

LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO COM GRUPOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

LIMITS AND POSSIBILITIES OF WORKING WITH GROUPS WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

LIMITACIONES Y POSIBILIDADES PARA DESARROLLAR TAREAS CON GRUPOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes¹
Sônia Maria Soares²
Líliam Barbosa Silva³

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger, realizada em oito Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte-MG. O objetivo com o estudo foi discutir as limitações e as possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Estratégia de Saúde da Família. Participaram da pesquisa dezenove profissionais que atuam como coordenadores de grupos nas equipes de Saúde da Família (SF). Os resultados mostraram que ainda persistem, na prática, limitações teórico-metodológicas para a coordenação do grupo. Constatou-se, também, o despreparo dos profissionais para o manejo de situações em que o coordenador se defronta com dificuldades para lidar com os sentimentos humanos e com as interações que afloram no grupo. A rotatividade dos profissionais de saúde das equipes é outro aspecto que traduz limitações, comprometendo a formação do vínculo e a efetivação do cuidado. A pressão da demanda compromete as agendas de atividades grupais, tornando-se, assim, problema para a efetivação desse tipo de trabalho. Os informantes explicitaram a necessidade de capacitação em teorias de grupo para melhorar a coordenação do trabalho, o que se configura como uma possibilidade para responder ao desafio da demanda. Evidenciou-se, ainda, a possibilidade de os informantes buscarem reforços externos, visando levar em frente atividades educativas coletivas, bem como que busca de parcerias para o desenvolvimento do trabalho com grupos tornou-se cultural.

Palavras-chave: Estrutura de Grupo; Diabetes *Mellitus*; Hipertensão; Programa Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

This qualitative study was based on Madeleine Leininger's theory of Culture Care Diversity and Universality. It was carried out in eight basic health care units within a sanitary district of Belo Horizonte-MG. The study aimed to discuss the limits and possibilities of working with groups of diabetic and hypertensive patients within the Family Health Strategy. Nineteen professionals coordinated the groups in the Family Health teams. The results showed that, actually, there are still theoretical and methodological limits for such coordination as well as lack of knowledge to handling situations in which coordinators face difficulties in dealing with human feelings and interactions that emerge from the group. The teams' health professionals' turnover also shows those limits, making it difficult to establish links and accomplish health care. The unregulated demand compromises daily activities of the group, another problem regarding this kind of work. Informants pointed out the need of theory training as a means of improving group coordination, a possibility to respond to the challenges of the demands. It also shows the possibility that informants look for external help in order to keep on with collective educational activities. The search for partnerships has also turned into a cultural activity.

Key words: Group Structure; Diabetes *Mellitus*; Hypertension; Family Health Program; Nursing.

RESUMEN

El estudio cualitativo en base a la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger fue llevado a cabo en ocho unidades básicas de salud de un distrito sanitario de Belo Horizonte, Minas Gerais. El objetivo de la investigación fue discutir las limitaciones y posibilidades para desarrollar trabajos con grupos de diabéticos e hipertensos en la Estrategia de Salud de la Familia. Participaron diecinueve profesionales coordinadores de grupos de los equipos de Salud de la Familia. Los resultados mostraron que en la práctica siguen existiendo limitaciones teórico-metodológicas para la coordinación del grupo. Se constató la falta de preparación de los profesionales para manejar situaciones donde afloran sentimientos y el grupo interactúa. La rotación de estos profesionales de salud también impone limitaciones al comprometer el vínculo y la efectividad del cuidado. La presión de la demanda compromete la programación de actividades grupales y se transforma en un problema para efectivizar este tipo de trabajo. Los informantes expresaron necesidad de capacitación en teorías de grupo para mejorar la coordinación del trabajo, lo cual configura una posibilidad para responder al desafío de la demanda. Quedó en evidencia la posibilidad de que los informantes buscasen refuerzos externos para realizar actividades educativas colectivas y también que la búsqueda de socios para desarrollar trabajos con grupos ya es algo cultural.

Palabras clave: Estructura de Grupo; Diabetes *Mellitus*; Hipertensión; Programa de Salud Familiar; Enfermería.

* Texto produzido com base no recorte da dissertação *Trabalho na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural*, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) – Minas Gerais-MG, Brasil.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) – Belo Horizonte-MG, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFMG – Belo Horizonte-MG, Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) – Belo Horizonte-MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Teresinha de Oliveira Fernandes. Alameda Açaí, 30, bairro Dom Cabral – CEP: 30535-320, Belo Horizonte-MG. Tel: (0xx)9984-6697 ou (0xx31)3588-1413. E-mail: mtofernandes@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A nova filosofia sanitária no País norteia-se por idéias que visam à melhor qualidade dos serviços ofertados, democratização do conhecimento, uso de tecnologias simplificadas e participação popular na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a implantar.¹

Nesse contexto, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família como política estruturante dos sistemas municipais de saúde e ordenadora das redes de atenção básica no País. A implementação dessa estratégia, em termos técnicos e políticos, está sendo proposta e realizada com base na interação com a comunidade e busca construir, de forma participativa, práticas eficazes de enfrentamento dos problemas identificados. Estimula, dentre outras ações, a reorientação das práticas de saúde por meio de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, reconhecendo os territórios sociais onde se produzem as doenças, para emergir novas práticas.²

O trabalho com grupos constitui uma das atividades propostas para as equipes de Saúde da Família, que enfatizam, num primeiro momento, o manejo adequado da doença. Possui como um dos principais critérios organizadores diferentes patologias, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, dentre outras. Esses grupos, ao possibilitarem o partilhar coletivo da experiência de vida e da doença, permitem estabelecer vínculo, que fortalece seus membros na caminhada com a doença crônica, que poderá influenciar na melhor qualidade de vida e na melhor apropriação da rede de apoio existente, para desenvolver suas atividades da vida diária com menor desgaste de energia. Contribuem, assim, para a maior otimização do trabalho com a redução das consultas individuais, participação ativa do cliente no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o cliente³, possibilitando, conseqüentemente, melhor controle da morbidade e até mesmo redução das complicações.⁴

Sobre o trabalho com grupos, cabe salientar, ainda, que essas atividades permitem habilitar as pessoas a identificar forças que interagem no ambiente em que vivem, na cultura e na participação pela busca de alternativas que promovam a transformação das suas condições de vida.⁵

Dessa forma, a atividade grupal configura-se como uma oportunidade para atender à diversidade dos fatores determinantes do modo de vida, quais sejam, sociais, culturais, econômicos e políticos. Contribui, portanto, para o empoderamento das pessoas, uma vez que lhes permite, no seu tempo, o aproveitamento das potencialidades delas.

Essas questões se fazem essenciais para o cuidado. Por meio do trabalho com grupos, possibilita-se maior grau de igualdade de oportunidades para seus membros, independentemente das capacidades deles, das circunstâncias étnico-sociais, da motivação, dos estresses e outros. Trata-se de um cuidado que reconhece

e valoriza os elementos que incorporam o cotidiano de cada pessoa, ou seja, um cuidado congruente com a cultura de cada um.

Diante disso, nosso objetivo com este estudo é discutir as limitações e as possibilidades para o desenvolvimento do trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger,⁶ realizada em oito Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Essa teoria se fundamenta no cuidado congruente com os valores, crenças, expressões e práticas culturais, significativo para as pessoas de culturas diversas ou similares. Seus pressupostos apóiam a previsão de que existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar de todas as culturas do mundo que precisam ser conhecidas e compreendidas para poder assistir à clientela de maneira satisfatória e humanística.⁷

Com base nessa compreensão, a teoria de Leininger condiz com nosso objeto de estudo por ampliar o conceito de cuidado. Essa teoria propõe três formas para se realizar o cuidado, considerando a cultura: a *preservação do cuidado* – que se constitui naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde; a *acomodação do cuidado* – ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de determinada cultura e adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais; e a *repadronização do cuidado* – ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos e grupos a reordenar, trocar ou, em grande parte, modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde.⁶

Participaram do estudo dezenove profissionais coordenadores de grupos, dentre eles três técnicos de enfermagem (enfermagem de nível médio – ENM), dez enfermeiros, quatro médicos, uma assistente social e uma docente de fisioterapia. Os critérios de inclusão desses informantes foram: equipes completas, compostas de um médico, um enfermeiro e dois profissionais de enfermagem do nível médio; equipes em que as atividades de grupo estivessem voltadas para pessoas com hipertensão e/ou diabetes, grupos prevalentes nas UBSs;⁸ coordenadores de grupo com nível superior ou médio; profissionais que aceitaram voluntariamente colaborar com esta pesquisa.

As informações foram coletadas entre junho e novembro de 2006, por meio da observação participante e entrevista aberta, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.⁹ Os dados foram coletados após o parecer favorável das instituições e aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Protocolo ETIC nº 0047/06, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer nº 009/2006, em consonância com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contato com os coordenadores de grupos favoreceu identificar as limitações e as possibilidades para a prática de grupo. Uma dessas limitações diz respeito à dificuldade desses profissionais de se apropriarem de um conjunto de habilidades técnicas e científicas que lhes permite fazer uma leitura aprofundada do processo grupal, o que contribui para o comprometimento da interação no interior do grupo, como mencionam os depoimentos a seguir:

[...] até acho minha experiência pequena [...]. A gente sente uma carência. [...] Às vezes, nos lugares, que as pessoas estão [...]. Parece que perdeu o entusiasmo. (Júlia – enfermeira)

Eu nunca tive uma preparação anterior a isso para poder estar trabalhando com eles [os membros do grupo]. (Marcos – médico)

Esse achado corrobora outros estudos, demonstrando que não são raras às vezes em que o coordenador lança mão da improvisação, o que pode expor os demais membros a conseqüências danosas, com desencadeamento de fenômenos grupais como aversão, conflitos desnecessários e perda do interesse e motivação para o cuidado.^{11,12,13}

Para algumas autoras, a coordenação de grupos exige discernimento quanto ao processo grupal, o funcionamento, a dinâmica dele e, sobretudo, que as intervenções sejam subsidiadas por pressupostos teóricos que sustentarão tanto o planejamento e a elaboração das intervenções quanto à compreensão dos movimentos do grupo e à avaliação da metodologia utilizada.¹⁴

Nesse sentido, a crença básica do profissional quanto ao despreparo dele para essa atividade permite inferir que há dificuldade na preservação, acomodação e repadronização do cuidado.⁶ O uso do conhecimento empírico oportuniza aos coordenadores leituras pouco aprofundadas do processo grupal, o que permite a não-percepção de determinadas situações que emergem no grupo, nas suas peculiaridades. Ao serem movidos pelo senso comum, os coordenadores são influenciados pelos seus valores, crenças e experiências vivenciadas, o que limita o olhar crítico sobre a realidade do grupo, tanto no seu aspecto evolutivo quanto no monitoramento da dinâmica de suas relações.¹⁵

Outra importante limitação na prática de grupos refere-se à dificuldade de fixar o profissional de saúde nas equipes, evidenciada pela sua grande rotatividade, principalmente do profissional médico. A anotação de campo a seguir revela isso:

Uma das enfermeiras relatou sobre a dificuldade de estruturar trabalho junto aos grupos, dada a grande rotatividade de profissionais na equipe.

Enfermeira – *Entram médicos recém-formados que avisam que seu objetivo é a residência. Com o primeiro médico nós conseguimos, mas ele ia fazer residência, ficar um ano. Aí veio outro, não tinha afinidade com grupo, acabou. (Nota de observação – UBS “C”)*

A rotatividade da equipe constitui um empecilho na integração do grupo. A instabilidade de profissionais nas equipes de saúde compromete a formação de vínculo, conseqüentemente, da efetivação do cuidado.¹² Além disso, conforme pontua outra autora,¹⁶ essa rotatividade pode indicar que esses profissionais não possuem perfil para o trabalho no âmbito da saúde coletiva, possivelmente, como resultado da formação acadêmica: os médicos em sua maioria, são formados no modelo flexneriano, voltado para o atendimento das especialidades, e não dos problemas de saúde enfrentados pela população e da integralidade da assistência.

Pode-se ainda dizer que, dado o despreparo dos profissionais para o manejo de grupos, são freqüentes as situações em que o coordenador se defronta com dificuldades para lidar com os sentimentos humanos e interações que afloram no grupo, o que constitui outra limitação enfatizada por uma das informantes:

Aqui hoje no grupinho eu tenho gente que vem aqui para falar sobre o orçamento participativo. [...] Eu tenho pessoas que são articuladas com a prefeitura em relação [...] aos idosos, eles se organizam. (Vera – docente de fisioterapia)

Nessa fala, percebe-se que, apesar de a coordenadora apresentar uma escuta diferenciada, ela demonstra dificuldade para lidar com situações que sinalizam a ruptura do grupo com a regularidade de ser/estar reduzido à patologia, ou seja, com a universalidade do modelo biomédico no contexto cultural do grupo.⁶

Nesse sentido, Castilho¹⁷ explica que, diferentemente do processo individual, a interface grupal exige muito mais do coordenador do que um nível de percepção, intuição e visão gestáltica, e estas são postas à prova a cada instante pelo grupo, por meio do seu julgamento, pressões, resistência, coesão e normas, com as quais o coordenador terá de saber lidar a cada momento. Mais adiante, essa autora afirma que o profissional necessita sentir-se internamente bem preparado

[...] para compreender o que se passa com ele e analisar as relações desse fenômeno com sua

condição e realidade pessoal. Criando para si um nível de consciência exata de sua posição e situação existencial, dentro do contexto do grupo, ante o momento vivido. Em outras palavras, que se tenha uma visão teórica e real do movimento do grupo.^{17:1-2}

Com base nessa reflexão, observa-se que subsidiar a prática partindo de um referencial teórico possibilitará lidar com os conteúdos emergentes e latentes no grupo. Entretanto, cabe ressaltar que esse referencial deve ser apenas norteador das ações, pois cada momento vivido no grupo é singular, o que exige adaptações segundo o contexto cultural em que será empregado.

Outra limitação que compromete o desenvolvimento do trabalho com grupos refere-se à falta de materiais e de apoio logístico.

A falta de material é uma coisa que a gente sente muito mesmo, [...]. Não chega até a gente material, então você compra, tira xerox, inventa. Se nós tivéssemos material mais adequado [menciona o uso de vídeo], acho que o resultado, às vezes, seria bem mais positivo e estimulante, até para o próprio usuário. (Sara – enfermeira)

Esse depoimento revela pontos importantes, que são a carência e a baixa utilização de algumas mídias, como vídeos, filmes e outros. Apesar do avanço das tecnologias educativas, observa-se que as equipes de Saúde da Família não dispõem de todos esses recursos para viabilizar o trabalho com grupos.

Lembramos aqui que as mídias contribuem para a aprendizagem grupal, uma vez que possibilitam emergir conteúdos implícitos de imagens e sons que, por sua vez, ajudam a florir sentimentos. Landowski¹⁸ assinala que a relação corporal do espectador, nesse caso do participante do grupo, com a obra colabora para a apreensão do sentido das mensagens:

[...] certa emoção ou determinada sensação sendo experimentada e figurada pelo outro no seu corpo, ao encontrar reexperimentada pelo e no corpo do próprio espectador, o efeito de contágio não se distingue da apreensão de uma significação; nesse gênero de transmissão corpo a corpo, o que imediatamente 'se sente' é o 'sentido' mesmo. O sentido é sentido.^{18:39}

Pelo exposto, a competência do coordenador para a condução do grupo, somada às tecnologias empregadas, pode provocar sentimentos e emoções que podem ou não ser favoráveis ao crescimento grupal e pessoal.

Os coordenadores também enfrentam limitações quanto à organização do processo de trabalho, como a pressão da demanda, que reflete em sobrecarga de trabalho da equipe de Saúde da Família. Essa sobrecarga compromete as agendas de atividades grupais, tornando-se, assim, problema para a efetivação desse tipo de trabalho.¹⁹ Compartilham esse modo de pensar alguns informantes desta pesquisa, tal como descrito a seguir:

[...] a gente sempre tem uma sobrecarga de trabalho. Isso não é desculpa para nada, mas, na verdade, se você tira um horário para fazer um grupo por mês, [...] é uma coisa que não fica muito viável. (Bernadete – médica)

[...] com o PSF a gente ficou meio sem tempo para cuidar muito do grupo, mas funciona assim. [...] Os profissionais acabam ficando com um monte de coisa para fazer, que você não consegue, [...] programar, [...] não consegue se fazer em grupo, porque é muita coisa. (Eduarda – ENM)

Apesar dessas limitações para a execução da atividade com grupos, vale ressaltar que os coordenadores buscam enfrentá-las por meio de reforços externos, visando levar em frente as atividades educativas coletivas. Percebe-se que a busca de parcerias tornou-se cultural, conforme identificado nesta fala:

[...] nós desenvolvemos uma parceria com a Escola X, uma parceria que eu fiz junto à direção na época, em 2003, e a professora de educação física. Ela começou com atividade em que ela cedia uma hora por semana e depois houve um projeto, e depois houve uma adesão dessas horas à própria [...] carga horária dessa professora. [...] e [...] ela consegue alguns equipamentos [para atividade física] da escola e com alguns dela própria [...]. (Rebecca – assistente social)

A esse respeito, alguns autores afirmam que o grupo deve ser auxiliado e incentivado, de forma que as pessoas identifiquem suas necessidades e anseios a respeito da saúde delas; depois, considerem de forma criativa a realidade, inventem, conjuntamente, mecanismos de busca e acesso aos recursos institucionais e dos programas de saúde que atendam a essas necessidades e aspirações.¹⁵

Essa perspectiva é reforçada pelo documento da Organização da Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte, o qual prima pelo maior potencial de articulação com a comunidade e abrangência dos problemas de saúde reconhecidos, esperando que a Estratégia de Saúde da Família consiga fazer parcerias com as organizações comunitárias, com outras instituições, bem como com outros setores da prefeitura que realizem ações voltadas para o bem-estar de sua população.⁸

Observa-se, entretanto, que nem sempre é fácil para o coordenador de grupo estabelecer essas parcerias, tal como exemplificado nos trechos a seguir:

[...] que haja a participação do nutricionista, do [...] farmacêutico, [...] do fisioterapeuta, mas a gente tem dificuldades com essas especialidades. [...] a gente tem dificuldade com relação a esse acompanhamento. (Jeferson – enfermeiro)

[...] gostaria muito que tivesse um trabalho específico na área de nutrição, [...] fisioterapeuta. Porque há uma demanda grande em nossa área. (Rebecca – assistente social)

Essa fala remete, mais uma vez, à limitação quanto à organização do processo de trabalho, e faz pensar sobre as condições de trabalho e a motivação dos profissionais para a atividade grupal. A dificuldade em estabelecer parceria interdisciplinar compromete a possibilidade de ações conjuntas, que dinamizariam a aprendizagem no grupo. Vale lembrar que a interdisciplinaridade é entendida como uma relação de reciprocidade, de mutualidade, em regime de co-propriedade que possibilita um diálogo mais fecundo entre os vários campos do saber.²⁰

Dessa forma, em casos de parceria interdisciplinar, é importante que o outro profissional também tenha conhecimento sobre a dinâmica de grupo, o que possibilitará melhor compreensão do relacionamento humano no enfoque grupal, reconhecendo seus limites e potencialidades. Num esforço conjunto, poderão focalizar o desenvolvimento de novas estratégias e perspectivas para o relacionamento interpessoal eficaz, buscando, principalmente, entender questões relacionadas à condução de grupos, ao papel do coordenador, à liderança e ao planejamento, organização e manutenção de um *setting* grupal.²¹

Outra questão apontada pelos informantes e que aparece como outra limitação na prática do coordenador de grupo refere-se à dicotomia entre o trabalho em equipe e o sentimento de solidão no cotidiano:

Você cria as coisas, mas, se você criar, você tem que está disposto a seguir sozinho. (Júlia – enfermeira)

Nesse sentido, percebe-se que, embora a responsabilização de toda a equipe pela organização e condução do grupo faça parte do desejo de muitos profissionais de saúde, essa ação ainda é pouco concreta na prática.

Todos os atores implicados na questão da saúde governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre com base em certas contradições entre esses atores sociais e políticos. Assim, essa pactuação pode ocorrer sob forte tensão e a organização da assistência, configurando-se como produto dela.²²

Não obstante, pode-se inferir que a equipe de Saúde da Família tem suas limitações na condução de seu processo de trabalho e no trabalho com grupos, quais sejam, o seu manejo e a necessidade multidisciplinar reconhecidos, em que os vários saberes se fazem necessários para a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado nos diversos modos de vida.⁶ Além disso, enfatiza-se que profissionais com maior grau de especialização possuem maior dificuldade nesse trabalho, pois a visão é diferenciada.

Foi identificada, ainda, uma declaração pertinente à necessidade de se buscar apoio institucional para maior aproveitamento da potencialidade do grupo, referenciando-se à educação permanente.

Acho que a gente precisava ter uma reciclagem e um treinamento para estar lidando com grupo, [...] precisava de capacitação. (Renata – enfermeira)

Segundo Trentini e Beltrame,²³ esse é um ponto frágil dos serviços de saúde, pois, dificilmente, são oferecidos à equipe de saúde programas de educação permanente específicos para a atividade com grupos e os poucos existentes, geralmente, possuem conteúdo apenas técnico, não sendo valorizada a intersubjetividade.

Em contrapartida, apesar de não sistematizada, foi encontrado um grupo como espaço de “educação permanente”, visando à capacitação do agente comunitário de saúde (ACS), como se desvela nas falas a seguir:

A gente tenta colocar também o ACS participando do grupo, como uma forma de estar colocando na atividade da equipe e também uma forma de educação continuada para o ACS, também. (Renata – enfermeira)

A satisfação do ACS aumentou demais, também, a responsabilização [...]. A gente viu que o ACS se sentiu mais útil também quando a gente deu essa função para eles [participar dos grupos por meio de teatro]. (Malu – enfermeira)

O agente comunitário tem suas competências formuladas para atuar na interação social serviço-comunidade e suas funções transcendem o campo da saúde, uma vez que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente.⁸

Constitui, portanto, papel do ACS fazer o intercâmbio equipe de saúde *versus* comunidade. É importante a liderança e a capacidade de comunicação, o que favorece uma aproximação cultural que fortalece o trabalho da equipe ao unir o saber científico ao saber popular.

Outra grande limitação para a prática de grupo refere-se à apropriação pelos profissionais de saúde das tecnologias leves, aquelas que remetem a relações entre sujeitos, estabelecidas no trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que o trabalho está sendo produzido.²⁴ Por exemplo, cita-se a autonomização do cliente. Pode-se inferir isso baseando-se na observação abaixo, que mostra uma prática verticalizada, pouco reflexiva:

[...] durante a realização do grupo, a enfermeira da UBS 'E' fazia alguns questionamentos sobre a atividade física. Muitas vezes, ela não oportunizava a fala dos membros do grupo. Perguntava e respondia quase que imediatamente. (Nota de observação – UBS “E”)

A autonomia do sujeito é primordial para a promoção da saúde. Nessa perspectiva, a fragilidade das estratégias utilizadas por alguns coordenadores dificulta o desenvolvimento de competências pessoais,

comprometendo o desenvolvimento individual e a formação crítica do sujeito. O cliente torna-se dependente do serviço de saúde, sustentando práticas tradicionais, pouco integradoras e reflexivas.

Para contrastar com essa realidade, é necessário entender que em

[...] cada ato de comunicação de mensagens sobre a saúde, por exemplo, há muito mais do que a absorção [ou não] de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de fantasias e fantasmas, de usos, de resignificações culturais, a partir dos quais a saúde e a doença adquirem sentido.²⁵

Assim, é primordial que esses coordenadores passem a mobilizar-se e atentar-se para abrir espaços para as tecnologias leves, por subsidiarem os processos relacionais, viabilizando um cuidado dinâmico e congruente com a cultura do outro,⁶ partindo da comunicação, da reciprocidade e dos afetos.

A Transição Tecnológica é caracterizada por mudanças no modo de fazer saúde, impactando o processo de trabalho, o que altera as relações das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, denominada Composição Técnica do Trabalho. Essa transição também é compreendida como um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinada. Deve-se, portanto, configurar esse processo como novos sentidos das práticas assistenciais, tendo como conseqüência o impacto nos resultados a obter, por intermédio dos clientes, e na resolução de seus problemas.²⁴

Nesse sentido, o coordenador deve adotar uma prática mais dialogada, sensível a essas demandas, compartilhando com o outro os novos sentidos dos caminhos a serem trilhados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo mostramos a persistência, na prática, de limitações técnicas e teóricas do profissional para

coordenar o grupo, as quais perpetuam a crença de que recursos e apoio logístico tornarão o grupo mais interessante e efetivo, estabelecendo vínculo, credibilidade e adesão. Além disso, os informantes explicitaram a necessidade de treinamentos mais sistematizados para se capacitarem, o que não tem visibilidade, ainda, em nível institucional.

Apesar de todas essas limitações, o trabalho com grupos tornou-se cultural nas unidades básicas de saúde. Conseqüentemente, as equipes de Saúde da Família deverão ser continuamente preparadas para responder aos desafios contemporâneos, especialmente as questões emergentes de vida diária, desenvolvendo uma roda social que responda aos anseios dos clientes para além do paradigma da doença.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que, para o aproveitamento do trabalho grupal, é necessário não apenas a disponibilização de recursos e equipamentos adequados às reais necessidades da população, mas também que o coordenador esteja devidamente capacitado e pratique a comunicação adequada e estimule a evolução do grupo, o que nem sempre é observado na prática.^{3,11} Problemas para a sua manutenção ainda persistem, como área física inadequada, insuficiência quantitativa e de capacitação de recursos humanos e dificuldade de obtenção de apoio seja ele financeiro ou logístico. Mas também é verdadeiro o contrário. Novas possibilidades vêm à tona nessa prática, como o estabelecimento de parcerias e formação de rede "interprofissional".

Nesse sentido, para a efetivação das transformações da prática de grupo, espera-se que o profissional lance mão de conhecimentos teóricos e práticos para a construção de um novo saber-fazer que resgate o grupo, como espaço social, possibilidade operativa e humanizadora para si e para os clientes, numa perspectiva crítica e transformadora.

Para tanto, há a necessidade de suscitar vontade política de produzir mudanças na realidade, uma vez que sem um posicionamento institucional claro, dificilmente o trabalho com grupos sairá da condição de projeto alternativo para enfrentamento de demanda e se integrará ao sistema de cuidado cultural.

REFERÊNCIAS

1. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, *et al.* Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Conferência Nacional de Saúde Online [série online] 2007. [Citado em 2007 abr 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm#EDUCAÇÃO>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. Painel de Indicadores do SUS, 4.
3. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007 mar; 11(1):52-7.
4. Torres HC. Avaliação de um programa educativo em diabetes mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2004.
5. Frota MA, Albuquerque CM, Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. 2007 abr-jun; 16(2): 246-53.
6. Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978. College Custom Series.

7. Leininger MM. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002; 13(3): 189-92. [Acesso em 2006 out 27]. Disponível em: <http://tcn.sagepub.com/cgi/reprint/13/3/189>.
8. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Organização da atenção básica da rede municipal de Belo Horizonte – a atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2006.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
11. Grossmann E, Kohlrausch E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. *Rev Gaucha Enferm*. 2006 mar; 27(1):71-9.
12. Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e grupos. 2ª ed. Goiânia: AB; 2003.
13. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di' Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003 jan-mar; 12(1):97-103.
14. Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletrôn Enferm*. 2006; 8(1):150-61. [Citado em 2007 abr 10]. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442006000100020&lng=pt&nrm=iso
15. Alonso JK. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. *Texto Contexto Enferm*. 1999 jan-abr; 8(1):122-32.
16. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2005 mar-abr; 21(2):490-8.
17. Castilho A. Dinâmica do trabalho de grupo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2004.
18. Landowski E. Viagem às nascentes do sentido. In: Silva IA, editor. *Corpo e sentido: a escuta do sensível*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1996. p.21-43.
19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 (Supl 1):S100-10.
20. Assman H. Reencantar a educação. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
21. Esperidião E, Sá LC. O processo grupal na formação do musicoterapeuta: uma experiência interdisciplinar. *Rev UFG*. 2005 dez; 7(2). [Citado em 2008 Jun 5]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/45anos/W-musicoterapia.html.
22. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p.15-35.
23. Trentini M, Beltrame V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. *Acta Sci Health Sci*. 2004; 26(2):261-9.
24. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*. 2003 set-dez; 27(65):316-23.
25. Natansohn G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Rev Econ Política Tecnol Inform Comunic*. 2004 mayo-ago; 6(2):38-53.

Data de submissão: 22/12/2008

Data de aprovação: 2/3/2009