

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KÊNIA SILVA PEREIRA

**ANÁLISE DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A
BUSCA DO EMPODERAMENTO DO USUÁRIO**

RIO DE JANEIRO/ BRASIL
OUTUBRO/ 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KÊNIA SILVA PEREIRA

**ANÁLISE DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A
BUSCA DO EMPODERAMENTO DO USUÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Cesar Augusto Orazem Favoreto

RIO DE JANEIRO/ BRASIL

OUTUBRO / 2020

Pereira, Kênia Silva.

Análise dos grupos educativos na Atenção Primária à Saúde: a busca do empoderamento do usuário. / Kênia Silva Pereira. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2020.

80 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Cesar Augusto Orazem Favoreto.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 68-75.

1. Doença Crônica. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Empoderamento para a Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Favoreto, Cesar Augusto Orazem. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às **10 horas do dia 30 de outubro de 2020**, por via remota, conforme o disposto na Resoluções do CEPG nº 01/2020, 02/2020, 09/2020 e 03/2019, realizou-se a defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**.

A dissertação com o título: **ANÁLISE DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A BUSCA DO EMPODERAMENTO DO USUÁRIO**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Kênia Silva Pereira** regularmente matriculado (a) no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro n. 118010264 (SIGA)**.

A Dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores:
Orientador(a): Cesar Augusto Orazem Favoreto

1º Examinador(a): Valeria Ferreira Romano

2º Examinador(a): Eloisa Grossman

A DEFESA REMOTA ocorreu após consentimento do discente, do(s) ORIENTADORE(S), da Comissão Deliberativa do Programa de Pós-graduação, bem como da Banca Examinadora em arguir o candidato de forma remota. Encerrada a sessão, realizada por via remota, foi lavrada a presente ata, que segue assinada pelo presidente da banca examinadora em conformidade com a resoluções do CEPG, supracitadas.

A banca considerou aprovada a Dissertação da aluna **Kênia Silva Pereira** com o título: **ANÁLISE DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A BUSCA DO EMPODERAMENTO DO USUÁRIO**.

Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2020.

Presidente/Orientador(a): Cesar Augusto Orazem Favoreto

Aos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, por acreditarem e fortalecerem o Sistema Único de Saúde, por lutarem incessantemente por uma saúde de qualidade para a população e por serem multiplicadores de conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Á **Deus** por ter iluminado meus caminhos e me guiado quando eu mais precisava;

Aos meus pais, **Hermilton e Maria Rita**, por todos os obstáculos superados para o êxito da minha formação, por sempre me fortalecerem e me acolherem;

Á **minha família**, por todo amor e carinho de sempre e por serem pessoas de bons exemplos;

Ao meu noivo **Felipe**, por ser meu parceiro de vida, pela paciência, amor, compreensão e por sempre me fazer acreditar que seria possível;

Ao professor e orientador **Cesar Augusto Orazem Favoreto**, pelo incentivo, pela paciência, pelo aprendizado, pelo direcionamento e por estar junto comigo desde o início, me mostrando que definitivamente eu iria alcançar o que tanto almejava;

Á **Universidade Federal do Rio de Janeiro** e ao **Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis** (UFRJ/HESFA), por proporcionarem a formação de profissionais críticos e reflexivos;

Aos **profissionais** atuantes nas Clínicas da Família da Área Programática 1.0 do município do Rio de Janeiro, em especial a Clínica da Família Sergio Vieira de Melo, por possibilitarem que minha pesquisa fosse realizada em suas unidades;

Aos **docentes** e **discentes** da turma de Mestrado em Atenção Primária à Saúde por acreditarem no Sistema Único de Saúde, pelo compartilhamento de experiências, troca de saberes e pelo fortalecimento incessante da APS;

E a todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram pra o meu sucesso.

"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção."

Paulo Freire

RESUMO

PEREIRA, Kênia Silva. **Análise dos grupos educativos na Atenção Primária à Saúde: a busca do empoderamento do usuário.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação. Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Promoção da saúde é compreendida como uma estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários e comunidade, visando o bem-estar, um estilo de vida saudável de forma a não focar somente, no processo de adoecimento da população. A Política Nacional de Promoção à Saúde (2006) visa reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. O processo educativo é uma das premissas para a transformação social e construção de conhecimento, desenvolvendo a capacidade de formação crítica do indivíduo e da comunidade. O presente estudo teve como objeto a análise dos grupos educativos realizados em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro face aos pressupostos da Promoção da Saúde com ênfase no empoderamento do usuário. Teve como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais e dos usuários que participam dos grupos educativos em uma Clínica da Família na Cidade do Rio de Janeiro em relação a sua capacidade de promoção da saúde e do cuidado individual. Os objetivos específicos foram delinear o panorama das atividades com grupos educativos voltados para portadores de agravos crônicos à saúde; identificar as percepções dos profissionais sobre a realização dos grupos educativos e sua influência no cuidado individual dos usuários; relacionar a percepção dos usuários sobre a participação em grupos educativos com as repercussões em seu processo terapêutico e; descrever o desenvolvimento das práticas pedagógicas e assistenciais nos grupos. A abordagem metodológica foi do tipo qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. Na primeira etapa, realizada com os gestores, obtivemos um panorama das atividades educativas realizadas nas 15 unidades de saúde da Área Programática 1.0 no município do Rio de Janeiro. Na segunda etapa foi realizada observação participante das atividades educativas e entrevistas com os profissionais da saúde e usuários que participaram das atividades educativas em grupos. Emergiram categorias da análise de dados que buscaram compreender os desafios das práticas educativas: A construção participativa dos grupos educativos; Os Grupos como espaço de Aprendizagem e Sociabilidade; Organização e Desenvolvimento das Atividades Educativas na Unidade de Saúde. O estudo evidenciou que a realização de atividades educativas em grupo é descrita como um processo de construção coletiva de conhecimento e autonomia dos sujeitos, sendo um espaço importante para fortalecimento e construção de vínculos. É, contudo um ambiente frágil e toda e qualquer

instabilidade e intervenções interferem diretamente na continuidade das atividades educativas em saúde.

Palavras Chave: Doença Crônica; Empoderamento para a Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

PEREIRA, Kênia Silva. **Análise dos grupos educativos na Atenção Primária à Saúde: a busca do empoderamento do usuário.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação. Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Health promotion is a strategy to improve users and community life quality, aiming not to focus only in the population's illness process, but also at well-being and a healthy lifestyle. The National Health Promotion Policy (2006) aims to reduce vulnerability and health risks related to its determinants and conditions. The educational process is one of the premises for social transformation and knowledge construction, developing the capacity for individual and communal critical formation. The present study has the objective to analyze the aspects of assumptions of Health Promotion with an emphasis on users empowerment of educational groups held at a Rio de Janeiro' Family Clinic. Its general objective was to analyze the perception of professionals and users who participate in educational groups in relation to their ability to promote health and individual care. The specific objectives were to outline the activities overview for chronic health problems educational groups; identify the professionals' perceptions about educational groups realization and their influence on the users' individual care; relate the users' perception of educational groups participation and the repercussions on their therapeutic process and; describe the development of pedagogical and assistance practices in groups. The methodological approach was qualitative, with a descriptive-exploratory nature. In the first stage, carried out with the clinic managers, we obtained an overview of the educational activities carried out in the 15 health units of Programmatic Area 1.0. In the second stage, were made observations of educational activities and carried out interviews with both health professionals and users. Categories emerged from data analysis that sought to understand the challenges of educational practices: The participatory construction of educational groups; Groups as a space for Learning and Sociability; Organization and Development of Educational Activities in the Health Unit. The study describes the performance of educational activities in groups as a process of knowledge and autonomy collective construction, being an important space for bonds strengthening and building. Nonetheless, it is a fragile environment where any instability or intervention can directly interfere with the continuity of health educational activities.

Keywords: Chronic Disease; Empowerment for Health; Health Promotion; Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Promoção da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
DCT	Doenças Crônicas Transmissíveis
PSE	Programa Saúde nas Escolas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
AP	Área Programática
CMS	Centro Municipal de Saúde
CF	Clínica da Família
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OS	Organização Social

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 JUSTIFICATIVAS	17
4 OBJETIVO GERAL	19
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE – O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO	20
5.2 EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
5.3 A PRÁTICA DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
5.4 A PRÁTICA EDUCATIVA EM GRUPOS FOCALIZADA NOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO CRÔNICO	32
6 ABORDAGEM METODOLÓGICA	35
6.1 TIPO DE ESTUDO	35
6.2 LOCAL/CENÁRIO DO ESTUDO	35
6.3 SUJEITOS DO ESTUDO	38
6.4 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	39
6.5 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS	43
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS EDUCATIVOS NAS UBS DA AP 1.0 NA VISÃO DO GESTOR E/OU RESPONSÁVEL TÉCNICO	45
7.2 DESAFIOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA UNIDADE DE SAÚDE	54
7.2.1 A Construção Participativa dos Grupos Educativos	56
7.2.2 Os Grupos como espaço de Aprendizagem e Sociabilidade	59
7.2.3 Organização e Desenvolvimento das Atividades Educativas na Unidade de Saúde	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - GERENTES OU RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	78
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS	79
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	80

1 APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação estive envolvida em diversos projetos de iniciação científica e de extensão voltados para a Atenção Primária à Saúde (APS). No decorrer destes projetos, tive a oportunidade de refletir sobre a organização da atenção regionalizada e sistematizada que permite atender às necessidades de saúde da população, por meio de ações de promoção e prevenção à saúde.

Trabalho como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF) há mais de quatro anos e desde o início me deparo com os processos de trabalho de toda a equipe, como médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), para garantir um acesso adequado da população que busca o serviço no seu momento de mais necessidade e é nesse momento que a equipe de saúde da família, de forma quase que enlouquecedora, esgotados, com portas lotadas de usuários, tenta em meio as suas limitações oferecer qualidade na assistência de forma individual e coletiva.

Durante a minha experiência profissional observei que as práticas educativas em grupos vêm ganhando um espaço amplo na APS, não somente para reduzir o fluxo de demandas, mas para envolver e fortalecer todos os usuários no cuidado a sua saúde. Estas ações devem ser realizadas para todas as pessoas, sejam eles vulneráveis ou não, em seus diferentes ciclos de vida.

Desde então, através de leituras e vivências cotidianas passei a refletir como estratégia, a oferta de atividades de educação em saúde em grupos, de forma a promover cuidados em saúde e estimular os usuários a fazerem parte do processo de cuidado. A partir destas leituras pude observar experiências positivas nos trabalhos de educação em saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários na minha prática profissional. Então, passei a me questionar o porquê as equipes não valorizavam e realizavam grupos educativos nesta proposta de promoção da saúde? E, porque, quando realizam grupos, os utiliza, principalmente, como forma de diminuir a sobrecarga das agendas profissionais?

A partir desta experiência passei a incluir os grupos educativos nas minhas ações e tentar com que a minha equipe pudesse compreender esse processo educativo para transformação dos sujeitos e dos profissionais. Novamente, olhei para os meus grupos e refleti se eu estava atendendo as minhas expectativas como enfermeira de equipe de saúde da família. Será que os usuários estavam conseguindo compreender o que a equipe se propunha a oferecer com estas atividades coletivas? Fundamentado nestas questões, surgiu o interesse por esta temática no mestrado e, assim, buscar produzir novos conhecimentos e inovações na

APS, de forma a contribuir para que eu, como profissional da saúde e enfermeira de Saúde da Família, contribua no desenvolvimento das competências das equipes para qualificar o trabalho, gerir o cuidado, e buscar estratégias de promoção e prevenção da saúde.

A cada dia, são apresentados novos desafios e novas situações que exigem a atuação de um profissional atualizado, ativo no desenvolvimento constante de seus conhecimentos e preparado para amparar os problemas de diversas naturezas pertinentes ao cuidado da saúde da população que busca os serviços de saúde da unidade.

O mestrado profissional me proporcionou devanear cada vez mais. Afastar-me um pouco do trabalho exaustivo de cada dia, me voltar para produção de conhecimentos científicos, troca de experiências, saberes e identificação profissional. Este estímulo fez com que eu voltasse mais atuante e crítica.

Tendo em vista o desenvolvimento profissional que me permita atender cada vez melhor a todas estas necessidades dos usuários, famílias e comunidade, mediante aos pressupostos da estratégia da saúde da família, entendo que este estudo irá permitir maior aprimoramento profissional, contribuir para futuras pesquisas correlacionadas às dificuldades encontradas e posteriores impactos no gerenciamento das equipes de saúde na assistência aos usuários.

2 INTRODUÇÃO

As práticas de educação em saúde são aquelas realizadas com o envolvimento de toda população e não somente daquelas com o risco de adoecer, sendo elementos estratégicos para Atenção Primária à Saúde. São componentes das intervenções individuais e centrais no desenvolvimento das abordagens comunitárias. Estas ações podem envolver pessoas com morbidades crônicas, grupos vulneráveis ou em situações de risco à saúde, assim como pessoas em situações de vulnerabilidade psicossociais no sentido de prevenir agravos e promover a saúde (MACENO; HEIDEMANN, 2016).

Juntar-se em grupos é uma prática antiga, talvez somente pela necessidade de viver com o outro e satisfazer suas dependências e fragilidades emotivas. A família e a vida social fazem parte de um processo onde o ser humano pode se tornar livre da solidão. Grupos como os de trabalho, religião e terapêuticos têm sido desenvolvidos e encorajados dentro das práticas de cuidado em saúde.

Na perspectiva da saúde pública, particularmente na APS, tem se fortalecido o desenvolvimento de práticas educativas em grupo como forma de promover o protagonismo dos indivíduos no enfrentamento de agravos à saúde e busca por melhoria da qualidade de vida, assim como a participação e o empoderamento da coletividade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) teve como um dos seus fundamentos e diretrizes o estímulo à participação dos usuários para ampliar sua autonomia e construção do cuidado ao indivíduo e coletividade, de forma a enfrentar suas condições de saúde.

A sistematização dos grupos operativos teve início com Pichon-Rivière na década de 1940, sendo estabelecido como um grupo terapêutico onde seus objetivos eram promover um processo de aprendizagem entre os sujeitos participantes e estimular o pensamento crítico, a busca por novos saberes, a problematização e um processo de mudança (BASTOS, 2010).

Tem sido proposta a organização de grupos operativos voltados para portadores de agravos crônicos à saúde como hipertensos, diabéticos e usuários em sofrimento mental. Estas atividades buscariam contribuir para valorização e inclusão do saber popular no autocuidado e na construção de projetos terapêuticos, além de reforçar o vínculo dos usuários com o serviço, equipe e profissionais (DAVID, 2017).

O processo de aprendizado proposto nestas práticas educativas para os portadores de agravos crônicos pode influir na percepção e nos significados dos pacientes sobre seu adoecimento. O deslocamento do paciente para um novo lugar em relação ao viver e adoecer

pode potencializar aspectos relativos à terapêutica como o autocuidado, a adesão e a prevenção de complicações (BRASIL, 2013).

A atuação de um profissional qualificado e capacitado neste processo de educação em saúde promove um cuidado integral e eficaz. Por outro lado, a vivência da discussão e troca de experiências entre os usuários em grupos de educação em saúde pode facilitar o processo de construção de um saber e um empoderamento coletivo (BARBOSA, 2013).

Kleba e Wendausen (2009) afirmam que o processo de empoderamento tem por objetivo fazer com que os indivíduos e comunidades tenham autonomia no seu processo de cuidado, obtendo melhoria nas suas condições de saúde. Estes indivíduos empoderam a si mesmos e pessoas externas se tornam responsáveis por promover espaços para que este processo de mudança ocorra.

O presente estudo, realizado no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em APS da UFRJ, teve por objeto a análise dos grupos educativos realizados na Atenção Primária face aos pressupostos da Promoção da Saúde com ênfase no empoderamento do usuário e nos processos de ensino-aprendizagem envolvidos.

3 JUSTIFICATIVAS

O interesse por esta temática surgiu em razão da necessidade de conhecer como a inserção dos grupos educativos pode contribuir para o desenvolvimento do aprendizado e autonomia dos sujeitos e como estes indivíduos participam deste processo terapêutico na melhoria da sua qualidade de vida.

Observa-se um progressivo aumento da demanda de pessoas portadoras de agravos crônicos nas unidades de saúde. Esta demanda tem sobrecarregado os serviços e os profissionais. As equipes, frequentemente, não têm o horário de almoço respeitado, continuam atendendo pacientes após o horário de fechamento da unidade lidam diariamente com a insatisfação dos usuários devido ao tempo de espera para consultas e consequente aumento no número de atendimentos por turno. Sendo processos que envolvem aspectos da vida dos usuários, família e comunidade, os agravos crônicos à saúde fazem parte de um processo de enfrentamento diário.

Segundo Brasil (2013) as doenças crônicas se constituem como um grande problema de saúde pública devido a sua magnitude, altas taxas de mortalidade e morbidade. Estão também relacionadas a maior parte das causas de internações, perda de função, amputações, deficiências neurológicas e comprometimento da qualidade de vida dos usuários conforme a doença se agrava. Seu início é gradual, não se tem certeza do prognóstico e tem duração indefinida, podendo ter um curso diferente ao longo do tempo.

Dieta inadequada (consumo frequente de alimentos com alto teor de gordura e sal, baixo teor de carboidratos não refinados, consumo insuficiente de frutas e hortaliças, alto consumo de alimentos processados); excesso de peso (sobrepeso e obesidade); inatividade física (atividade física possui efeitos positivos no controle do metabolismo lipídico, glicídico e controle da pressão arterial); tabagismo e uso excessivo de álcool são comportamentos e estilos de vida determinantes para o desenvolvimento e complicações das condições crônicas. (MENDES, 2012)

Não apenas os aspectos biológicos determinam as complicações em indivíduos com doenças crônicas, mas também os psicológicos, ambientais e sociais. O desemprego, as angústias, a baixa autoestima, a exploração, a impotência, as mágoas, os desafetos, os lutos, os abusos, as desesperanças, a violência, os problemas familiares são alguns dentre os muitos fatores de risco (estressores) da vida de um indivíduo, família e comunidade.

Para Casanova, Osório e Dias (2012) adotar e manter padrões de vida saudáveis são estratégias estimuladas nos grupos de educação em saúde, além de buscar com que os

indivíduos ter autonomia sobre o seu processo de saúde e decidir sobre o que é melhor para si e para coletividade.

Para alcançar estes objetivos os grupos educativos precisariam se constituir como um espaço de escuta, problematização, condução conjunta dos casos, favorecendo a autonomia dos usuários e, conseqüentemente, o autocuidado. Souza e Tyrrell (2016), contudo, salientam que no âmbito da APS, alguns grupos são deixados em segundo plano por certos profissionais devido a não acreditação e a falta de estímulo para sua realização. Porém, as atividades educativas podem contribuir de forma significativa para que os usuários participem mais do processo de cuidado da sua saúde e que o vínculo com a equipe multiprofissional seja estreitado.

A partir do entendimento da importância dos grupos educativos e buscando compreender a avaliação dos usuários e o trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família no desenvolvimento dos grupos este estudo se organizou a partir da seguinte questão: Como o desenvolvimento dos grupos educativos pode contribuir para a qualidade da assistência e fortalecimento do cuidado ao usuário?

Visando criar respostas acerca das indagações supracitadas, foram traçados os seguintes objetivos:

4 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos profissionais e dos usuários que participam dos grupos educativos em uma Clínica da Família na Cidade do Rio de Janeiro em relação a sua capacidade de promoção da saúde e do cuidado individual.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o panorama das atividades com grupos educativos voltados para portadores de agravos crônicos à saúde em uma área programática da cidade do Rio de Janeiro;
- Identificar as percepções dos profissionais sobre a realização dos grupos educativos e sua influência no cuidado individual dos usuários;
- Relacionar a percepção dos usuários sobre a participação em grupos educativos com as repercussões em seu processo terapêutico;
- Descrever o desenvolvimento das práticas pedagógicas e assistenciais nos grupos.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE – O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO

Promoção da saúde (PS) é compreendida como uma estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários e comunidade, visando o bem-estar, um estilo de vida saudável e não focando somente no processo de adoecimento da população.

No início do século XX a educação em saúde, realizada por “higienistas” da época, foi baseada nas concepções de promoção da saúde e se constatou uma queda nos índices de adoecimento. “Embora a educação em saúde possua caráter mais amplo, ela é considerada uns dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde (...)” (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015, p. 481).

O Informe Lalonde (1974) foi um marco inicial da PS moderna no Canadá, de acordo com Favoreto (2016) este relatório apresenta como um aspecto negativo a culpabilização das pessoas pelo seu processo de adoecimento. O informe aponta que as intervenções nos estilos de vida e no meio onde as pessoas vivem teria uma relação de melhor custo-efetividade quando comparado as ações apenas curativas implementadas pelos serviços de saúde.

Galvanese, Barros e D’Oliveira (2017) citam que a organização da Promoção à Saúde como um elemento da atenção primária foi afirmada na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma – Ata (1978). A partir deste marco político e técnico foram desenvolvidos nas décadas de 80 e 90, em várias partes do mundo, conferências de promoção à saúde que reforçaram e ampliaram o conceito de PS e propuseram ações a serem organizadas pelos sistemas nacionais de saúde, como: a Carta de Otawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundsvall (1991), Declaração de Santafé de Bogotá (1992); Declaração de Jacarta (1997); Declaração do México (2000) e Carta de Bangkok (2005).

A Carta de Ottawa (1986) foi o primeiro destes documentos, ela foi produzida na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Neste texto foi citada a melhoria da qualidade de vida estando relacionada à capacitação da comunidade, através do bem estar físico, mental e social dos indivíduos em busca de um bem estar global. O desenvolvimento de habilidades pessoais, de forma que os indivíduos possam ter controle sobre sua própria saúde e fazer opções que o levem a uma saúde melhor. Outro aspecto observado é a capacitação das pessoas “(...) o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários” (BRASIL, 2002, p. 24).

A Declaração de Adelaide (1988) apontou quatro áreas para que ações fossem promovidas imediatamente em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

Na Declaração de Sundsvall (1991), identificou-se como estratégia a promoção de ações comunitárias em grupos, principalmente organizados por mulheres e a capacitação dos indivíduos para que se tenham maior controle sobre sua saúde. Em 1992, com a Declaração de Santafé de Bogotá foi discutido a PS na América Latina e que seus valores fossem cultivados e praticados.

A Quarta Conferência Internacional sobre PS realizada em Jacarta em 1997, incluiu o setor privado no apoio a Promoção da Saúde e estabelece prioridades para o século XXI, como a ampliação da capacidade comunitária e direito de voz (BRASIL, 2002).

Por fim, na Declaração do México (2000), uma das ações principais foi colocar a PS como prioridade política fundamental.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), formalizada em 2006, teve como objetivo “reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura...”. Entre as suas diretrizes podemos citar a busca da equidade, o desenvolvimento integral das ações, fortalecimento da participação social (equidade e empoderamento), estabelecimento de redes de cooperação e incentivo à pesquisa em promoção a saúde (BRASIL, 2010, p.16).

As estratégias da PS incluem políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, visando à construção de autonomia entre os usuários e estímulo ao pensamento crítico reflexivo sobre sua situação de saúde (BRASIL, 2010).

A autonomia é um processo, não é construída imediatamente e nem implementada e concretizada por alguém, é decorrente de diversas decisões que vão sendo tomadas ao longo das situações na qual os indivíduos são expostos. A autonomia é baseada em experiências, frutos de decisões e responsabilidades (FREIRE, 1997).

Documentos do Ministério da Saúde legitimam as práticas de atividades em grupos, como no documento que organiza os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), criado em 2008, afirmando que:

diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos,

atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2014, p 67-70).

O cuidado não deve ficar somente dentro dos consultórios, deve ir muito além, se estender através de mecanismos de comunicação e transmissão de saberes que podem fazer com que o usuário, família e comunidade decidam o que seria mais relevante para sua situação de saúde. Observamos, atualmente, que o cuidado ainda é muito baseado no biologicismo, no materialismo e mecanicismo. Deixa-se de lado os determinantes sociais, psicológicos e culturais em que os indivíduos estão inseridos. Isso impacta nas atividades de educação em saúde, pode levar os profissionais de saúde a realizarem práticas que buscam modificar os hábitos de vida sem envolver os indivíduos.

Para Ayres (2004, p.74), o conceito de cuidado em saúde se atribui a um “(...) conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para um bom êxito de um certo tratamento.” O autor ainda afirma que o cuidado deve ser compreendido como uma construção filosófica, onde a interação de sujeitos visa aliviar a dor e se obter ações terapêuticas.

As ações desenvolvidas no processo de cuidar estão voltadas para prevenção e promoção da saúde, recuperação e reabilitação de agravos e pela sensibilização da população para que sejam capazes de atuar no seu autocuidado. Norman (2013) refere que a PS está também relacionada ao alívio do sofrimento, seja pelo cuidado individual ou coletivo, possibilitando que os indivíduos possam fazer escolhas relevantes e melhorem o controle da sua saúde.

Desta forma, podemos citar e observar que o autocuidado vem sendo estudado e citado pela Enfermagem desde 1959, através da Teoria do Déficit do Autocuidado, proposta por Dorothea E. Orem. Esta teoria teve como seu conceito central o autocuidado, estando relacionado à preservação da vida e o bem estar das pessoas, assim como seu processo de aprendizagem/amadurecimento. Trata-se de um indivíduo que aceita e se responsabiliza na atuação do seu processo terapêutico de autocuidado e entendimento sobre sua própria saúde (QUEIROS, et al, 2014).

Importante enfatizar que as atividades educativas em grupos são formas de PS que, para tal, não devem se organizar como formas de adestramento em relação aos estilos de vida e de adesão. Contudo, as formas de transmitir conhecimentos também podem ser consideradas devido ao fato de poderem contribuir para reflexão individual de si mesmo e sua vulnerabilidade e, assim, atuar na prevenção de agravos à saúde. Para Janini, Bessler e Vargas

(2015, p. 481), a educação é “(...) utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário.”

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2012), traz como definição de educação em saúde:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde (...). Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Com base nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, a redução de riscos e vulnerabilidade, está relacionada ao fortalecimento da “(...) participação social como aspecto fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário” (BRASIL, 2010, p. 19).

O empoderamento dos usuários está relacionado à forma de autonomia e responsabilização, interagindo no seu processo de autocuidado e produzindo resultados em saúde. O Ministério da Saúde (2012, p.21), define como empoderamento:

Processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais. (...) tem relação com o poder para tomar decisões e implica em motivação, consciência e compromisso social. Envolve aspectos sociais, culturais, psicológicos ou políticos por meio dos quais os indivíduos e grupos sociais se tornam capazes de expressar suas necessidades, demandas e preocupações, bem como vislumbrar estratégias de envolvimento no processo decisório (...)

O empoderamento pode ser visto em duas concepções: a psicológica, focada nas ações do indivíduo e a comunitária, voltada para as ações comunitárias. Ambos levam a mudanças nos padrões sociais e políticos (HEIDEMANN, 2006).

Uma comparação realizada entre empoderamento versus obediência pode ser observada nos estudos de Lopes (2015), apontando que somente a transmissão da informação pode não ser suficiente para o usuário compreender onde o mesmo está inserido, sendo assim o empoderamento vem para complementar esta prática e envolver os usuários no seu próprio cuidado, sem a ideia de obediência e aceitação, mas uma perspectiva de construção de diálogo.

O empoderamento pode ser observado através das relações sociais e a problematização da realidade de forma que esses conhecimentos possam transformar o meio e desenvolver

habilidades sociais. O processo de empoderar ativa e desenvolve a potencialidade criativa dos sujeitos (FREIRE, 1986).

Rolim et al (2013) acrescentam que dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se a participação popular e controle social no processo decisório das políticas públicas. A participação em saúde pode ser institucionalizada através dos Conselhos e Conferências de Saúde e não institucionalizada, sendo em qualquer atividade de saúde como ações coletivas, grupos educativos e consultas individuais.

O estímulo a ser realizado para que os usuários desenvolvam o processo de autonomia e mudança no comportamento são estratégias de construção de uma consciência crítica, a enfermagem na maioria das vezes é vista como promotora deste processo. Figueira et al (2018, p.2) reflete que “(...) o empoderamento do conhecimento pelo usuário faz com que este deixe de ser um “receptor passivo” dos conhecimentos construídos e passe a participar ativamente das decisões da comunidade.”

Durante a construção da consciência crítica é possível compreender a posição do homem sobre a realidade e qual seria a sua ação sobre esta determinada realidade de forma libertadora. Chegamos a uma conscientização crítica através de esforço intelectual, mas também pela ação e reflexão, sendo esta importante para a tomada de decisões (FREIRE, 1980).

O trabalho em grupo pode ser entendido como apoio entre os envolvidos, troca de experiências, desenvolvimento de autonomia e pensamento crítico sobre sua situação de saúde (VINCHA, 2017).

Ao realizar um grupo educativo existe uma relação de troca entre os usuários/indivíduos e os profissionais de saúde. Na via do usuário existe o empoderamento, a construção do processo de autonomia e a gestão do seu próprio cuidado. Do lado do profissional há uma dimensão do cuidado que é engrandecedora desta prática, podendo fornecer subsídios para cuidar destes indivíduos através das experiências de adoecimento que surgem nos grupos. A superação de obstáculos e dificuldades de maneira a enfrentar e se reinventar para viver com a doença.

5.2 EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da década de 70, a educação popular se tornou importante no setor brasileiro da saúde. Os profissionais de saúde durante a ditadura militar começaram a perceber que as classes populares tinham pessoas e grupos que estavam dispostos a buscar meios de

solucionar seus problemas através da participação de todos. Foram formadas novas lideranças, fortalecimento da sociedade e novas formas de protagonismo social, rompendo com o modo pedagógico tradicional. Então, a partir da década de 90, novas teorias sobre a educação popular passaram a ser construídas e implementadas. Hoje, no setor da saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, a educação popular se torna importante nos movimentos sociais e no cotidiano das famílias em busca de melhoria nos condicionantes de saúde (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Paiva et al (2016, p. 4873) acrescentam sobre a Educação Popular em Saúde (EPS) na Estratégia de Saúde da Família:

Em 1994, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, proposta pelo MS, teve como objetivo nortear as ações para a promoção da saúde através das práticas educativas, que, quando integradas ao contexto da prática social, são denominadas educação popular em saúde.

O processo educativo é uma das premissas para a transformação social e construção de conhecimento, desenvolvendo a capacidade de formação crítica do indivíduo e da comunidade. Pioneiro da pedagogia crítica, Paulo Freire, educador, pedagogo e filósofo foi importante para a difusão da pedagogia da problematização, sendo um dos principais conceitos citados por ele. “(...) a problematização parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas. Por intermédio da problematização, o educador chama os educandos a refletir sobre a realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura (...)” (MIRANDA; BARROSO, 2004, p.634).

A educação “bancária” criticada por Paulo Freire diz respeito a uma educação vertical entre educadores e educandos, onde quem detém o conhecimento é o educador e quem somente recebe passivamente este conhecimento é o educando. É necessário que se tenham educadores e educandos que sejam criadores, instigadores e inquietos. O educador não deve somente passar os conteúdos, mas deve promover meios de ensinar a pensar certo. Ensinar exige respeito aos saberes dos educandos, criticidade, ética, aceitação do novo, reflexão crítica e reconhecimento. Ensinar não é transferir conhecimento, exige humildade e acreditar na mudança (FREIRE, 1996).

A educação libertadora ou problematizadora também citada por Paulo Freire está relacionada a um processo de ensino onde não existe separação entre educador e educando, existe diálogo e comunicação. Diferentemente da educação bancária, a educação problematizadora, não transfere conhecimentos, mas coloca o sujeito em uma posição libertadora e dialógica para que possa se tornar reflexivo criticamente sobre a realidade. Esse

processo de compreensão e transformação das relações do indivíduo é um processo dinâmico e de revolução (FREIRE, 1998).

No processo de ensino e a aprendizagem em grupos educativos nos parece ser indispensável que sejam realizados de forma bilateral, onde todos ensinam e todos aprendem, assim como um processo pedagógico. Retomando os conceitos de Paulo Freire e suas concepções na pedagogia, se busca com estas ações a promoção da autonomia nos sujeitos, o diálogo e respeito aos educandos. Os fatos podem partir da realidade dos sujeitos e, desta forma, as experiências trazidas são valorizadas e o vínculo é fortalecido.

Nas relações humanas os sujeitos sofrem influência uns dos outros, se afetam e são afetados. Conforme citado por Bleger (1998, p. 56, *apud* SILVEIRA; RIBEIRO 2005, p.97) nos grupos educativos, o ensino e a aprendizagem são “(...) passos dialéticos e inseparáveis, solidariamente relacionados se fundem, gerando um processo único em permanente movimento (...)”. Todas as experiências são convertidas em ensino e aprendizagem, potencializando os sujeitos.

Nas práticas educativas é importante que os profissionais de saúde valorizem as experiências, as dificuldades e as situações vividas pelos usuários para que seja oportunizado um processo de cuidar de si. Observação, escuta, diálogo, busca de consenso, admitir um pensar diferente e problematizar são algumas ações que se aprende e ensina nos grupos. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

O processo de diálogo, para Freire, se constitui em um processo de conhecimento, transformação e humanização e que o monólogo existente na educação não leva os educadores e educandos a se tornarem críticos e encontrarem a realidade. Assim como a liberdade e a conscientização, outros conceitos de seu legado fazem parte do processo de educação para criação de como fazer e como aprender, tomando posse da realidade e desenvolvimento de pensamento crítico (MIRANDA; BARROSO, 2004).

No sentido de reafirmar o compromisso do Sistema Único de Saúde com a universalidade, equidade, integralidade e participação popular e propor o diálogo entre os diferentes saberes, valorizando o conhecimento da população, o Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.761 de 19 de Novembro de 2013 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS). Os princípios que orientam esta política versam sobre o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

O texto da PNEPS – SUS também traz quatro eixos estratégicos, que são: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde e; intersetorialidade e diálogos multiculturais. Ainda tem por objetivos específicos a promoção do diálogo e troca de saberes populares; fortalecimento da gestão participativa; reconhecimento e valorização das culturas populares; fortalecimento de movimentos sociais populares; incentivo ao protagonismo popular no enfrentamento dos condicionantes da sua saúde e; educação permanente dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

Conhecer a realidade da população, trazer os indivíduos para pensar junto em saúde, promover o diálogo, a troca de saberes, construir vínculos, estabelecer uma relação humana, ser capaz de escutar o outro são processos difíceis de serem estabelecidos e que fazem parte não somente da EPS, mas também de uma abertura para a luta social. A superação de dificuldades pela falta de apoio e resistência da gestão e a impregnação do modelo biologicista e fragmentado na formação dos profissionais de saúde, faz com que profissionais não estejam abertos a realizar educação em saúde, acreditando que apenas o conhecimento das técnicas é suficiente e com isso a culpabilização dos sujeitos pelas suas condições de saúde (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

5.3 A PRÁTICA DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde o início do século XX os pacientes passaram a ser agrupados de acordo com sua patologia para, então, serem discutidas questões relacionadas à recuperação e melhoria da qualidade de vida. A partir deste momento diversos pesquisadores guiaram seus estudos focados em grupos, como Joseph H. Pratt (1905), que criou a psicoterapia em grupo, com pacientes em tratamento de tuberculose. Nos anos 30, Kurt Lewin falou sobre os movimentos grupais e seus conceitos. Psicodrama, sociometria e roleplaying foram desenvolvidos por Moreno também nesta década e os grupos operativos foram criados por Pichon-Rivière na década de 1940 (MATIAS, 2017).

O objetivo dos grupos operativos, sistematizado e elaborado por Pichon-Rivière, é de esclarecimento, aprendizagem e um processo terapêutico.

Os grupos podem ser verticais, horizontais, homogêneos ou heterogêneos, primários ou secundários; mas em todos deve-se observar uma diferenciação progressiva, ou seja, uma heterogeneidade adquirida à medida que aumenta a *homogeneidade na tarefa*. Tal tarefa depende do campo operativo do grupo; num *grupo terapêutico*, a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade grupal, que adquire características particulares em cada membro; e a cura da doença do grupo. Quando

se trata de um grupo de aprendizagem de psiquiatria ou psicologia clínica, a tarefa consiste na resolução das ansiedades ligadas a aprendizagem dessas disciplinas, facilitando-se assim a assimilação de uma informação realmente operativa. (...) Dessa maneira, a aprendizagem, a comunicação, o esclarecimento e a resolução da tarefa coincidem com a cura do grupo. (PICHÓN-RIVIÈRE, 1988, p. 99)

Gusso e Lopes (2012) esclarecem a respeito da classificação e características dos grupos. Eles podem ser abertos ou fechados, sendo o aberto de tempo ilimitado e os fechados com duração prevista. Podem ser homogêneos, com os mesmos objetivos (diabéticos, obesos, asmáticos, crianças, gestantes...) ou heterogêneos, onde os motivos pelos quais as pessoas foram para os grupos têm diferenças, podendo ser de ajuda mútua, psicoeducativos e operativos.

A simples transferência de informações não caracteriza um ato educativo e nem a formação de usuários reflexivos sobre sua saúde, deve-se levar em consideração o saber popular, livre de imposições (FELIPE, 2011).

O saber popular não valorizado e desqualificado pelos profissionais de saúde dificulta estreitar as relações com os indivíduos e comunidade. Promover a troca dos saberes populares e técnico-científicos no SUS se faz presente na PNEPS (BRASIL,2013).

O facilitador de uma atividade em grupo pode ser qualquer membro da equipe de saúde da família que tenha um olhar dialogal, que tenha sensibilidade e escuta. Os enfermeiros começaram a realizar em maior quantitativo, atividades educativas devido ao olhar mais curativista e biologicista dos médicos. Porém, na prática da enfermagem abarcada por diversos protocolos, há também um olhar prescritivo que cercam os profissionais o tempo todo. Há uma disputa de tempo, de espaço, de funções que não levam a mudança da prática profissional.

A enfermagem tem como foco o processo de cuidar e avalia o ser humano como um todo seja biologicamente, socialmente ou psicologicamente e este processo de cuidar envolve a prevenção de agravos, a promoção da saúde, a recuperação e reabilitação. O cuidado é muito mais do que conceitos, é zelo e preocupação com o outro (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Para Ayres (2017, p. 2), a enfermagem tem larga experiência “(...) no lidar com a questão do cuidado e, nesse processo, certamente vem daí impulsos reconstrutivos significativos para o cuidar em saúde. (...) da qual herda o manejo do cuidar em sua operação concreta (...)”.

O enfermeiro durante o planejamento, construção e execução de grupos desempenha um papel de cuidador e educador, abrindo espaço para troca de experiências e reflexões, tornando este trabalho habitual da profissão. Diferentes métodos podem ser usados nas ações

educativas em grupo, como a tecnologia, seja na aferição da pressão arterial ou em vídeos e imagens. O grupo vai sendo adaptado conforme as questões levantadas em cada momento de uma roda de conversa (ABRAHÃO; FREITAS, 2009). Esta roda de conversa é caracterizada como uma troca de ideias e estímulos à reflexão para promover a saúde, favorecer o aprendizado mútuo e tornar os sujeitos protagonistas do seu cuidado (MELO et al, 2016).

Mesmo com estudos sobre o tema e discussões, observa-se na prática profissional que os profissionais que realizam os grupos educativos estabelecem relações de autoridade, impondo qual comportamento seria o mais adequado para aquela população, não os deixando compartilhar e dar opiniões. Este tipo de prática afasta o usuário e desvincula todo processo de promoção da saúde (MACENO; HEIDMANN, 2016).

Quando um profissional se depara com a possibilidade de realizar uma atividade em grupo há a preocupação se este grupo não está sendo normativo, culpabilizante e prescritivo, se o diálogo está sendo efetivo e se os usuários estão realmente sendo críticos em relação ao seu processo de cuidar, contribuindo para o seu empoderamento e autocuidado. Esse olhar por parte do profissional que realiza a atividade em grupo impacta no cuidado que ele presta e transforma a realidade nas duas vias: profissional e usuário.

O Relatório Mundial da Saúde (2008, p.38) aponta que a inserção de grupos direcionados para problemas de saúde “(...) constitui um complemento necessário para a abordagem, mais tecnocrática, de cima para baixo, de avaliar as iniquidades sociais e de determinar as prioridades para a ação”.

Figueira et al (2018, p.4) salientam que os grupos educativos são realizados para atender necessidades da população, através da sugestão dos próprios participantes, é uma forma importante de estimular o “(...) exercício da advocacia em saúde que estimula a autonomia e o empoderamento do usuário, fato que os torna mais ativos e participantes.”

Os grupos podem ser realizados por qualquer membro da equipe de saúde da família, desde que este esteja capacitado para sua execução. Os indivíduos que participam das atividades educativas são mobilizados e motivados a participar de tal atividade. Geralmente as pessoas são elencadas de acordo com sintomas ou situações em comum para o compartilhamento de experiências. Esta homogeneidade baseada em agravos específicos como a hipertensão ou diabetes pode não ser a melhor estratégia. Essa forma de agrupar os participantes pode fazer com que a patologia seja o foco do grupo e, nesse caminho, prevalecer uma abordagem medicalizante, prescritiva, centrada na adesão aos tratamentos ou estilos de vida e com um caráter de vigilância e de controle. Por outro lado, os grupos

educativos, quando realizados com pessoas e perspectivas com diferentes perfis, podem possibilitar um maior diálogo, reflexão e trocas de experiências entre os indivíduos.

A ação educativa em grupo tem a finalidade de socializar e informar, podem ser focalizadas em grupos específicos, temáticos, como os relacionados a determinados agravos crônicos, como hipertensos e diabéticos, objetivando a mudanças no estilo de vida, alimentação saudável, pratica de atividades físicas, avaliação do pé diabético, informações sobre a patologia e suas complicações. Esses grupos são classificados como homogêneos pelo fato dos indivíduos compartilharem do mesmo sofrimento, se identificando entre si (ROCHA, 2014).

Os grupos voltados para o planejamento familiar envolvem homens, mulheres em idade fértil, casais, durante o pré-natal e puerpério, abordando métodos contraceptivos, o desejo ou não de ter filhos e o intervalo entre os partos. Grupos de puericultura e gestantes visam sanar a dúvida de diversas mães sobre questões rotineiras e assim promover a troca de informações e saberes entre os próprios usuários. Crescimento e desenvolvimento da criança, vacinas, aleitamento materno, alimentação complementar, parto e puerpério são algumas questões a serem abordadas pelo profissional durante a condução do grupo. Estes tipos de grupos são os grupos denominados psicoeducativos por terem um formato pedagógico, estando mais focados nas patologias do que estabelecer um processo terapêutico (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2012).

Os adolescentes são usuários que necessitam de apoio e vínculo com a equipe, dispor de grupos que envolvam o interesse destes adolescentes e proporcionar um canal de comunicação ativa e direta faz com que o processo de trabalho se torne mais fácil e que questões relacionadas à adolescência sejam abordadas. O Programa Saúde nas Escolas (PSE) também é reconhecido como uma estratégia de ação educativa em grupo, muito realizado pelas equipes de saúde da família. Os adolescentes tendem a tolerar mais o formato em grupo do que os atendimentos individuais, devido ao fato de se conseguir abordar diversas questões, tanto físicas quanto sociais e que são comuns a todos os participantes (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2012).

O controle do tabagismo é realizado a partir de grupos que estimulam os usuários a deixar de fumar e ter melhoria na sua qualidade de vida. Nestes tipos de grupos são envolvidos mais conceitos biomédicos e transmissão de conhecimentos. Os grupos de tabagismo seguem protocolos do Ministério da Saúde, os profissionais que realizam estas atividades são capacitados para conduzirem os grupos de acordo com o preconizado (MACENO; HEIDEMANN, 2016).

Mediante a ação em todos esses grupos voltados para parcelas da população usuária das unidades de saúde podemos trabalhar questões além do biológico, de acordo com o processo de empoderamento e participação dos usuários.

Segundo Menezes et al (2012, p. 151), os grupos de adesão a tratamentos com enfoque educativo são:

(...) um espaço de construção coletiva do saber, condizentes com a realidade de vida dos atores envolvidos; promove troca de conhecimentos e identificação de problemas e dos recursos disponíveis para enfrentá-los e por meio da escuta gera aquisição de habilidades e corresponsabilização pelo processo de saúde.

A prática educativa pode ser desenvolvida dentro da unidade de saúde ou até mesmo no território, garantindo maior proximidade com o usuário e entendimento de saúde daquela população respeitando cuidado ao indivíduo e coletividade.

A atual situação de saúde decorrente do desfinanciamento e redução de equipes da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro tem resultado em desafios constantes para os profissionais de saúde atuantes nestas equipes e para a gestão das unidades de saúde. Esta situação pode comprometer o processo de trabalho e a resolutividade dos serviços oferecidos na APS. Este novo quadro pode agravar uma situação que já apresentava gargalos como “condição inadequada da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados” (FAUSTO et al, 2018, p. 12).

Neste sentido cabe a reflexão sobre o quanto a deterioração da realidade da APS do município do Rio de Janeiro poderá impactar na qualidade das práticas profissionais a serem realizadas no ambiente da ESF. Como será organizado o processo de trabalho nas equipes, principalmente, o quanto irão balancear as ações de educação em saúde em relação as atividades curativas relativas às consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares e imunização. Surgem questões que poderão envolver o desenvolvimento desta pesquisa no contexto atual da ESF, como: Os grupos vão continuar sendo realizados na mesma perspectiva atual? Vai haver uma diminuição na quantidade de grupos realizados devido à necessidade de o profissional estar atendendo mais em turnos de consultório? A realização de atividades de educação em saúde será priorizada? Qual o impacto da reorganização dos serviços na APS terá nos grupos educativos?

5.4 A PRÁTICA EDUCATIVA EM GRUPOS FOCALIZADA NOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO CRÔNICO

As doenças crônicas são um conjunto de condições crônicas que impactam na vida dos indivíduos devido ao não conhecimento do prognóstico, das possíveis mudanças no curso clínico da doença e a possibilidade de sofrer com incapacidades físicas, psicológicas e/ou sociais. Estes agravos são um grande problema de saúde pública, devido a sua magnitude com altas taxas de mortalidade e morbidade. As desigualdades sociais são um elemento que influi sobre a prevalência de condições crônicas, assim com no seu controle e redução dos danos por elas causados (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) as condições crônicas estão aumentando cada vez mais e os países não têm controle sobre seu impacto, são consideradas como desafios para os sistemas de saúde, levando a impactos negativos sobre a economia. Este termo, condições crônicas, é uma nova denominação entre doenças crônicas transmissíveis (DCT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais. Estima-se que até 2020 as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga de doenças nos países em desenvolvimento.

A hipertensão arterial é a DCNT mais frequente, assim como o diabetes que tem aumentado sua prevalência na população mundial, as internações por estas morbidades se constituem um grande gasto para o SUS (SCHMIDT et al, 2009).

Berardinelli et al (2014) discutem que as doenças crônicas não transmissíveis são situações que requerem um acompanhamento regular dos usuários em relação a sua adesão ao tratamento, assim como o vínculo com os profissionais e a promoção do auto cuidado.

Quando falamos em doenças crônicas, os indivíduos tendem a se equilibrar em viver e conviver com esta condição, pois os medicamentos utilizados não os curam. Este aspecto do tratamento pode trazer desequilíbrio e desconforto na compreensão que os pacientes fazem sobre sua condição de saúde e a necessidade de aderir aos tratamentos preconizados. Estes passam a compor o próprio escopo da doença na percepção dos pacientes. É difícil para uma pessoa sem sintomas entender a necessidade de usar um ou mais fármacos e ter que mudar seus hábitos como forma de melhoria da qualidade de vida. A adesão ao tratamento, portanto, é considerada atualmente um fator crucial nos processos terapêuticos e determinante para sua efetividade e qualidade (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005)

Neste sentido a PS, por meio de práticas educativas, possibilita o desenvolvimento destas competências e empodera os usuários a promover ações mais saudáveis para uma vida melhor. Estas ações podem ser desenvolvidas além das unidades de saúde envolvendo toda a família no processo de cuidado. Porém, a ideia de saúde não se estabelece somente por meio de normas instauradas.

Cada pessoa busca pelo seu ideal, pelo seu projeto de felicidade, e pelo que considera ser saudável para si e para sua família e comunidade. Para Ayres (2007, p. 57)

O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos. É o todo que dá sentido a uma parte, sem que o todo seja absoluto, nem a parte definitiva.

É de suma importância ressaltar que o processo de cuidado envolve diversas ações realizadas pelas equipes de saúde da família, desde o acolhimento ao planejamento e execução de ações para que seja alcançada uma assistência de qualidade. Os usuários em sofrimento crônico podem estar fragilizados, seja emocionalmente, socialmente ou até mesmo financeiramente, neste sentido o cuidado entra como ferramenta de auxílio ao enfrentamento das dificuldades que a doença traz e também como segurança e autoconfiança. (BALDUINO et al, 2009)

Matsumoto et al (2012) afirmam que os conteúdos abordados durante as práticas de educação em saúde precisam ser transmitidos aos usuários de forma simples, de modo a motivar as pessoas a se pensarem como sujeitos capazes de transformar sua situação de saúde envolvendo-se no tratamento, bem como, nas formas sociais, psicossociais e pessoais do processo saúde-doença.

O Relatório Mundial da Saúde (2008, p. 46), destaca que a comunicação dos usuários em sofrimento crônico com a equipe de saúde é inadequada, não suprindo informações sobre o seu tratamento e mudanças no estilo de vida, fazendo o usuário buscar por outros serviços e outros profissionais para as mesmas condições de saúde, levando a contradições “(...) um em cada dois doentes sente que os médicos raramente ou nunca lhes pedem opinião sobre o tratamento que lhes é estabelecido.”

A comunicação em saúde é uma prática fundamental para estabelecer as relações entre profissionais e usuários, porém por terem linguagens e saberes diferentes, há certa dificuldade nesta relação. No processo comunicativo deve haver clareza na transmissão de informações,

para que possa estabelecer o autocuidado e a responsabilidade do usuário com o seu processo de saúde, Em um estudo realizado por Coriolano-Marinus et al (2004) obteve-se como resultados que no cenário da ESF as atividades de educação em saúde são realizadas com foco em mudanças de comportamento, sem diálogo entre profissionais de saúde e usuários, pelo fato da formação profissional não abordar o processo de comunicação de forma efetiva.

Importante ressaltar que somente informar não garante precisamente mudanças em um estilo de vida do indivíduo. Há um processo de diálogo, de troca, de vínculo e confiança a ser estabelecido com a compreensão da doença, das suas complicações, de que forma está inserido nesse processo e o que se pode fazer para participar ativamente da decisão sobre sua própria saúde.

Os grupos e atividades coletivas para pessoas em sofrimento crônico são dispositivos potentes de educação em saúde, possibilitando discussões, troca de experiências, superação de dificuldades, promoção do autocuidado, no sentido de que o usuário se autorresponsabilize pelo seu cuidado.

A mudança no estilo de vida e de comportamento deve ser apoiada por uma equipe de saúde da família, mas requer motivação pessoal.

A prática mais comum nas unidades da ESF são atividades educacionais baseadas em palestras ou em grupos tradicionais operados com base numa atitude informacional e prescritora por parte dos profissionais de saúde. Isso não funciona. Há que se trabalhar, concomitantemente, as dimensões cognitivas e emocionais das pessoas para que o processo de mudança possa ocorrer. Um aspecto fundamental na mudança de comportamentos e de estilos de vida é criar capacidade das pessoas de traduzirem informações sobre questões práticas de como mudar (MENDES, 2012, p. 208 *apud* BUTTRISS, 1997).

Os profissionais de saúde encontram certas dificuldades em desenvolver as atividades educativas, pois estão condicionados a tentar mudar uma realidade e o comportamento dos indivíduos, sendo assim utilizam de meios como palestras, transmissão de poucos conhecimentos, prescrições terapêuticas e por muitas vezes culpando os usuários, família e comunidade pelos seus problemas. Esta dificuldade está inserida em um modelo curativista e hospitalocêntrico, assim como a visão biologicista na formação dos profissionais de saúde. Numa estratégia de repensar as ações educativas em grupos, é proposto que elas sejam voltadas para a autonomia dos sujeitos e para que os mesmos repensem seu papel e possam ser críticos em relação ao seu cuidado (ALVES; AERTS, 2011).

6 ABORDAGEM METODOLÓGICA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Foi escolhido como tipo de estudo a abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. A pesquisa foi dividida em etapas, que serão descritas com mais detalhes no decorrer da metodologia. A primeira etapa foi realizada com os gerentes e/ou responsáveis técnicos das unidades de saúde da Área Programática (AP) 1.0 no município do Rio de Janeiro, por meio de um questionário virtual. Na segunda etapa foi realizada a observação participante com anotações de campo e posteriormente uma entrevista com questões abertas e fechadas com os profissionais da saúde e usuários que participaram das atividades educativas em grupos.

A pesquisa qualitativa na área da saúde busca não somente avaliar o fenômeno em si, mas entender qual o seu significado na vida de indivíduos e coletividade, compreendendo, assim, como funcionam os processos, organizando o modo de vida das pessoas e os responsabilizando por seu cuidado (TURATO, 2005, p. 509-510).

Neste contexto, Yin (2016) aponta as características da pesquisa qualitativa que envolvem o estudo do significado da vida das pessoas, assim como as representações das opiniões e perspectivas, abrangência das condições em que as pessoas vivem, contribuição de conceitos que ajudam a compreender o comportamento social humano e, também, o uso de várias fontes de evidência.

A pesquisa exploratória, como orienta Rodrigues (2009) permite definir qual será o tema, o objetivo e as hipóteses, podendo ser realizada antes de se iniciar outras pesquisas. A pesquisa descritiva é utilizada quando se deseja descrever fenômenos ou relações entre variáveis, através de observação, registro, análise e interpretação dos fenômenos, utilizando-se um questionário.

6.2 LOCAL/CENÁRIO DO ESTUDO

Em um primeiro momento o cenário para este estudo foram as Unidades de Atenção Primária à Saúde da Coordenadoria de AP 1.0 do município do Rio de Janeiro, que possuíam ou não residência multiprofissional e, que realizassem ações educativas em grupos. Após

conhecer este primeiro cenário, o seguimento da pesquisa foi em uma Unidade de Saúde dentre estas da AP 1.0.

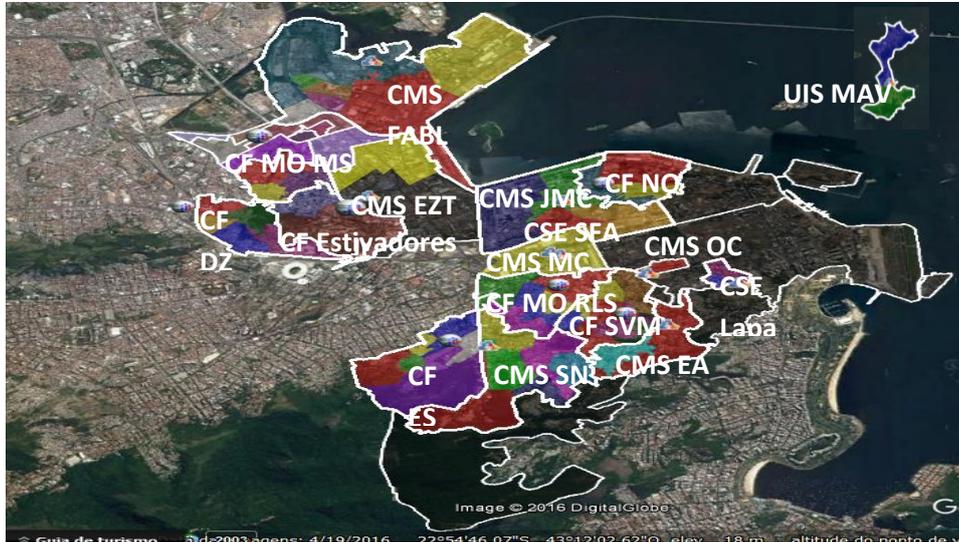
A unidade escolhida foi aquela com maior número e tipos de grupos realizados, participação multidisciplinar e abordagens variadas nas atividades de grupo e que tivesse a melhor avaliação em relação à adesão.

A Área Programática 1.0 é formada por 15 bairros e 06 regiões administrativas. Possui 4,7% da população carioca, um total de 297.976 habitantes. Possui 73 equipes de saúde da família completas, e uma cobertura de 79% da população (Censo Demográfico de 2010 IBGE).

Atualmente, no total são 16 unidades de Atenção Primária à Saúde com equipes de saúde da família ativas, sendo 09 Centros Municipais de Saúde (CMS) e 07 Clínicas da Família (CF): CMS Salles Netto, CMS Ernesto Zeferino Tibau, Jr, CMS Fernando Antonio Braga Lopes, CMS Manoel Arthur Villaboim, CMS Oswaldo Cruz, CMS José Messias do Carmo, CMS Ernani Agrícola, CSE Lapa, CF Dona Zica, CSE São Francisco de Assis, CF Estácio de Sá, CF Sérgio Vieira de Mello, CF Nélio de Oliveira, CF Estivadores, CF Medalhista Olímpico Maurício Silva e CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza (SUBPAV, 2020).

Em fevereiro de 2019, os usuários do CMS Marcolino Candau, onde também tinham equipes de saúde da família, foram transferidos para o CSE São Francisco de Assis e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família foram realocados em outras unidades de atenção primária à saúde. Por ser um Centro Municipal de Saúde e ter profissionais estatutários e não celetistas como é o caso dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, algumas atividades permanecem ativas no CMS Marcolino Candau, como a sala de vacinas, odontologia, ginecologia, pediatria, psicologia, infectologia e o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi). Mas as atividades de educação em saúde que eram realizadas pela equipe de saúde da família não são mais oferecidas. Sendo assim, esta unidade foi excluída da pesquisa.

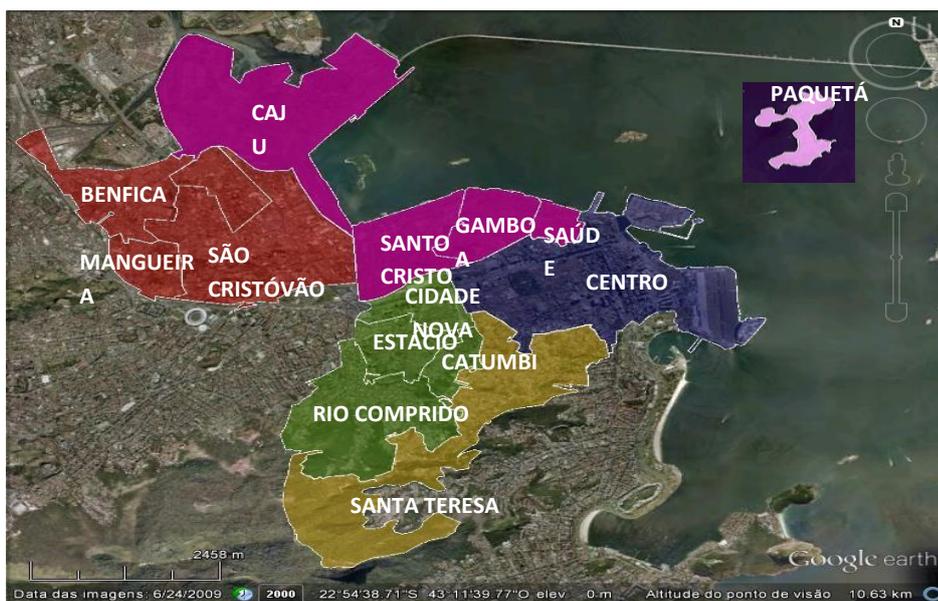
FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA A.P 1.0 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO



Fonte: Adaptado da SUBPAV, 2019

Os bairros do Rio do Janeiro que a AP 1.0 abrange são: Caju, Benfica, Mangueira, São Cristóvão, Santo Cristo, Gamboa, Saúde, Centro, Cidade Nova, Estácio, Catumbi, Rio Comprido, Santa Teresa e Paquetá.

FIGURA 2 – BAIRROS ABRANGIDOS PELA A.P. 1.0 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO



Fonte: Adaptado da Subpav, 2019

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos participantes da primeira etapa da pesquisa foram os gestores e/ou responsáveis técnicos das unidades de saúde da família, obtendo um panorama das atividades em grupo realizadas em suas respectivas unidades.

Os sujeitos da segunda etapa foram os profissionais de saúde e os usuários que participavam de grupos educativos na unidade de saúde definida a partir da avaliação dos dados coletados na primeira etapa do estudo.

Cumprе ressaltar que os critérios de seleção dos profissionais de saúde para estudo foram:

- Realizar atividades educativas em grupos na unidade;
- Mais de 06 meses de experiência na área de saúde da família, para que possa contribuir de forma efetiva para a pesquisa.

Os critérios de seleção dos usuários para este estudo foram:

- Ser cadastrado na unidade;
- Ter participado de atividades educativas em grupos na unidade.

Os critérios de exclusão dos sujeitos deste estudo foram: recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não comparecimento aos grupos educativos realizados e, fornecimento de dados imprecisos.

De forma a garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, na etapa de análise de dados foram escolhidos pseudônimos para que os mesmos fossem caracterizados. Desta forma o primeiro profissional da saúde entrevistado foi caracterizado como “profissional de saúde 01”, o segundo profissional entrevistado foi caracterizado como “profissional de saúde 02” e assim sucessivamente. Em relação aos usuários entrevistados, também foram escolhidos pseudônimos para garantir o anonimato, o primeiro a ser entrevistado foi caracterizado como “usuário A”, o segundo como “usuário B” e assim sucessivamente.

6.4 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa foi dividida em duas etapas:

Na primeira etapa, realizada no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020, foi realizado um questionário virtual, através da ferramenta Google Docs, com os gerentes ou responsáveis técnicos das unidades de saúde da Área Programática 1.0. Nas unidades onde não se obteve resposta por meio do questionário virtual, o pesquisador foi presencialmente às unidades, e convidou os gerentes e/ou responsáveis técnicos a participar da pesquisa. O questionário aplicado era composto por oito questões relacionadas ao quantitativo de grupos na unidade de saúde, quais atividades educativas em grupos eram realizadas, a frequência com que eram realizadas, a adesão dos usuários e quais profissionais as realizava.

Estas informações constituíram um panorama das práticas educativas em grupo nesta Área Programática. A utilização de um questionário virtual visa ser uma forma mais ágil e efetiva de coleta de dados (FALEIROS et al, 2016).

Durante o período de coleta de dados da primeira etapa da pesquisa na AP 1.0, ocorreu o fim do contrato da Organização Social (OS) que administrava estas unidades. A Secretaria Municipal de Saúde realizou um novo processo seletivo para a nova organização. No mês de outubro de 2019, todos os funcionários passaram por processo demissional e cumprimento de aviso prévio, a recontração se deu por outra OS em novembro de 2019. Nesta troca de contrato, diversos profissionais, em diferentes unidades, não foram recontraçados e outros optaram por não retornar, levando a carência de profissionais em algumas unidades de Atenção Primária à Saúde e equipes de saúde da família. Por este motivo alguns questionários não puderam ser respondidos virtualmente.

Neste cenário, a Coordenação da AP 1.0 e a atual OS, realizaram processo seletivo para contratação de novos funcionários para suprir o quadro de profissionais das unidades de Atenção Primária à Saúde. Porém o novo contrato previa a redução salarial de algumas categoriais profissionais, levando a desmotivação e desvalorização profissional, motivo este que levaram alguns funcionários a deixarem seus cargos e não renovarem seus contratos, gerando déficit de profissionais nas unidades e consequentes interrupções de serviço, como as atividades educativas em grupo.

Outro fator que teve interferência direta na coleta de dados da pesquisa, por ter acontecido antes e durante a coleta, foram os constantes atrasos salariais e as consequentes greves dos profissionais de saúde. Durante o período de greve, os funcionários faziam escala de trabalho de acordo com o discutido no sindicato de cada categoria profissional e os

atendimentos a população eram reduzidos, em consequência disto, neste período os grupos educativos não estavam sendo realizados em algumas unidades.

A partir da análise do panorama, realizado no período de janeiro de 2020, obtido por meio do questionário realizado com os gestores, foi definida a unidade onde seria realizada a outra etapa da pesquisa que incluiu a observação participante das atividades em grupo e as entrevistas com os profissionais de saúde que realizam grupos educativos e usuários que participavam dos grupos. A unidade identificada foi aquela cujo relato do gestor identificou as melhores condições e processos para a realização dos grupos, onde tinha um maior número e tipos de grupos realizados, participação de uma equipe multidisciplinar com abordagens variadas e percepção de melhor adesão às atividades.

A unidade que preencheu os critérios foi a Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello definida como campo para segunda etapa de pesquisa.

A Clínica da Família Sergio Vieira de Mello, foi inaugurada em outubro de 2011, está situada no bairro do Catumbi/RJ, é classificada como unidade do tipo A, onde todo território é coberto por unidades de saúde da família. Atende as comunidades da Coroa, Mineira, Paula Ramos e Catumbi. Possui sete 07 equipes de saúde da família completas, uma 01 equipe de NASF e quatro 04 equipes de saúde bucal, sendo apenas duas 02 completas. Possui Academia Carioca no seu território. Apresenta uma população cadastrada de 32.857 usuários e uma população de 24.150, sendo atendida pelas Equipes de Saúde da Família. É gerida por uma Organização Social e faz uso de prontuário eletrônico (CNES, 2020).

A equipe do NASF é composta por psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e educador físico, que atua na Academia Carioca. Esta equipe realiza o matriciamento dos casos de saúde dos usuários, juntamente com as equipes de saúde da família.

A Clínica da Família Sergio Vieira de Mello também conta em sua equipe com as Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, promovendo maior integração entre ensino e serviço.

Essa integração entre as residências, o NASF e as equipes de saúde da família proporciona que a unidade tenha mais atividades de promoção à saúde e ofereça mais práticas educativas voltadas para o usuário, fortalecendo o protagonismo dos indivíduos e comunidade.

O gerente desta unidade de saúde foi informado da sua escolha como campo de estudo para dar seguimento às demais etapas da pesquisa e consentiu com a continuação, por meio do Termo de Anuência Institucional. O pesquisador solicitou que o gerente da unidade realizasse

o convite aos profissionais de saúde, que realizavam os grupos educativos e aos usuários participantes do grupo, se apresentou aos mesmos e foi inserido nas atividades daquele grupo mediante aceitação.

Devido às intercorrências citadas anteriormente, o grupo acompanhado retomou suas atividades educativas em Março de 2020, e logo foram interrompidas por meio de Nota Técnica da Assessoria Especial de Atenção Primária à Saúde, que orientava sobre a prevenção e manejo da COVID-19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Esta nota técnica formalizou a suspensão de todas as atividades coletivas ou programadas ou que aglomeravam pessoas de alguma forma (atividades em sala de espera, grupos, ações na comunidade), de forma a diminuir a frequência à unidade de saúde e o contato entre muitas pessoas (BRASIL, 2020).

Desta forma, a observação participante ocorreu em Março de 2020 e foram acompanhados três encontros de dois grupos educativos e entrevistados usuários que participavam dos grupos e profissionais da saúde que realizavam as atividades educativas.

A observação participante é uma das ferramentas para coleta de dados da pesquisa qualitativa. Desta forma pode-se observar o ambiente da pesquisa, os participantes, as interações, a coordenação das atividades e as conversas, sendo possível realizar anotações de acordo com os propósitos da pesquisa (CRESWELL, 2014).

Realizou-se anotações de campo sobre o ambiente onde o grupo ocorre, os horários, os objetivos das atividades, as metodologias aplicadas, a forma com que os usuários se inserem, a dinâmica das relações no grupo, a mediação e coordenação das atividades, as percepções e atitudes dos usuários durante os grupos, a comunicação não verbal e como o facilitador chega ao grupo. Foi observado também como estava acontecendo a programação, o convite e comunicação da oferta de grupos para os usuários.

O objetivo das anotações de campo conforme aponta Yin (2016, p. 140) serve para

(...) tomar notas suficientes para atender às posteriores necessidades analíticas e composicionais, mas não notas em excesso ao ponto de grande parte de seu material ficar sem uso. Ademais, o excesso de notas pode paralisar o trabalho na fase analítica, porque você não saberá por onde começar sua classificação.

Em decorrência destas questões, mas seguindo o cronograma da pesquisa, a coleta de dados exigiu um maior tempo por parte do pesquisador, para que as atividades das unidades e, principalmente, os grupos educativos que eram o objeto central desta pesquisa, pudessem ser

retomados pelos profissionais. Porém, não foram retomados em sua totalidade até o presente momento.

Concomitante à observação participante, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, com os profissionais de saúde que realizavam os grupos educativos e com os usuários participantes dos grupos. Foram realizadas na própria unidade de saúde onde o grupo acontecia, em um espaço separado de forma a garantir sigilo e não causar constrangimentos. A todos os participantes da pesquisa foi fornecido e solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Yin (2016, p.121-124) cita pontos importantes para se ter êxito em uma entrevista:

Falar moderadamente (...) tentar falar menos do que a outra pessoa (...); Ser não diretivo (...) permitir que os participantes vocalizem suas próprias prioridades (...); Manter-se neutro (...) sua linguagem corporal e suas expressões, assim como suas palavras – deve ser as mais neutras possíveis; Mantendo uma boa relação (...) evitar conversas que possam prejudicar a outra pessoa (...); Usando um protocolo de entrevista (...) pode orientá-lo em suas entrevistas; Analisando durante a entrevista (...) quando sondar em busca de mais detalhes, quando mudar de assunto e quando modificar seu protocolo original (...)

As entrevistas foram gravadas em sistema digital e posteriormente transcritas. Estas transcrições foram arquivadas por meio digital e um ano após a conclusão da pesquisa serão descartadas. Caso a gravação da entrevista causasse constrangimento aos entrevistados, houve a opção de registro, por escrito, pelo pesquisador, das respostas coletadas.

Os roteiros de entrevista eram compostos por duas partes para os profissionais de saúde e para os usuários: a primeira parte caracteriza os sujeitos (perfil). No roteiro dos usuários tinham questões relacionadas à idade, sexo, ocupação, raça, quantas pessoas moravam na sua casa, se possuía alguma doença crônica e há quanto tempo participava do grupo. No roteiro dos profissionais de saúde foi perguntado: idade, sexo, raça, qual ano de formação, a titulação, o tempo de atuação na ESF, há quanto tempo desenvolvia o grupo e quantos grupos já havia realizado.

A segunda parte do roteiro de entrevista dos usuários foi composta por seis perguntas relacionadas à sua participação no grupo educativo: quanto tempo, como ficou sabendo do grupo educativo, o que mais gostava no grupo, o que poderia melhorar, se alguma coisa mudou na vida do usuário depois que começou a participar do grupo, se já convidou alguma pessoa para participar do grupo e o que é ter saúde.

Na segunda parte do roteiro de entrevista dos profissionais de saúde tinham seis questões relacionadas à importância da realização de um grupo, como era a preparação das

atividades para o grupo e como eram desenvolvidas, como os usuários se inseriam nos grupos, a forma aquele grupo impactava no cuidado prestado pelo profissional e como o grupo influenciava no processo terapêutico.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) os métodos de auto-relato pouco estruturados fazem com que o pesquisador tenha maior flexibilidade durante as entrevistas. São utilizadas algumas questões previamente formuladas, o pesquisador introduz com alguma questão o entrevistado responde naturalmente, dando a idéia de uma conversa.

A caracterização dos dados foi apresentada na forma de gráficos para melhor compreensão. Para a análise de dados foi realizada a revisão e compreensão das anotações de campo. O estudo das falas dos entrevistados foi realizado através da transcrição do material das gravações das entrevistas, a leitura flutuante deste texto, a organização por temas e, em seguida, foi realizado o processo de categorização de acordo com os sentidos de cada categoria. De acordo com Minayo (2004), categorização se refere a ideias e objetos que são reconhecidos, diferenciados e classificados, ou seja, organizar os objetos em categorias. São elementos comuns que se relacionam entre si.

Sobre o processo de análise de dados Creswell (2010, p. 217) complementa que é “um processo permanente envolvendo reflexão contínua sobre os dados, formulando questões analíticas e escrevendo anotações durante todo o estudo.”

Os dados foram organizados e preparados, lidos e interpretados, analisados detalhadamente e realizado o processo de codificação. Este processo corresponde à transformação dos dados em categorias onde serão discutidos posteriormente (CAMPOS, 2004).

6.5 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

A todo participante da pesquisa foi concedido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recomendado para pesquisa com seres humanos pela Resolução de nº 466/2012 pelo Conselho Nacional de Saúde, em duas vias ficando uma com o entrevistado para que tenha o contato do pesquisador e para que possa sanar dúvidas e solicitações da sua participação e a outra via com o pesquisador.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRJ – Escola de Enfermagem Ana Nery / EEAN – Hospital Escola São Francisco de Assis em 02 de Setembro de 2019, sob protocolo de número 3.547.664 e CAAE de número 17456719.7.0000.5238 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde – SMS / RJ em 23 de Setembro de

2019, sob protocolo de número 3.593.164 e CAAE de número 17456719.7.3001.5279, visando assegurar direitos e deveres aos participantes.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, quando relacionando a exposição de informações pessoais. O responsável pela realização do estudo se compromete a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, com total sigilo das informações. Os benefícios superam os riscos.

Os resultados desta pesquisa contribuirão para ampliar os conhecimentos científicos na área da saúde e para melhoria da assistência a saúde prestada.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a primeira etapa da pesquisa foi possível obter um panorama das atividades em grupo realizadas nas unidades da Atenção Primária à Saúde da AP 1.0.

A unidade selecionada para dar seguimento às demais etapas da pesquisa, Clínica da Família Sergio Vieira de Melo, foi aquela cujo relato do gestor identificou as melhores condições e processos para a realização dos grupos.

Foram acompanhados, por meio de observação participante, três encontros de dois grupos: “Alimentação Saudável” e “Relaxamente” que aconteciam no mesmo dia e em horários subsequentes, o que fazia com que os usuários participassem dos dois momentos, sendo um grupo complementar ao outro. Estas atividades tinham o intuito de promover o bem-estar, fornecer orientações nutricionais e estimular prática de atividades físicas de forma a alcançar melhorias na qualidade de vida.

Após o acompanhamento das atividades educativas em grupo, foram entrevistados os usuários e profissionais que realizam o grupo. Durante a coleta de dados, principalmente com os usuários, pode-se obter mais informações por meio da observação participante do que com as entrevistas. Sendo assim, podemos afirmar que os usuários se sentem mais à vontade e dialogam mais estando em conjunto, como no próprio grupo educativo, do que sendo questionados individualmente.

Um dos valores e princípios da PNPS é o reconhecimento da subjetividade das pessoas e do coletivo no processo do cuidado em saúde (BRASIL, 2018). Essas expressões foram observadas durante o grupo educativo e na fala dos usuários, desta forma os profissionais buscavam, a todo o momento, a autonomia dos sujeitos e a promoção de um ambiente favorável para o desenvolvimento das atividades. A seguir serão apresentados os resultados e as discussões das demais etapas da pesquisa.

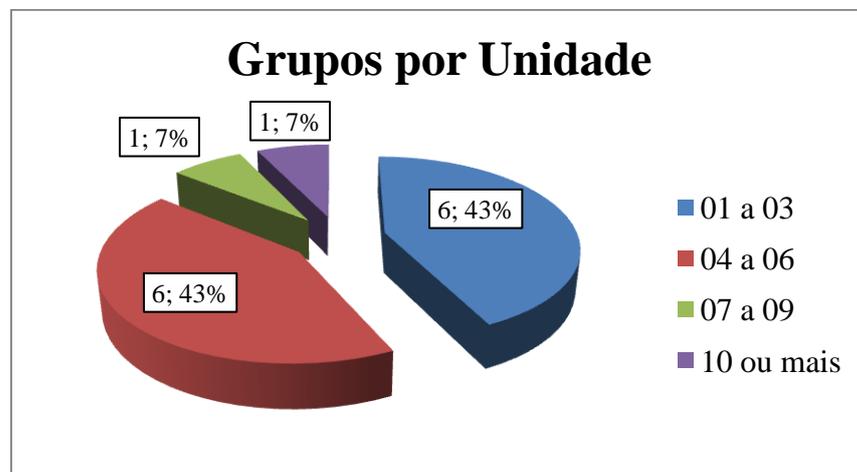
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS EDUCATIVOS NAS UBS DA AP 1.0 NA VISÃO DO GESTOR E/OU RESPONSÁVEL TÉCNICO

No total foram 15 unidades de atenção primária à saúde analisadas, CF Nélio de Oliveira, CF Sérgio Vieira de Mello, CSE Lapa, CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr., CF Medalhista Olímpico Maurício Silva, CMS Salles Netto, CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza, CF Dona Zica, CSE São Francisco de Assis, CMS Manoel Arthur Villaboim, CMS Ernani Agrícola, CMS José Messias do Carmo, CMS Fernando Antônio Braga Lopes,

CF Estivadores e CMS Oswaldo Cruz. A CF Estácio de Sá, foi excluída da pesquisa, por não aceitar o convite para participar.

A primeira pergunta do questionário foi sobre o quantitativo de grupos educativos existentes em cada unidade, esse panorama será apresentado em gráficos e descrito abaixo. Foi possível que o entrevistado elencasse mais de uma alternativa do questionário.

GRÁFICO 1 – QUANTITATIVO DE GRUPOS EDUCATIVOS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

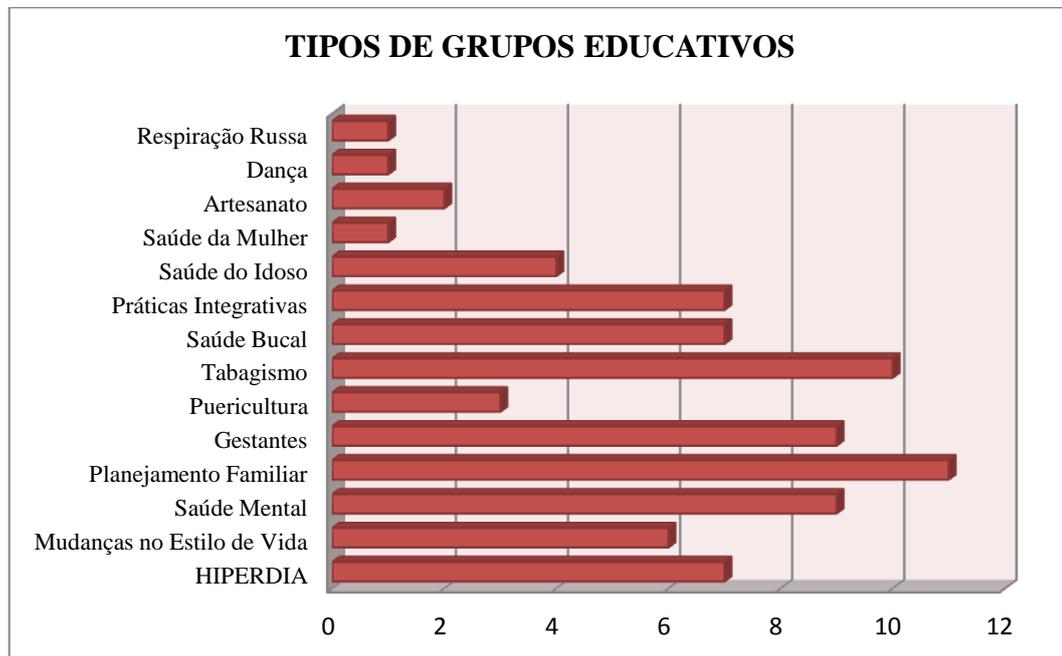


Fonte: análise de dados, 2020.

Apenas três (03) unidades: CMS Salles Netto, CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza e CF Sérgio Vieira de Mello realizavam sete ou mais grupos educativos. Seis (06) unidades realizavam de um (01) a três (03) grupos e seis (06) unidades realizavam de 04 a 06 grupos educativos.

O tipo de grupo educativo mais predominante nas unidades foi o de Planejamento Familiar. A ocorrência deste grupo foi relatada por onze (11) gestores, o segundo de maior frequência foi o grupo de Tabagismo realizado em dez (10) unidades. Além destes, também foram citados outros grupos direcionados a temas mais específicos como o de Hipertensão, Gestantes, Puericultura e Saúde Bucal. Cabe destacar atividades coletivas que abrangem questões mais inespecíficas como os grupos de Mudanças no Estilo de Vida, Práticas Integrativas e Complementares e de Idosos. Apesar de menos frequentes também foram mencionadas atividades não medicalizantes voltadas à promoção da qualidade de vida como Respiração Russa, Dança e Artesanato. O gráfico 2 mostra esta distribuição.

GRÁFICO 2 - TIPOS DE GRUPOS EDUCATIVOS



Fonte: análise de dados, 2020.

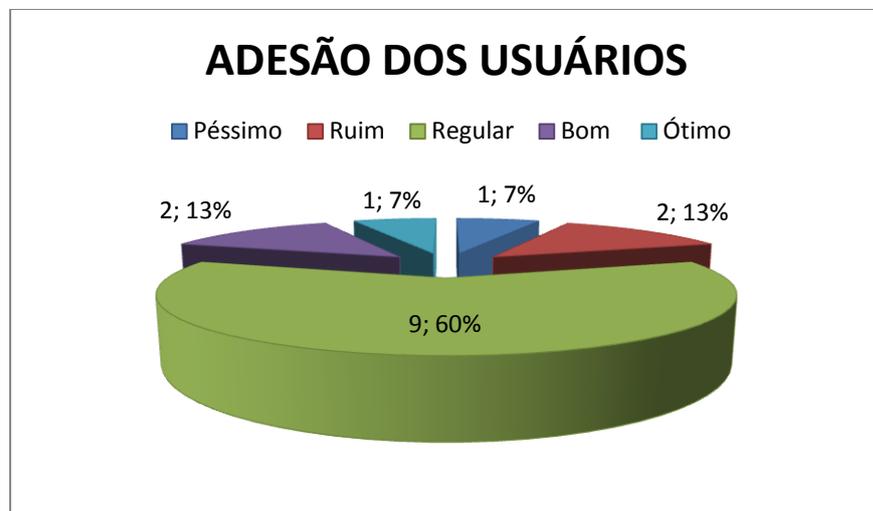
As realizações de Grupos de Planejamento Familiar foram os mais observados nas UBS. O objetivo destes grupos são conscientizar mulheres e homens para planejar suas famílias em sua integralidade e de forma compartilhada entre os parceiros. Neles as/os participantes seriam chamados a refletir criticamente sobre o contexto em que estão inseridas para encontrar o melhor caminho de agir, modificar e planejar suas famílias. Nesta perspectiva o planejamento familiar não deve se limitar à distribuição de métodos contraceptivos, pois assim não seria encontrada a melhor forma de instrumentalizar homens e, principalmente, as mulheres a decidir o melhor para si sobre a maternidade e a constituição familiar. (PEREIRA et al, 2007)

O formato tradicional dos grupos de Tabagismo segue protocolos específicos do Ministério da Saúde para nortear suas atividades. Estas compreenderiam intervenções psicossociais por meio de aconselhamento, distribuição de materiais de autoajuda e práticas de abordagem cognitiva comportamental e, quando necessário, os participantes seriam orientados ao tratamento medicamentoso para auxiliar na cessação do hábito de fumar. Assim, o tratamento do tabagismo em grupo criaria a possibilidade da troca de experiências, acesso à informação e distribuição de materiais o que contribui bastante para o processo de cessação. (BRASIL, 2015)

Observou-se um maior quantitativo de grupos educativos e estratégias de promoção da saúde nas unidades básicas de saúde que tinham NASF em sua composição, assim como aquelas que tinham residência de medicina, multiprofissional ou enfermagem em saúde da família.

No que se refere à adesão dos usuários aos grupos educativos, nove (09) unidades consideraram como regular e apenas uma (01) unidade considerou como ótima. O gráfico abaixo demonstra este fator.

GRÁFICO 3 – ADESÃO DOS USUÁRIOS



Fonte: análise de dados, 2020.

De acordo com a fala dos gestores e/ou responsáveis técnicos, ainda há muita resistência por parte dos profissionais em realizar atividades em grupos educativos, por este fator os grupos não são realizados fortemente nas unidades e quando realizados os usuários não são motivados a participar. Aderir a um tratamento ou a uma prática educativa envolve diversos fatores, como citam Silveira e Ribeiro (2005, p.94)

(...) aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

A realização dos grupos educativos, idealmente, deveria envolver uma equipe multiprofissional como os membros da equipe básica da ESF ou ter uma composição ampliada incorporando os profissionais do NASF e a participação de estudantes como

médicos e enfermeiros residentes e acadêmicos que estejam em processo de ensino aprendizagem no serviço.

O gráfico 4 refere-se à distribuição da participação dos diferentes profissionais nos grupos:

GRÁFICO 4 – PROFISSIONAIS ATUANTES NOS GRUPOS



Fonte: análise de dados, 2020.

Nota-se que o profissional enfermeiro está mais inserido na realização de grupos do que os demais profissionais. Treze (13) unidades tem a participação do enfermeiro nos grupos educativos, seguido dos médicos e ACS, em dez (10) unidades. Cumpre ressaltar que os médicos e enfermeiros residentes também são citados pelos entrevistados como participantes das atividades educativas em saúde nas unidades que tem residência e podem contar com a participação destes profissionais em formação.

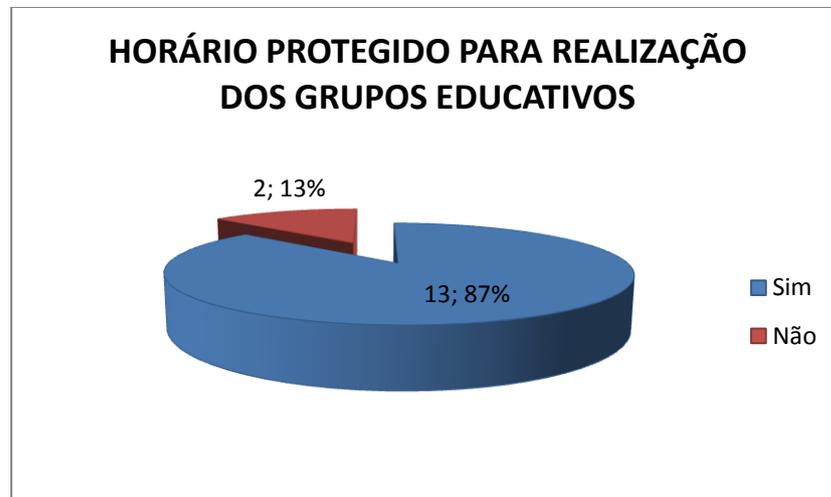
A predominância dos enfermeiros como organizadores ou participantes dos grupos e, por conseguinte, estarem mais atuantes na educação em saúde é observado por Roecker, Nunes e Marcon (2013, p.158):

Além da educação em saúde ser uma atividade inerente ao profissional enfermeiro proposta nos objetivos da ESF, a lei do exercício profissional, sancionada anteriormente a criação deste novo modelo de APS, regulamenta em seu artigo 11, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar educação em saúde visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

Em poucas unidades, os profissionais da equipe do NASF (psicólogo, nutricionista, assistente social e educador físico) foram citados pelos entrevistados como participantes das atividades educativas. Esta informação pode estar associada à irregularidade da presença do NASF e da heterogeneidade de sua composição nas UBS.

Em relação ao horário protegido para realização dos grupos, treze (13) unidades responderam ter esse horário, enquanto duas (02) unidades disseram que não. No gráfico 5 encontramos esta distribuição.

GRÁFICO 5 – HORÁRIO PROTEGIDO PARA OS GRUPOS EDUCATIVOS



Fonte: análise de dados, 2020.

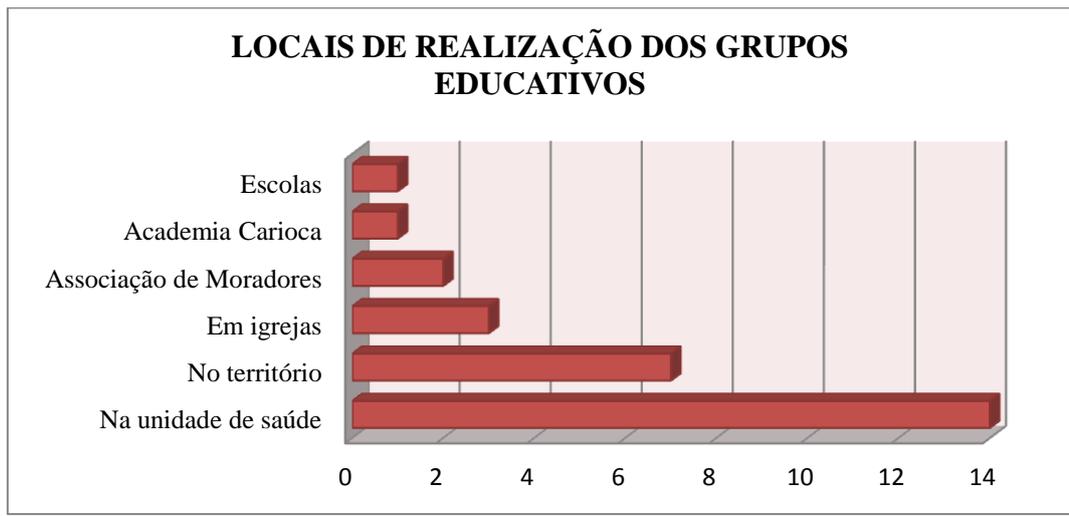
Para que um grupo educativo efetivamente aconteça é necessário disponibilidade do profissional de saúde, o que requer um turno ou um dia destinado para este tipo de atividade. Apesar de a maioria dos entrevistados afirmarem a existência deste horário protegido para a educação em saúde, a demanda crescente e as atribuições burocráticas que requerem tempo dos profissionais podem, por vezes, fazer com que este planejamento não seja seguido. Também é importante considerar que para além do tempo dedicado especificamente para o grupo, a atividade educativa requer do profissional disponibilidade para seu planejamento, organização e avaliação.

Normatizado desde 2016, o tempo para preparação e execução das atividades educativas encontra-se na agenda padrão de todos os profissionais da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, como realização de atividades de promoção à saúde e intersetoriais. A orientação da secretaria ressalta ainda que “(...) todos os profissionais devem participar de

ações coletivas, como grupos, oficinas, vídeos e outros, a fim de promover saúde ou reduzir riscos.” (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2016, p.20).

No gráfico 6 são apontados os locais que os profissionais de saúde realizam os grupos educativos.

GRÁFICO 6 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS GRUPOS EDUCATIVOS



Fonte: análise de dados, 2020.

Das quinze (15) unidades de saúde da área programática 1.0, quatorze (14) realizavam grupos educativos dentro da própria unidade de saúde e sete (07) destas referiam a realização de atividades também no território, em locais como igrejas, associação de moradores, academia carioca e escolas.

A unidade de saúde não é o único espaço para se realizar promoção à saúde por meio de atividades educativas, estar mais próximo do indivíduo, família e comunidade no seu território estreita o vínculo profissional *versus* usuário, facilitando a adesão e a sua participação no processo de construção do cuidado (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

A realização de grupos educativos nas escolas foi citado por apenas uma (01) unidade. Vale ressaltar que o Programa Saúde nas Escolas (PSE) foi instituído pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação em 2007, por considerar o ambiente escolar ideal para construção de saberes, enfretamento de vulnerabilidades, estímulo ao pensamento crítico e realização de práticas de promoção e prevenção de agravos para crianças, adolescentes e jovens adultos estudantes (BRASIL, 2015).

De acordo com a Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (2016), o PSE faz parte das ações intersetoriais para promoção da saúde e por meio da Resolução conjunta SEGOV/ SMS/SME/SMDS nº 01 de 06 de fevereiro de 2015, institui as diretrizes do Programa Municipal de Saúde na Escola - PSE Carioca. Dentro das estratégias ressalta-se a avaliação das condições de saúde dos alunos, educação permanente e capacitação dos profissionais da educação.

Toda unidade de APS é referência para escolas e creches municipais. Portanto, um planejamento deve ser realizado em conjunto com estes importantes equipamentos sociais para potencializar as ações no território, visando a integração das redes de atenção primária e de educação básica (SMS, 2016, p. 25).

No que se refere aos grupos que são realizados dentro da unidade de saúde, as respostas obtidas foram que em apenas duas (02) unidades não tem disponível um local adequado para realizar estas atividades educativas.

GRÁFICO 7 – LOCAL ADEQUADO PARA OS GRUPOS NAS UNIDADES

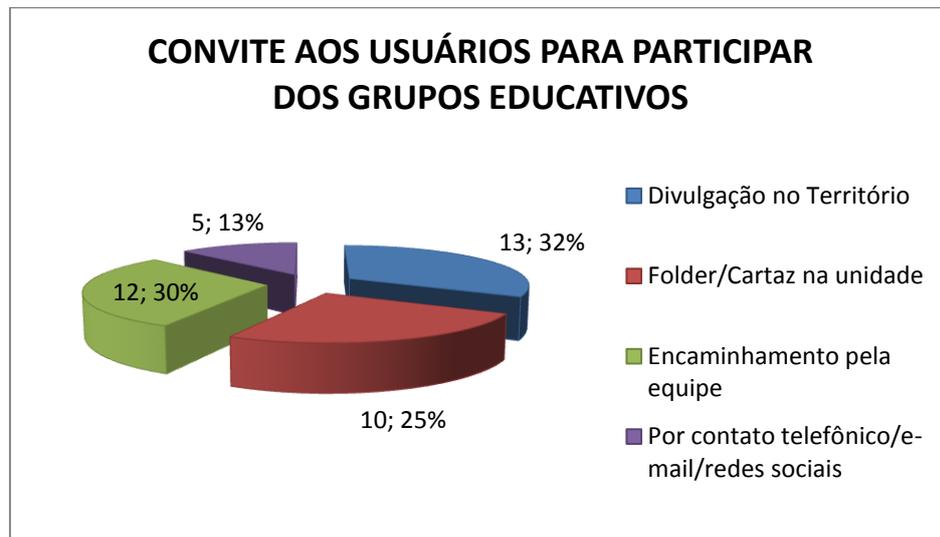


Fonte: análise de dados, 2020.

Os gestores das unidades ressaltaram, durante a aplicação do questionário, que nas unidades que não tem local adequado realizam as atividades educativas no território ou adaptam dentro da própria unidade em espaços improvisados que nem sempre comportam os usuários ou que são insalubres.

Abaixo está o gráfico 8, que se refere ao convite aos usuários para que participem dos grupos educativos.

GRÁFICO 8 – CONVITE AOS USUÁRIOS PARA PARTICIPAR DOS GRUPOS



Fonte: análise de dados, 2020.

A maioria das unidades utilizava mais de um meio para convidar os usuários para participar dos grupos educativos na unidade de saúde. O meio mais observado foi a divulgação no território, treze (13) unidades citaram ser realizado desta forma, seguido do encaminhamento da equipe, onde doze (12) unidades citaram ser a própria equipe que o usuário é atendido, que avaliava a necessidade da participação do mesmo nos grupos educativos.

As redes sociais são um potente meio de comunicação atualmente, porém apenas cinco (05) unidades utilizavam este meio como convite aos usuários.

Após a realização de um grupo educativo cabe ao profissional mediador do grupo que realize uma avaliação de todo processo construído nas atividades, assim como o seu trabalho realizado e se os objetivos dos usuários que participaram foram alcançados. Esta variável é demonstrada no gráfico abaixo.

GRÁFICO 9 – EXISTE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS GRUPOS



Fonte: análise de dados, 2020.

Apenas uma (01) unidade fazia avaliação dos grupos educativos realizados, as demais unidades não possuíam instrumento de avaliação.

A avaliação do trabalho em grupo é tão importante quanto todo processo transcorrido, é um momento para se refletir criticamente sobre as estratégias utilizadas e possibilitar troca entre os profissionais e usuários, assim como o planejamento de novos encontros (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

7.2 DESAFIOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA UNIDADE DE SAÚDE

Os grupos acompanhados na Clínica da Família Sergio Vieira de Mello, foram àqueles indicados pelo gerente da unidade e pelo responsável técnico de enfermagem por serem os únicos que estavam acontecendo naquele momento. Eram os grupos de “Alimentação Saudável” e “Relaxamento”.

Foram entrevistados todos os profissionais que conduziam estes grupos educativos na unidade de saúde sendo um total de três (03). Todas do sexo feminino e adultos jovens (entre 24 a 39 anos). Eram assistente social, nutricionista e educadora física, formadas entre 2012 a 2018. Nota-se que médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde das Equipes de Saúde da Família não faziam parte das atividades educativas que aconteciam naquele momento, o que não exclui a sua fundamental importância.

Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2020), indicam que as mulheres representam 65% da força de trabalho na assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Em algumas carreiras como nutricionista e assistente social, ultrapassam os 90% de representatividade, demonstrando a força da atuação feminina.

Em relação ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família e o tempo que desenvolviam o grupo educativo, um entrevistado tinha seis (06) meses de atuação na ESF e realizava o grupo há dois (02) meses, outro entrevistado tinha três (03) anos de atuação na ESF e realizava o grupo educativo há três (03) anos e o outro entrevistado tinha um (01) ano de tempo na ESF e desenvolvia o grupo durante este mesmo período.

Cumprir ressaltar que esse período de atuação dos profissionais na ESF não se refere somente à unidade onde estão alocados atualmente, mas ao tempo total de atuação como profissional da Estratégia de Saúde da Família.

Foi questionado aos entrevistados quantos grupos os mesmos já haviam desenvolvido durante seu tempo de atuação na ESF, um entrevistado só tinha realizado um (01) grupo, e os demais tinham maior experiência tendo realizado entre cinco (05) e nove (09) grupos educativos.

O fator de tempo de atuação na ESF e o tempo que realiza grupos educativos foram determinantes para se perceber o grau de envolvimento e vínculo deste profissional com os usuários participantes. Monteiro et al (2009) reforçam que o vínculo com os usuários favorece a realização das ações em saúde e o seu reconhecimento na função de sujeito, além de estreitar laços de confiança e valorização de fala e pensamento.

Em relação aos usuários, foram entrevistados um total de quatro (04), que participaram das atividades educativas. Todos do sexo feminino e idosas (entre 67 e 91 anos). Todas eram aposentadas e residiam sozinhas. As quatro usuárias entrevistadas relataram ter alguma doença crônica e estavam participando pela segunda vez daquele grupo educativo.

A maior participação de usuárias idosas e aposentadas nos grupos se dá pelo fato da maior flexibilidade de horários e por desejarem estar mais próximas de outras pessoas para dialogar. Idosos que moram sozinhos podem ter alguns desfechos relacionados à sua saúde devido a solidão, a comportamentos, viuvez ou quando não têm proximidade física ou afetiva com seus parentes (NEGRINI et al, 2018).

7.2.1 A Construção Participativa dos Grupos Educativos

O grupo “Alimentação Saudável” era conduzido por uma profissional nutricionista inserida na equipe do NASF, e cursava residência multiprofissional em Saúde da Família na Clínica da Família onde o grupo era realizado. Este acontecia semanalmente e tinha o foco na orientação nutricional dos usuários portadores de doenças crônicas. Acontecia após as atividades de alongamento que eram realizadas por uma profissional de Educação Física da Academia Carioca.

O grupo “Relaxamente” era conduzido por uma profissional de Educação Física da Academia Carioca, uma Assistente Social e uma Psicóloga que compunham a equipe do NASF da unidade. Tinha foco em atividades de relaxamento, bate-papo e exercícios de alongamento.

Antes de iniciar o grupo “Alimentação Saudável” e ao término do “Relaxamente” os usuários realizavam práticas de alongamento e relaxamento com a professora de educação física. A profissional colocava uma música relaxante para promover um ambiente calmo e tranquilo. Esta atividade tinha objetivo de ampliar as percepções de si e estimular o controle emocional, contudo, também proporcionava socialização e diálogo entre os participantes.

Estas atividades educativas não estavam sendo inseridas naquela comunidade e para aqueles sujeitos para falar somente de doenças, mas para promover a compreensão do seu papel como sujeito atuante no seu processo de saúde-adoecimento, para percepção de si e do seu corpo. Por isso as práticas de relaxamento e alongamento caminhavam em conjunto com os grupos.

Gonçalves-Silva et al (2016) revelam que o processo de educação integral deve compreender que o ser humano é um corpo que expressa as experiências e significados vividos e precisa ser visto integralmente e não de forma fragmentada. A valorização deste processo de corporeidade desloca os sujeitos para o que eles ainda não têm conhecimento, buscando estratégias para compreensão de mundo.

(...) o exercer ativo e livre dos sujeitos na construção de suas trajetórias de vida se dá nas suas relações com o outro e com o mundo. Desse modo, nos interessa abordar o protagonismo dos sujeitos da perspectiva de sua *agência* frente aos seus eventos de saúde, ou seja, das intervenções que estes exercem no âmbito das relações de corporeidade-mundo. (GALVANESE, 2017, p.63)

Os usuários conheciam o grupo e eram inseridos neles, por meio de cartazes de divulgação na unidade, redes sociais, convite de outros usuários e/ou encaminhamento de

outros profissionais da saúde que atuam na unidade. Mesmo com ampla divulgação, a participação ainda era pequena, sendo observado na fala de um usuário:

“Pessoas ficam com indisposição de participar ou não tem interesse ou não tem tempo (...)”
(Anotação diário de campo).

Fatores conjunturais como o período de greve, que teve início no final do ano de 2019, foi um exemplo de situações que podem desestimular os usuários a se manterem nas atividades educativas em grupo:

“ (...) muita gente não tem vindo por causa do que aconteceu no final do ano.” (Anotação diário de campo).

Os grupos aconteciam no auditório da Clínica da Família, por ser um espaço amplo, silencioso e por possuir recurso audiovisual.

Alguns usuários chegavam sozinhos e outros trazidos por colegas. No início sentavam-se separados, distantes uns dos outros e somente se aproximavam após solicitação do profissional que conduzia o grupo. Formavam uma roda para que pudessem ter melhor contato visual. O profissional solicitava que num primeiro momento todos se apresentassem e depois as atividades propostas daquele dia eram iniciadas.

A todo o momento os usuários eram convidados a se expressar no grupo por meio de perguntas abertas e fechadas que eram realizadas pelo profissional de saúde que conduzia o grupo. Em certos momentos esta técnica facilitava com que o usuário participasse de forma mais ativa do grupo, sem causar constrangimento.

Quando se sentiam mais confortáveis havia troca de saberes, de experiências do dia a dia e o grupo ia sendo conduzido de acordo com as questões levantadas pelos próprios usuários. O profissional que conduzia o grupo tinha o papel de facilitador e moderador. Quando uma pessoa se destacava muito, monopolizando a atenção, o mediador buscava estimular a participação de outras pessoas, convidando-as a dar sua opinião sobre os assuntos que emergiam. Porém, alguns usuários se mantinham distraídos e tímidos, sem se expressar muito ao longo da conversa.

Os saberes não devem ser apenas transferidos do educador para o educando, é necessário obter respeito a todos os saberes para construção coletiva de informações (FREIRE, 1996).

Por ser uma unidade com um maior tempo de existência e por ter residência multiprofissional e médica, a oferta de grupos sempre foi um fator muito presente, fazendo com que os usuários tivessem um vínculo maior com as equipes, que participassem efetivamente dos grupos, dessem sugestões de novas atividades e convidassem outros usuários para participar.

Os usuários participantes dos grupos educativos tinham acesso a um grupo virtual pelo celular e ficavam sabendo dos novos grupos, alteração de datas, horários e/ou locais. Podiam também interagir por esse grupo virtual, dando sugestões de temas para os próximos encontros e compartilhando orientações sobre o tema que foi abordado naquele dia. Essa interação virtual possibilitava que os usuários se aproximassem mais dos profissionais e da comunidade em que estavam inseridos.

Esse vínculo com a unidade e demais usuários pôde ser observado na fala de um dos participantes:

“ (...) coisas que a gente não fala para a família, mas no grupo a gente se abre (...)”
(Anotação diário de campo).

No primeiro encontro, surgiu o levantamento de questões sobre os dias e horários para os próximos encontros, de forma a facilitar para que todos pudessem comparecer. A necessidade de pactuar e fixar dias e horários decorria de um senso comum dos usuários de que as atividades educativas ainda não eram prioridade, principalmente, quando comparadas às atividades assistenciais como consultas:

“Só posso no dia que não tenho médico (...)” (Anotação diário de campo).

Emergiram comentários e sugestões para que novos usuários fossem convidados a participar dos grupos:

“(...) tem uma vizinha que precisa do grupo, ela tem depressão (...)” (Anotação diário de campo).

As dinâmicas e técnicas utilizadas para condução do grupo educativo ficavam abertas para questões que os próprios usuários considerassem relevantes e importantes a serem discutidas, o grupo não mantinha somente o foco na alimentação saudável ou no relaxamento,

assuntos como sono, atividade física, troca de receitas, alteração nos exames e fluxos da unidade também eram trazidos e, portanto, debatidos.

Botelho et al (2016, p.1890) refletem sobre a execução de metodologias ativas nos grupos:

(...) os grupos educativos, a estratégia pedagógica é um dos elementos que influenciam a viabilização dos princípios da promoção da saúde, como o empoderamento e a participação social. Entretanto, os vazios de ordem ideológica, metodológica e conceitual no desenvolvimento das ações de educação em saúde, referidos na literatura, conduzem à necessidade de uma maior reflexão sobre as bases teóricas da escolha de determinadas atividades.

Nos encontros subsequentes o grupo já estava mais sólido, sendo observada uma maior interação entre profissionais/usuários e usuários/usuários. Surgiram falas e sentimentos relacionados com a preocupação do grupo permanecer existindo na unidade. Esta preocupação era devido ao remanejamento e trocas frequentes de profissionais, da necessidade de se obter mais participantes e atender as expectativas tanto dos profissionais quanto dos usuários.

A preocupação dos usuários com a descontinuidade das atividades educativas pôde ser observada durante a coleta de dados. Eles assumiam um protagonismo voltado à permanência da atividade, pois referiam a necessidade de uma participação ativa e o maior envolvimento tanto dos profissionais quanto dos usuários nos grupos, pois compreendiam que estes eram ambientes onde se sentiam seguros e protegidos.

A concepção e a necessidade de estabelecimento de um “vínculo longitudinal” são citadas por Santos, Romano e Engstrom (2018). Estes autores afirmam que esta longitudinalidade está ligada à continuidade das práticas educativas na unidade de saúde e, por sua vez, no processo do usuário reconhecer estas atividades como um espaço para cuidar de si e se aproximar do profissional responsável pelo seu cuidado, gerando resultados positivos das intervenções em saúde de um modo mais global.

7.2.2 Os Grupos como espaço de Aprendizagem e Sociabilidade

Todos os profissionais entrevistados que realizavam o grupo educativo apontavam como de fundamental importância a realização de atividades educativas em saúde para se produzir um aprendizado em saúde. Valorizavam a troca das experiências e de afetos, o apoio

e o encorajamento e reconheciam, portanto, os grupos como um lugar de socialização e construção coletiva.

Marques et al (2019), apontam que o empoderamento social no cuidado às condições crônicas à saúde são favorecidas por meio de intervenções educativas, pois potencializam a capacidade funcional do indivíduo e os aproxima para o autocuidado.

“Os grupos educativos são de grande importância para a Atenção Primária, pois ele leva o conhecimento a população, ali também, é aprendido e apreendido muita coisa (...) através da troca de experiências, que a gente tem ali (...)” (profissional de saúde 01)

A aproximação com a unidade, a troca de experiências e a formação de diálogo com a população são ferramentas importantes para realizar um grupo educativo. Nogueira et al (2016) salientam que as atividades em grupo estimulam o pensamento reflexivo, o encontro com a realidade e com o outro, possibilitando a socialização, o suporte para o desenvolvimento de mudanças de hábitos e a adesão aos tratamentos.

“E, assim ainda tem a questão que os grupos se tornam um lugar de socialização, porque tem muitos idosos sozinhos que entram em depressão (...) deles se sentirem pertencentes a um lugar, entende? Eu vejo isso, eles falando “eu sou do grupo além do peso”, que é o grupo da nutrição, “eu sou do grupo...”, então assim, eles se sentem pertencentes aquele lugar, que realmente é deles (...) Eu acho que o grupo passa mais essa sensação de pertencimento, que eu acho muito importante.” (profissional de saúde 03)

Os usuários participantes dos grupos educativos não eram colocados em uma função passiva, mas estimulados e indagados para que tivessem uma postura ativa e dialógica. Esta é uma perspectiva de contraposição a uma visão “bancária” do processo de ensino aprendizagem apontada por Paulo Freire que compreende era necessário que o educando seja curioso, não fique facilmente satisfeito com as certezas e tenha vontade de aprender (FREIRE, 1996).

A nutricionista, a profissional de educação física e a assistente social do NASF entrevistadas priorizavam, em sua rotina diária, a realização dos grupos educativos, pois reconheciam a potencialidade da aproximação da unidade com a comunidade e a melhoria na qualidade de vida dos usuários que frequentavam estas atividades.

Bezerra et al (2014) corroboram que realizar uma atividade educativa não é somente abrir um espaço com esta finalidade, mas que nesse espaço os usuários sejam corresponsabilizados pelo cuidado a sua saúde, sejam mobilizados e capacitados para lidar com seus processos.

É possível perceber que os usuários eram bem participativos durante as atividades educativas, como observado e relatado pelas profissionais que realizavam o grupo:

“ (...) todos participaram de uma forma efetiva, e no primeiro encontro, podemos dialogar e falar de temas livres, trocamos algumas experiências, e para nós que acabamos de criar esse grupo foi bem positivo (...) Porque quando a gente forma um grupo, talvez o grupo fica meio acanhado em falar, e eu não vi isso, é um grupo bem participativo.” (profissional de saúde 01)

“ (...) normalmente uma população bem participativa, atuante, faz questão de estar em todos os encontros, pedem os encontros com outros temas, é uma população bem participativa, bem ativa.” (profissional de saúde 02)

A inserção e participação dos usuários nos grupos educativos implica na articulação dos mesmos com a unidade de saúde, sendo necessário que os profissionais da unidade conheçam as atividades propostas. Os Agentes Comunitários de saúde são citados nesse processo de inserção e participação dos usuários, sendo de extrema importância para favorecer o acesso, o acolhimento e a construção de vínculo (BARBOSA et a, 2017).

“ (...) a gente conta muito com os Agentes Comunitários no território divulgando esses grupos, é aí quando essa população se insere de fato.” (profissional de saúde 02)

Os usuários se inseriam no grupo educativo de forma livre, convidavam colegas e familiares para também estarem presentes e mantinham uma boa relação com os demais participantes e com os profissionais que realizavam as atividades.

Há também a potencialidade de que um grupo educativo implique afetivamente nos profissionais de saúde que realizam as atividades, pois vivenciam momentos de reflexão, avaliação e aproximação com a realidade dos usuários. Estes ganhos afetivos e reflexivos dos profissionais são proporcionados pelo compartilhamento de ideias e experiências que se realizam como relações de cuidados bidirecionais e são capazes de promover transformações

em ambos os participantes (usuários e profissionais). Assim, embora o grupo partisse do objetivo de promover a alimentação saudável e o relaxamento, ele se realizava como um espaço de convivência entre usuários e profissionais.

“ Todo esse trabalho de educação em saúde, ele vai pro território não só pela gente, essas pessoas, que participam do grupo, elas passam a ter novos hábitos e começam a levar essas informações para sua casa, para o seu território e vai multiplicando a nossa informação, essa é a nossa intenção.” (profissional de saúde 02)

“A delicadeza e a possibilidade de você aprender mais com as pessoas que estão com algum problema.”(usuário B)

“Eu gosto da convivência da conversa, do ensinamento, que orienta a gente, pra gente ter uma saúde melhor, eu acho bom, eu acho importante.”(usuário D)

A ideia do encontro nos grupos trazia, portanto, uma rede de afetos e significados importantes, a construção de novos hábitos, a delicadeza como os assuntos eram abordados e a possibilidade de conviver consigo, garantindo a autonomia para seu cuidado, convivendo com a comunidade e se aproximando da unidade.

Teixeira (2005, p.593) traz uma importante reflexão sobre a afetividade do trabalho em saúde:

(...) estamos diante de um modo privilegiado de se evidenciar a incidência eminentemente afetiva do trabalho em saúde e o quanto essa sua produção “intangível” está fortemente condicionada por suas técnicas de conversa. As redes de trabalho em saúde – essas extensíssimas redes de conversações – podem, assim, também ser pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o essencial nelas é, de fato, a criação e a manipulação dos afetos.

O trabalho realizado em grupos é uma prática desafiadora, requer conhecimento e disponibilidade dos profissionais, devendo atender aos princípios da promoção da saúde. Neste espaço é importante desenvolver a participação dos usuários, a corresponsabilidade e capacitação para que todos estejam envolvidos no seu processo de saúde (BEZERRA, 2014).

“E, eu vejo a influência do grupo nesse sentido, no estímulo a autonomia do usuário, no estímulo a reflexão crítica (...) eu acho que é um processo terapêutico mais leve e mais eficaz, uma vez que o usuário se vê dentro do processo, não sendo só responsabilidade só do

nutricionista, do médico, dizer o que ele tem que fazer, quando ele se vê parte disso, eu acho que se torna mais eficaz a adesão ao tratamento, a adesão a terapia (...)” (profissional de saúde 03)

“Mudou, porque na verdade eu tava com tempo difícil, dificuldade de doença no meu esposo, trabalho, cansaço, estresse e tudo e, quando eu comecei o grupo, alongamento, exercício físico e tudo, me ajudou muito, a convivência.” (usuário D)

Brasil (2010) contribui ao dizer que a grupalidade é uma experiência coletiva, de transformação e conexão. É a construção de um espaço democrático e participativo, que promove o protagonismo dos sujeitos e da coletividade.

Nas atividades do grupo educativo a estratégia é facilitar a aproximação dos sujeitos, pelo respeito, escuta, compartilhamento e diálogo. Simplificando informações, favorecendo o pensamento crítico reflexivo de forma sutil, “porque é (um momento) mais real do que a consulta individual” (SILVEIRA; RIBEIRO, 2004, p.101).

“Então, através desses grupos, a gente pode, consegue identificar demandas que muitas vezes, a gente não consegue no encontro individual, na abordagem individual (...) mas que no coletivo, no grupo a gente consegue identificar (...)” (profissional de saúde 01)

Observou-se como a longitudinalidade do grupo foi transformando as relações internas entre seus membros. Como as trocas de afeto iam se tornando mais intensas e a sensação de pertencimento a aquele lugar contribuía para sentimentos de superação, organização de novos planos de vida e estabelecimento de relações de intimidade e apoio mútuo entre os participantes.

7.2.3 Organização e Desenvolvimento das Atividades Educativas na Unidade de Saúde

Maceno e Heidemann (2016) apontam que a condução das atividades educativas não segue uma metodologia específica, mas os profissionais utilizam com maior frequência a metodologia participativa. Os grupos, por muitas vezes, são conduzidos por meio de metodologias tradicionais e verticais, onde o usuário não é estimulado a dialogar. As metodologias que problematizam e são libertadoras possibilitam a transformação consciente dos sujeitos.

A realização de atividades como os grupos de educação em saúde com vistas ao empoderamento dos usuários implica, por sua vez, em um aprendizado profissional que estimule um olhar crítico e reflexivo sobre o processo de ensino e aprendizagem, nos levando a refletir sobre a formação profissional ainda muito fragmentada.

Os programas de Residência na Atenção Primária à Saúde têm buscado complementar a graduação devido às deficiências encontradas nos currículos, particularmente em relação às novas práticas que contemplem uma maior dialogicidade nas intervenções de prevenção e promoção da saúde como a realização de grupos educativos. Estes programas têm buscado qualificar os profissionais de saúde e as unidades onde estes atuam, estimulando conhecimento, competências e condutas baseadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Durante a observação dos grupos educativos, pode-se perceber que o desenvolvimento das atividades era conduzido de acordo com a demanda dos usuários. Os temas que surgiam iam sendo debatidos até serem praticamente esgotados. O profissional que conduzia o grupo tinha o papel de moderador, estimulando a participação sem que houvesse constrangimentos.

“A maioria das atividades são feitas em forma de rodas de conversa, a gente faz uma roda mesmo e vamos expondo suas dúvidas e, tudo mais sobre determinado assunto, às vezes foge completamente do assunto, mas aí a gente explora também e não deixa passar assim, a gente tenta atender a demanda deles.” (profissional de saúde 03)

Sendo uma ferramenta para promover a saúde, as atividades educativas em grupo na Atenção Primária à Saúde estão dentre os serviços propostos pelo Ministério da Saúde e estão dentro os procedimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde, para promover mudanças no estilo de vida da população (NOGUEIRA et al, 2016). Neste sentido observamos na fala de um entrevistado como o mesmo realiza a preparação e organização dos grupos educativos que conduz:

“Então, eu organizo e preparo as atividades do grupo baseada nas instruções no Ministério da Saúde, para determinado tema que está sendo abordado e depois de um primeiro encontro, a gente começa a ouvir também o que os usuários querem que seja discutido e acima disso a gente sempre tenta falar alguma coisa relacionada, principalmente doenças crônicas, mas principalmente aquilo que eles demandam.” (profissional de saúde 02)

“ (...) eu acho que a organização e a preparação das atividades tem que ser organizada junto com os usuários (...) e não temas pré estabelecidos pelos profissionais.” (profissional de saúde 03)

Recomendado e orientado pela Política Nacional de Educação Popular, o uso da pedagogia freirenana estimula a participação e problematização de forma horizontal, seja por rodas de conversas, debates e pelo incentivo a troca de saberes populares (BRASIL, 2012).

Pereira et al (2017), afirmam que no sentido do planejamento adequado das atividades educativas, seja necessário a compreensão dos determinantes de saúde daquela comunidade, para que a solução seja alcançada em conjunto com o usuário. Técnicas utilizadas, como sorteio de brindes e realização de lanches não estimulariam criticamente os usuários e poderiam fazer com que a estratégia de promoção da saúde e, principalmente, o empoderamento dos participantes não tivessem espaço.

No entanto pensando na lógica de sociabilizar, atividades como lanches e sorteio de brindes podem favorecer a aproximação dos usuários com a unidade, estreitar os laços e fortalecer um grupo educativo. Os grupos em questão, principalmente o “Alimentação Saudável”, puderam utilizar destas técnicas sem que perdessem sua essência que é a promoção da saúde.

As estratégias de organização e desenvolvimento das atividades educativas foram mencionadas pelos participantes quando questionados sobre o que mais e menos gostavam no grupo e o que poderia ser melhorado:

“(...) não gosto quando tem barulho, tem que prestar atenção, no que ela tá falando.” (usuário C)

“A delicadeza e a possibilidade de você aprender mais com as pessoas que estão com algum problema.” (usuário B)

Cada profissional tem liberdade de definir a metodologia para conduzir as atividades educativas em grupo, no caso estudado a roda de conversa e o debate, com finalidade de promover o cuidado em saúde e o empoderamento social foram as mais utilizadas.

O uso de tecnologias leve-duras também é um recurso utilizado como material de apoio ao processo educativo e também atrativo para os usuários sejam apresentações com data show, imagens, vídeos e cartazes. Planejar as atividades não deveria ser algo imposto a quem

executa, mas algo que demande o tempo necessário para promover cuidado à saúde da comunidade (BOTELHO et al, 2016).

A utilização dos diversos tipos de metodologias para o planejamento e desenvolvimento das práticas educativas perpassa desde a forma de convidar os usuários para o grupo até a perspectiva da sociabilidade que faz parte do processo de ensino aprendizagem.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todas as unidades da Área Programática 1.0 havia prática com grupos educativos independente delas possuírem ou não residência médica, de enfermagem, NASF ou somente ESF. Apesar da heterogeneidade das temáticas e das condições objetivas para estas práticas na AP 1.0, observa-se que o fato delas estarem contempladas na carteira de serviços e usada como um critério de avaliação levou a certa difusão dos grupos nas unidades de saúde desta região da cidade.

A realização de atividades educativas em grupo foi descrita por usuários e profissionais da saúde como um processo de construção coletiva de conhecimento e autonomia dos sujeitos, sendo um espaço importante para fortalecimento de vínculos. Profissionais da saúde conseguem acolher, escutar e conhecer os usuários de uma forma melhor e diferente de quando estão em uma rotina diária atarefada de atendimentos individuais. O momento de interação, descontração e troca de saberes dentro de um grupo educativo aproxima a comunidade da unidade de saúde e os tornam autores do seu próprio cuidado.

A delicadeza observada de como os grupos eram planejados e desenvolvidos demonstrava o envolvimento e a preocupação que os profissionais de saúde tinham com aquela comunidade. A esperança, a sensação de pertencimento e a percepção pelo seu próprio corpo demonstravam o quanto aquele momento era importante para os usuários.

A construção participativa dos grupos educativos, os grupos como espaço de aprendizagem e sociabilidade e a organização e desenvolvimento das práticas buscam o envolvimento coletivo no aprendizado e na análise crítica sobre a realidade. Em algumas falas foi possível observar que os sujeitos se tornaram mais atuantes no seu processo de saúde, controlando a ansiedade e melhorando a alimentação, diminuindo a risco de agravar patologias crônicas associadas.

No tocante aos objetivos deste estudo, pode-se dizer que os mesmos foram alcançados, sendo analisadas as percepções dos profissionais e dos usuários que participaram de dois grupos educativos em uma Clínica da Família na AP 1.0 na cidade do Rio de Janeiro e discutido sobre a sua capacidade de promoção da saúde. Também foi possível dialogar sobre o desenvolvimento das práticas pedagógicas e sobre o fortalecimento do cuidado e empoderamento individual.

O desenvolvimento das atividades educativas em grupo foi percebida como um desafio para alguns profissionais de saúde, por não terem conhecimento prévio de práticas

pedagógicas e metodologias de ensino, sendo mais difícil alcançar os objetivos propostos e a execução de práticas potentes e transformadoras.

Ressalta-se a importância da reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, que ainda é centrada no conhecimento biomédico e especializante. Um modelo formador que fragmenta a visão do processo de saúde e adoecimento, assim como das intervenções de promoção, prevenção, atenção e reabilitação e, por consequência, dificulta a compreensão da integralidade e longitudinalidade da atenção à saúde.

Enquanto limitações do estudo nos deparamos com dois momentos distintos, mas que tiveram impacto significativo nos resultados. Em um primeiro momento a greve dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e depois a pandemia da COVID-19, nesses dois momentos todos os grupos educativos das unidades de saúde da AP 1.0 foram temporariamente suspensos, por não ter profissionais disponíveis para a realização das atividades, como no momento da greve, e por não ter a possibilidade de aglomerações, como foi no momento da pandemia. A coleta de dados teve que ser interrompida nesses dois momentos, por não ter condições suficientes para sua continuidade.

Um desafio que se mostrou presente foram instabilidades nas práticas educativas, os grupos acabam se tornando um ambiente frágil, onde quaisquer alterações ou intervenções causam sua suspensão e, portanto, atingem um importante aspecto destas práticas que é a sua continuidade e a preservação dos vínculos. Os usuários percebem essas fragilidades e podem não se sentir motivados e seguros a se vincularem novamente em novos grupos.

Espera-se que esse estudo possa vir a fomentar novas pesquisas na área da promoção da saúde e educação popular e que o desenvolvimento das práticas educativas em grupos sejam temas mais discutidos e dialogados entre coordenações, gestores e profissionais de saúde, proporcionando uma reflexão crítica sobre o empoderamento individual.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lucia; FREITAS, Carla Sueli Fernandes. Modos de cuidar em Saúde Pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.436-41, jul. 2009.
- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Rev baiana enferm**, v. 31, n. 1, p.1-4, 2017.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007.
- BALDUINO, Anice de Fatima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 342-351, abr./jun. 2009.
- BARBOSA, Maria Andressa Gomes et al. Participação de usuários da Atenção Primária em práticas de promoção da saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez. 2017.
- BARBOSA, Roseanne Aparecida Luanna Oliveira. **Os desafios da adesão dos usuários portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial aos grupos de educação em saúde**. 2013. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol Inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010.
- BERARDINELLI, Lina Marcia Miguéis et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-9, set./out. 2014.
- BEZERRA, Italla Maria Pinheiro et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014.
- BOTELHO, Fernanda Cangussu; GUERRA, Lúcia Dias da Silva; PAVA-CÁRDENAS, Alexandra, CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1889-1898, jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 8)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde PNEP-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CASANOVA, Fabricio; OSORIO, Luiz Carlos; DIAS, Leda Chaves. Abordagem Comunitária: Grupos na Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, Jose M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

CNES. **Superintendência de Atenção Primária à Saúde**. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 Ago 2020.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Brasília, 2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em 30/08/2020.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014.

CRESWELL, John.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 371-378, abr./jun., 2017.

FALEIROS, Fabiana et al. Use of Virtual Questionnaire and Dissemination as a Data Collection Strategy in Scientific Studies. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 12-14, set. 2018.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. Abordagem Comunitária e ensino médico: análise da experiência do DMIF-FCM-UERJ. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v 15, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2016.

FELIPE, Gilvan Ferreira. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, 2011.

FIGUEIRA, Aline Belletti et al. Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** (Traducción de Kátia de Mello e Silva). 3ª ed. (1ª edición: 1967). Sao Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 25ª ed. (1ª edición: 1970). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

GALVANESE, Ana Tereza Costa. **Corporeidade nos grupos de práticas integrativas e meditativas na rede pública de Atenção Primária à Saúde da região oeste do município de São Paulo.** 2017. 140f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; BARROS, Nelson Filice de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, dez. 2017 .

GONÇALVES-SILVA, Luiza Lana et al. Reflexões sobre corporeidade no contexto da educação integral. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 185-209, mar. 2016.

GUSSO, Gustavo, LOPES, Jose Mauro. Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – **Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006 .

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, abr./jun. 2015.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, dez. 2009.

- LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, jun. 2015.
- MACENO, Priscila Rosa; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. Unveiling the actions of nurses in Primary Health Care groups. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, dez. 2016.
- MARQUES, Marília Braga et al. Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, dez. 2019.
- MATIAS, Priscila da Silva. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz.** 2017. 113f. Dissertação (Pós Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.
- MATSUMOTO, Pamela Miwa et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 761-765, jun. 2012. MELLO FILHO, Julio. **Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MELO, Ricardo Henrique Vieira de et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 301-309, jun. 2016.
- MENDES, Eugenio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.
- MENEZES, Tania Maria de Oliva et al. Grupo Educativo com dispensação de medicamentos: uma estratégia de Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.36, n.1, p.148-158, jan./mar. 2012.
- MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, Ago. 2004.
- MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, Jun. 2009.
- MUNARI, Denize Bouttelet; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. **Enfermagem e Grupos.** Goiânia: AB Editora, 1997.
- NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência

multiprofissional em saúde da família. **REME: Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, v. 10, n. 4, p. 435-439. out./dez, 2006.

NEGRINI, Etienne Larissa Duim et al. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 523-531. out. 2018.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 964-971. out. 2016.

NORMAN, Armando Henrique. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.28, p.153-4, jul/set. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca.** Genebra: OMS, 2008.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de et al. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n. 3, p. 4878-4881, jul. 2016.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro et al. Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 320-325. Abr./jun. 2007.

PEREIRA, Silvia et al. Enfrentamentos para a implantação e manutenção de grupos educativos para gestantes na atenção básica em saúde. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1133-1146, 2017.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 77-82, out. 2016.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; ALMEIDA FILHO, Antonio Jose. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev.Enf.Ref.**, Coimbra, v.4, n. 3, p. 157-164, dez. 2014.

REGO, Lorraine Santiago et al. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, nov. 2019.

ROCHA, Priscila Araujo. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

ROECKER, Simone; BUDO, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 157-165, jan./mar. 2013.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sa Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araujo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, ago. 2018.

SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 74-82, nov. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2016.

SILVEIRA, Lia Marcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic.*, **Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, set./fev. 2005.

SOUZA, Janaina Medeiros de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2014.

SOUZA, Maria das Dores; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Direitos Sexuais e Reprodutivos na Atenção Básica: educação em saúde grupal sob a ótica da enfermeira. **Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm.**, v.6, n.3, p. 49-58, 2016.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, set. 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitas. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

VINCHA, Kallem Regina Rosendo. **Grupos educativos de alimentação e nutrição: um cenário promotor da autonomia nas escolhas alimentares**. 2017. 201 f. Tese (Doutorado em Nutrição). Programa de Pós Graduação em Nutrição, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Análise dos Grupos Educativos na Atenção Primária à Saúde: A Busca do Empoderamento do Usuário**, que tem como objetivo central: Analisar a percepção dos profissionais e dos usuários que participam dos grupos educativos em uma Clínica da Família na Cidade do Rio de Janeiro em relação a sua capacidade de promoção da saúde e do cuidado individual.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder as perguntas realizadas no formato de formulário semiestruturado, as respostas serão gravadas por meio de sistema digital. Neste formulário tem perguntas sobre suas informações pessoais. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, quando relacionando a exposição de informações pessoais. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, com total sigilo das informações. Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação de conhecimentos científicos na área da saúde e os resultados visam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os dados coletados serão **utilizados apenas nesta pesquisa** e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assinie ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Rubrica do Participante: _____

Kênia Silva Pereira

Pesquisador responsável

E-mail: keniaper@hotmail.com Cel: (22) 998499070

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21)3938-0962

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com/cepeanhesfa@eean.ufrj.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua:
Evaristo da Veiga(Instituição Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de
Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 –

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2020.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - GERENTES OU RESPONSÁVEIS
TÉCNICOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
 MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PROJETO: Análise dos Grupos Educativos na Atenção Primária à Saúde: A Busca do Empoderamento do Usuário

ORIENTADOR: Cesar Augusto Orazem Favoreto
ORIENTANDA: Kênia Silva Pereira

Questionário Virtual – Gestores ou Responsáveis Técnicos
Caracterização dos Grupos Educativos na Unidade

1. Quantitativo de grupos educativos na unidade: 1 a 3 4 a 6 7 a 9
 10 ou mais

2. Tipos de Grupos: HIPERDIA Saúde Mental Mudanças no estilo de vida
 Planejamento Familiar Gestantes Puericultura Tabagismo () Saúde Bucal
 Práticas Integrativas Saúde do Idoso
 Outros: _____

3. Adesão dos Usuários: Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

4. Profissionais atuantes nos grupos: Médicos Enfermeiros ACS
 Técnicos de enfermagem Saúde Bucal Médicos residentes () Enfermeiros Residentes
 Acadêmicos

5. Há horário protegido para realização dos grupos: Sim Não

6. Os grupos são realizados: Na unidade de saúde No território Em igrejas
 Associações de moradores

7. Na unidade de saúde há local adequado para realização dos grupos: Sim Não

8. Os participantes são convidados através de: Divulgação no território Folder/Cartaz na Unidade
 Encaminhamento pela equipe Por contato telefônico ou email ou redes sociais

9. Existe um instrumento de avaliação dos grupos realizados? Sim Não

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
 MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



PROJETO: **Análise dos Grupos Educativos na Atenção Primária à Saúde: A Busca do Empoderamento do Usuário**

ORIENTADOR: **Cesar Augusto Orazem Favoreto**

ORIENTANDA: **Kênia Silva Pereira**

Roteiro de Entrevista – Usuários

1. Caracterização do Perfil

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Não informado

Raça: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () Não informado

Ocupação: _____

Quantas pessoas moram na sua casa: _____

Possui alguma doença crônica: () Sim () Não

Há quanto tempo participa do grupo? _____

2. Participação nos grupos educativos

Como ficou sabendo do grupo?

O que você mais gosta no grupo?

O que você acha que poderia melhorar no grupo?

Alguma coisa mudou na sua vida depois que começou a vir no grupo?

Já convidou alguma pessoa para participar do grupo?

O que é ter saúde para você?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PROJETO: Análise dos Grupos Educativos na Atenção Primária à Saúde: A Busca do Empoderamento do Usuário

ORIENTADOR: Cesar Augusto Orazem Favoreto
ORIENTANDA: Kênia Silva Pereira

Roteiro de Entrevista – Profissionais da Saúde

1. Caracterização do Perfil

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Não informado

Raça: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () Não informado

Ano de Formação: _____

Formação: _____

Titulação: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Há quanto tempo desenvolve este grupo: _____

Quantos grupos já realizou: _____

2. Participação nos grupos educativos

Para você, qual a importância da realização de um grupo educativo?

Como você considera a organização/preparação das atividades do grupo?

Como você desenvolve as atividades do grupo?

Como você percebe a inserção/participação dos usuários no grupo?

De que forma estes grupos impactam no cuidado prestado por você?

Como você vê o a influência do grupo no processo terapêutico ao usuário?