encontrada também em estudo (17) que, a partir da análise da educação de pacientes na literatura brasileira de enfermagem, observou a preponderância da abordagem terapêutica centrada na condição de doente dos participantes dos grupos.

Se admitirmos a indissociabilidade das práticas assistenciais e educativas necessárias à implementação do PSF, é necessário refletir sobre os diversos enfoques teóricos que podem orientar as práticas da educação em saúde, já afirmados anteriormente (9). Assim, podemos considerar dois modelos norteadores de educação em saúde: tradicional e dialógico (9). Enquanto o primeiro, hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativa fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconizando a prevenção das doenças a partir de mudanças de comportamentos individuais; o segundo, por ter o diálogo como seu instrumento essencial, pressupõe o envolvimento dos sujeitos nas ações e na construção/re-construção de saberes, no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade das pessoas no cuidado com a saúde, "não pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da situação de saúde" (9:48).

Identificamos o modelo dialógico como o mais apropriado para as práticas no PSF, pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais, da desejada participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas e pela busca da qualidade e resolutividade da assistência (9).

Buscando identificar, nas entrevistas com os enfermeiros desse estudo, o enfoque teórico norteador de suas práticas grupais, apresentamos abaixo trechos sobre o que eles informaram sobre a finalidade de realização dos grupos:

“ Educação pra pessoa. É sensibilizar tipo assim, a gestante fazer o pré-natal. A importância do pré-natal. O hipertenso, a importância, o que é hipertensão, o que ele tem que evitar pra não ter crises hipertensivas, tomar [o remédio], a aderência ao tratamento” (a).

“ A finalidade dos grupos é mais especificamente de orientação em saúde, sobre os cuidados necessários. As orientações realizadas nos grupos são reforçadas nos corredores da unidade na tentativa de sedimentar as informações” (b).

“ Para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, reúno e falo sobre cuidados, fatores de risco” (c).

“ Não faz parte da rotina (...) agora nós estamos planejando fazer com crianças, então planeja o que vai fazer naquele dia e convoca as crianças, aí outra vez, são os adolescentes, com os diabéticos vai ser mensal, para revisar a medicação. A minha finalidade é que a gente assim acompanha mais de perto, não é só dar informação, mas também ver quais são as informações que já têm e trabalhar com este grupo em educação em saúde pra ajudar eles a aceitar, por exemplo, os diabéticos que é um grupo difícil, diabético e hipertenso, que nem todos aderem ao tratamento, para eles se conscientizarem da importância do tratamento” (d).

Embora apontem para a discussão de aspectos relacionados como a “promoção da saúde e qualidade de vida” (c), temas importantes para a agenda atual de saúde, a preocupação predominantemente em realizar a educação em grupos ainda é conscientizar as pessoas sobre a adesão aos tratamentos clínicos e a comportamentos preventivos dos agravos à saúde.

Um dos entrevistados informou que já havia realizado educação em saúde em grupos em sua unidade, mas no momento da pesquisa não os fazia mais. Merece destaque a sua concepção de prática grupal a partir de “troca de experiências” e possibilidade de “ampliação da cidadania” (e). Além disso, ele contava com a participação de líderes da comunidade nos grupos que realizava, não como clientes, mas como representantes da população, conforme demonstra a fala abaixo:

“ Não faço grupo de maneira sistemática atualmente. Já fizemos anteriormente. Tinha a participação de líderes da comunidade, a gente discutia coisas além das informações de cuidado de saúde. Quando fazia, com a população da área de abrangência da unidade, era com o intuito de

promover educação em saúde, proporcionar a troca de experiência entre as pessoas e ampliar os aspectos da cidadania. Preocupo-me em passar informações novas e/ou reforçar informações de formas diferentes/novas” (e).

A realização de grupos com o enfoque ressaltado acima não se constitui uma tarefa fácil, diante da gama de atividades que os profissionais de saúde do PSF têm que desenvolver. Soma-se a isso a concepção da população e dos gestores sobre atenção à saúde centrada na ação do médico com predominância no consumo de exames e de medicamentos, dificultando a participação dos profissionais em atividades educativas.

Visando compreender a racionalidade e a finalidade dos grupos informados pelos enfermeiros desse estudo, consideramos a seguinte tipologia para a classificação de grupos ⁽¹¹⁾: Os grupos de convivência se reúnem em instituições para a sedimentação de processos de aceitação de sua condição crônica de saúde. Os grupos comunitários visam despertar o sentimento de cidadania entre os participantes e têm uma vinculação com uma determinada comunidade. Grupos terapêuticos visam o desenvolvimento de habilidades e promoção de autonomia para o cuidado à saúde. Grupos focais abordam um tema específico, a partir de interesses comuns, em um único encontro, podendo ser, por exemplo, pessoas em uma sala de espera discutindo medidas de controle da hipertensão.

Segundo essa tipologia ⁽¹¹⁾, os grupos informados pelos enfermeiros desse estudo podem ser classificados como terapêuticos, de convivência ou focais. Os grupos comunitários que, na definição dessas autoras mais se aproximam da estratégia do PSF, foi mencionado somente por um dos entrevistados, no passado, e a mesma expressou dificuldade de sua realização contínua com esse enfoque.

Um dos obstáculos para a realização de atividades grupais é a falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais que se propõem a coordenar grupos. Outros aspectos também dificultam essa prática: locais impróprios, pouca participação dos membros do grupo, exigência formal para a sua realização, a centralização no coordenador, conteúdos que despertam pouco interesse, pré-determinação dos temas e ausência de informações técnicas sobre operacionalização de grupos nos manuais do MS ⁽¹⁰⁾.

Algumas dessas dificuldades são também observadas em nossa experiência. Destacamos que a falta de domínio de tecnologia para a condução de grupos em serviços de saúde entre enfermeiros decorre, em grande parte, do enfoque clínico individual ainda predominante na formação profissional. Em nossa experiência como docentes observamos um significativo privilégio de conteúdos biológico-clínicos em detrimento de aspectos sociais, emocionais e comportamentais, nos cursos de graduação em enfermagem. Assim, o ensino teórico-prático centra-se, preferencialmente na assistência planejada e executada individualmente.

Compreendemos que esse necessário investimento no domínio dessa tecnologia – coordenação de grupos – requer uma fundamentação teórico-prática e esta remete à psicologia. Esta, por sua vez, ao longo de sua história “naturalizou” o ser humano, determinando entraves ao estudo do comportamento social das pessoas ⁽¹⁸⁾. Na história da psicologia, negando-se, muitas vezes, a construção social do ambiente, enfocando o ser humano abstraído de sua “história” e afirmando-o como “natural”, predominou a reprodução de uma ideologia que focalizava os grupos também como “naturais”, frutos de uma “necessidade humana gregária” ⁽¹⁸⁾.

Ao contrário, em uma perspectiva sócio-histórica, compreende-se os grupos com “função histórica de manter ou transformar as relações sociais” e, portanto, identifica-se que todos os grupos reproduzem ideologia, tanto na sua forma de organização quanto nas suas ações ^(18:84).

Como exemplos dessa diversidade teórica situada entre esses dois extremos – naturalização e historicidade – dos fenômenos humanos e grupais, destacam-se os estudos de K. Lewin e Pichon-Rivière ⁽¹⁸⁾. Para Lewin, os grupos devem ser estruturados e coesos, e neles os valores harmonia e individualismo são reproduzidos. Nessa perspectiva teórica o grupo tem por função definir a identidade social dos indivíduos e garantir a sua produtividade social; os grupos são a-históricos, em uma sociedade também a-histórica ⁽¹⁸⁾.

Pichon-Rivière formulou a conceituação teórico-prática de “grupo operativo”. Os grupos operativos se definem como grupos centrados na tarefa. Diferente de outras técnicas grupais que podem ser centradas no indivíduo, ou no grupo e em sua dinâmica, a tarefa é o essencial do processo grupal nos grupos operativos. Este estudioso afirmava que não há uma distinção clara entre grupos terapêuticos e grupos de aprendizagem. Quando aprendemos, modificamos formas estereotipadas de conviver com a realidade, mesmo que isso não ocorra conscientemente, e isso é semelhante ao que ocorre em um processo terapêutico. Da mesma forma, a resistência a se curar, pelo menos no que se refere aos aspectos subjetivos, pode também ser compreendida como problemas da aprendizagem ⁽¹⁹⁾.

Considerando essas diferentes vertentes teóricas que fundamentam o estudo de grupos, pode-se afirmar que somente quando as pessoas se agrupam é que pode ocorrer alguma ação social transformadora e, neste sentido, “todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais” ^(19:81).

Compreendendo os grupos realizados no PSF nessa perspectiva de manutenção ou de transformação de realidades, retomamos as informações dos enfermeiros nesse estudo. A imposição de condutas por meio de práticas de educação centrada nos recortes programáticos, como por exemplo, no controle de hipertensos e diabéticos na área adscrita, tornou-se mais evidente com a implementação do

PSF, e essas ações passaram a ser consideradas pelos profissionais como de promoção da saúde. Entretanto, abordando-as na perspectiva de orientação para a autonomia do cuidado, não se aborda os condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença. Assim o processo se encaminha no sentido da manutenção de uma dada realidade, sem problematizá-la. Esta prática profissional atende à lógica utilizada pelos gestores locais, que a despeito dos princípios do SUS, cobram resultados centrados no modelo biomédico, não favorecendo assim o desenvolvimento de atividades que estimulam a participação da comunidade.

Por outro lado, torna-se necessário considerar que a prática educativa-assistencial do processo de trabalho de enfermagem, não pode ser dissociada da conscientização dos profissionais sobre a sua inserção sócio-histórica, e do espaço de autonomia que ela possibilita para o exercício de novas abordagens para educar e assistir. Assim, a participação cidadã somente se realiza no plano terapêutico se for também efetiva entre os trabalhadores/enfermeiros ⁽²⁰⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo observamos que a realização de grupos se reduz, na maioria das vezes, às práticas coletivas de informação sobre doenças, procedimentos terapêuticos e convivência com um problema de saúde. Articula uma dimensão superficial de educação em saúde (informação) com uma dimensão terapêutica implícita (convivência, vínculos afetivos). A realização de grupos se consolida como uma estratégia clínica assistencial, enquanto a dimensão educativa-participativa e de empoderamento de pacientes e da comunidade para o exercício da cidadania se apresenta reduzida.

Se admitimos que os aspectos terapêuticos não se dissociam dos de aprendizagem, como afirma Pichon-Rivière e que os grupos exercem uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais, acreditamos que o PSF possibilita espaços estratégicos de mudança. Assim, a realização dos grupos nessas unidades poderia ser instrumento privilegiado para a transformação necessária e inerente a esse modelo assistencial considerando: os múltiplos referenciais do processo saúde-doença e os conhecimentos neles envolvidos, tanto dos profissionais como da população; as raízes dos problemas de saúde dos participantes, articulando-os com os demais setores de políticas sociais; a relação com outros grupos organizados da comunidade buscando solução para os problemas vivenciados; a adoção de novas estratégias de educação em saúde que se aproximem da proposta da educação popular, incorporando a noção de apoio social, sem perder de perspectiva de transformação das condições de vida e de saúde da população; a relação dos aspectos legais da organização do SUS com as necessidades em saúde dos participantes do grupo; a adoção da perspectiva dialógica

de educação em saúde, pois essa favorece contemplar o princípio da integralidade, ao considerar os participantes do grupo como portadores de saberes sobre os seus processos saúde-doença-cuidados e de condições concretas de vida.

Portanto, a realização de atividades grupais no processo de trabalho educativo-assistencial do PSF pode ser possibilidade para apoiar participação da população nos serviços de saúde, porém exige que os profissionais reconheçam as diferentes dimensões e estratégias implicadas nessa atividade: manutenção da realidade social e disciplinarização individual e coletiva ou crítica/problematização com vistas ao empoderamento individual e coletivo para o exercício da cidadania.

Além de profissionais preparados, sensibilizados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da população de forma consciente nos serviços de saúde, torna-se necessário o apoio imprescindível dos gestores favorecendo as práticas de construção dessa participação, conforme proposta do SUS. Algumas estratégias podem ser elaboradas de forma conjunta pelos gestores, profissionais e representantes da comunidade para discussões de temas como: condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença; concepção de saúde; necessidades de saúde; organização dos serviços; responsabilidade da União, Estado e municípios com o SUS, e participação e controle social. Esses temas seriam abordados pelas equipes de saúde da família, nas diferentes atividades grupais que acontecem na comunidade, e principalmente naquelas que ocorrem de forma sistemática nas unidades de saúde, escolas e igrejas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção Básica e Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> (21/07/06).
2. Ministério da Saúde (BR). O programa de saúde da família e atenção básica no Brasil. Brasília; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR) . Saúde da Família no Brasil: análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília; 2006.
4. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema único de Saúde: princípios; Brasil. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: MS; 200. p.285-304.
5. Silva MA. A enfermagem e o Sistema Único de Saúde. O vivido e o representado. Um estudo de caso. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 1994.
6. Gusmão CMV. Processo grupal: reflexões de uma prática com jovens em saúde mental. *Cogitare Enferm.* 2003; 8(2): 9-17.
7. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad Saúde Públ* 1998; 14(2): 39:57.
8. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):7-14.
9. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16):39-52.
10. Silva ALAC, Munari DB, Lima FV, Silva WO. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Rev Enferm UERJ* 2003, 11:18-24.
11. Silva DGVS, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di' Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & Contexto Enferm* 2003; 12(1):97-103.
12. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública* 2003; 29(4):1039-47.
13. Sant'Anna SC, Ferriani MGC. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. *Rev Latino-am Enferm* 2000; 8(3): 97-101.
14. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(4):439-45.
15. Leopardi MT, Beck CLC, Nietsche EA, Ganzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Palloti; 2001.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
17. Melles AM, Zago MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm* 1999, 7(5):85-94.
18. Lane STM. O processo grupal. In: Lane STM, Codo W, organizadores. *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense; 2004. p.77-98.
19. Osorio LC. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.
20. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Col* 2005; 10(1):191-203.