

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE**

**PATRÍCIA SANCHEZ**

**PRÁTICAS GRUPAIS E PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS,  
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2018**

**PATRICIA SANCHEZ**

**PRÁTICAS GRUPAIS E PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS,  
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Departamento de  
Medicina Social da Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de “Mestre em Ciências”

Programa: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazle Rocha

**RIBEIRÃO PRETO**

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **FICHA CATALOGRAFICA**

SANCHEZ, Patricia.

Práticas Grupais e Promoção de Saúde: estratégia, contribuições e desafios/ Patricia Sanchez; orientador Juan Stuardo Yazlle Rocha – Ribeirão Preto, 2018. 73p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. - Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Rocha, Juan Stuardo Yazlle.

Palavras chaves: Promoção de saúde; Grupos de Promoção de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Educação em Saúde;

Nome: SANCHEZ, Patricia.

## **DEDICATORIA**

A minha mãe Alzira e irmã Verônica, pelo incentivo e colaboração nos momentos em mais precisei. Com vocês aprendi o que é ter coragem para viver e alçar voos mais altos.

Aos meus filhos Cauã e Lívia para que se inspirem sempre a buscar transformações para um mundo melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me dar desejo, força e determinação para buscar transformações.

Ao Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha, pela paciência, compreensão, dedicação e conhecimentos divididos ao longo deste processo.

Ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, colaboradores e docentes, pela atenção, aprendizado e auxílio nesta conquista.

Aos colegas de trabalho, que compreenderam minha ausência e me auxiliaram sempre que puderam. Obrigada pelos momentos de escuta e apoio.

À Haline, verdadeira amiga, profissional exemplar pela qual tenho admiração. Obrigada pela parceria sincera, auxílio sempre com gentileza, incentivo durante nossas reflexões.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o meu desenvolvimento e colaboraram para esta conquista.

**A vida é assim:  
Esquenta e esfria,  
Aperta e daí afrouxa,  
Sossega e depois desinquieta  
O que ela quer da gente  
É coragem  
Guimarães Rosa**

## RESUMO

SANCHEZ, Patricia. **Práticas Grupais e Promoção de Saúde: estratégias, contribuições de desafios. 2018.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Os grupos de promoção de saúde são intervenções coletivas que buscam favorecer o desenvolvimento da cidadania. Tendo como recurso importante a educação em saúde, são grupos que estimulam a cooperação entre os participantes para o desenvolvimento de atividades a favor da conquista do que se é de direito a todo cidadão, uma vida digna. A relevância do tema somada a escassez de estudos nessa área foram as principais razões que motivaram a busca por conhecer as propostas já implantadas, as estratégias utilizadas, às contribuições desses grupos à população e os desafios a serem superados. Tratou-se um estudo descritivo exploratório, com uso da análise qualitativa. Foi aplicado em três Núcleos de Saúde da Família vinculados a uma Universidade e localizados no município de Ribeirão Preto. Contribuíram para esse estudo dezoito participantes entre profissionais de saúde e usuários que compartilhavam das intervenções. Os resultados apontaram para uma busca da equipe com vistas ao desenvolvimento e aprimoramento das ações grupais voltadas para a educação em saúde. Também foram identificadas estratégias exitosas que beneficiam principalmente as relações sociais e proporcionam bem estar psicoemocional ao usuário. Foi identificada atuação importante da equipe multiprofissional para a efetivação do trabalho. Como conclusão foi possível observar que apesar dos avanços, alguns desafios giram em torno da busca pela superação do modelo de assistência tradicional, organização de indicadores que auxiliem no aperfeiçoamento das estratégias e construção de novos sentidos que auxiliem na compreensão e atuação sobre as demandas individuais e coletivas.

**Palavras chaves:** Promoção de saúde; Grupos de Promoção de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Educação em Saúde;

## ABSTRACT

SANCHEZ, Patricia. **Group Practices and Health Promotion: strategies, contributions of challenges**. 2018. Dissertation (Master degree) - Faculty of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Health promotion groups are collective interventions that seek to promote the development of citizenship. Having as an important resource health education, are groups that stimulate cooperation among participants to develop activities in favor of achieving what is right for every citizen, a dignified life. The relevance of the theme, coupled with the scarcity of studies in this area, were the main reasons that motivated the search to know the proposals already implemented, the strategies used, the contributions of these groups to the population and the challenges to be overcome. This was an exploratory descriptive study using qualitative analysis. It was applied in three Family Health Centers linked to a University and located in the city of Ribeirão Preto. Eighteen participants contributed to this study among health professionals and users who shared the interventions. The results pointed to a search of the team with a view to the development and improvement of group actions focused on health education. Successful strategies have also been identified that mainly benefit social relations and provide psycho-emotional well-being to the user. An important performance of the multiprofessional team was identified for the accomplishment of the work. As a conclusion, it was possible to observe that despite the advances, some challenges revolve around the search for overcoming the traditional assistance model, organization of indicators that help in the improvement of strategies and construction of new senses that help in understanding and acting on the individual demands and collective agreements.

**Keywords:** Health promotion; Health Promotion Groups; Family Health Strategy; Health education



## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1:</b> Identificação de mudanças a partir da participação nos grupos.....	58
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPS	Grupo de Promoção de saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

### 1. INTRODUÇÃO

1.1 Promoção de Saúde: Nova Estratégia.	15
1.1.2 A influência dos determinantes sociais na saúde e qualidade de vida.	18
1.2 SUS, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família.	21
1.3 Intervenções grupais em Promoção de Saúde.	23

### 2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos	28

### 3. MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo	
3.2 Local da Pesquisa	29
3.3 Participantes	30
3.4 Instrumento	31
3.4.1 Roteiro de Entrevista Semiestruturado	31
3.4.2 Roteiro de entrevista – Profissionais de saúde	32
3.4.3 Roteiro de Entrevista – Usuários do serviço	32
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados	32
3.5.1 Aspectos Éticos	33
3.6 Procedimentos de Análise dos Dados	34

### 4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos grupos selecionados	36
4.2 Resultados qualitativos - Profissionais de saúde	37
4.3 Caracterização dos usuários participantes – Usuários do serviço	55
4.4 Resultados qualitativos - Usuários do serviço	

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

63

## **REFERÊNCIAS**

### **ANEXOS**

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista (Profissional)	69
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista (Usuário)	71
Anexo I – TCLE	72

## 1. APRESENTAÇÃO

As escolhas que fiz no início da prática profissional como psicóloga se tornaram motivo de inquietações relacionadas à assistência a saúde. Minha primeira experiência foi através do aprimoramento profissional em saúde na comunidade um programa oferecido pelo departamento de Psicologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Foi em 2011 quando iniciei minhas atividades no Núcleo de Saúde da Família III no mesmo período também iniciaram os residentes da residência multiprofissional em atenção à saúde oferecido pela USP Ribeirão Preto.

Como era de se esperar o nosso objetivo era tanto participar dos grupos existentes como reestruturá-los de acordo com nossas perspectivas. Assim fizemos e reproduzimos os métodos aprendidos anteriormente aplicando – os com uma expectativa que logo mais seria frustrada. Não funcionou como havíamos pensado. Tantos foram os questionamentos e tentativas de acerto, que valeu a experiência, as valiosas frustrações que nos levaram a reestruturação das propostas, e as reflexões acerca de quais recursos poderíamos utilizar para que realmente fizesse sentido para quem se destinava.

Fomos motivados a criar, deixar de lado métodos que nos deixavam seguros, porém auxiliavam pouco, fomos desafiados a trabalhar com o conceito positivo de saúde e propor estratégias para o alcance dos objetivos através dos grupos. Aprendi muito a partir desse desafio, minha formação em psicologia, voltada para clínica, principalmente, e ainda recente até então me colocava em uma posição um pouco distante em relação ao acolhimento e assistência conforme presenciei e participei no NSF III nos dois anos em que fiz parte dessa equipe.

Vários profissionais se tornaram inspiração para mim, meus colegas de trabalho, residentes, equipe fixa, docentes, orientadores, contribuíram para minha formação profissional.

Baseada nessa experiência fundamental para minha formação um questionamento sempre esteve presente, como fazer um grupo de promoção de saúde? Com a falta de textos ou artigos que demonstrassem alguma experiência na época, meu desejo era mostrar como este grupo poderia ser operacionalizado e quem sabe auxiliar para a construção um novo olhar em relação a essa proposta de trabalho.

Ao buscar referencial teórico encontrei o artigo no qual me inspirei para organizar uma busca pelas atividades grupais em promoção de saúde, caminho que será apresentado durante este estudo.

A estrutura para apresentação desse trabalho se sustenta em cinco eixos, o primeiro pertence ao referencial teórico que convida o leitor há um resgate histórico sobre as construções acerca da promoção de saúde sendo finalizada pelas questões principais que conduziram o estudo. O segundo eixo traz os objetivos que se resumem a compreender a estrutura, planejamento e execução das práticas grupais em promoção de saúde bem como suas contribuições para os participantes. No terceiro eixo é apresentado como o estudo foi conduzido para o alcance dos resultados finais. A demonstração dos resultados foi dividida em duas partes, na primeira são os resultados baseados na entrevista com profissionais de saúde e na segunda com os usuários. Os resultados e a discussão compõe o quarto eixo dessa pesquisa que tem como quinto eixo as conclusões do estudo.

Além dos objetivos citados outra importância na execução deste trabalho está relacionada à escassez de estudos científicos sobre este tema, espera-se que esse estudo possa oferecer subsídios para implantação de grupos de promoção de saúde bem como propicie novas pesquisas.

Atualmente trabalho em um Hospital que dentro da organização de complexidades do Sistema Único de Saúde está situado na atenção secundária, onde foi possível desenvolver alguns grupos, mais destinados à prevenção de agravos, porém, essa experiência pela qual passei foi essencial para o desenvolvimento de estratégias e aprimoramento das propostas de trabalho com grupos, entendido como um constante desafio que exige reinvenção e um olhar que sempre considere o usuário e seu contexto de vida.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Promoção de saúde: Uma nova estratégia

Foi a partir da década de 70 que a Promoção de Saúde ganhou espaço no contexto internacional. Os primeiros eventos, discussões e elaboração de documentos sobre o tema ocorreram no Canadá, diante da necessidade de se reduzir os altos e crescentes custos da assistência médica, fato este que mobilizou o Estado a buscar alternativas para enfrentar a situação. Em 1971 foram detectadas as principais causas de morte da população relacionadas aos acidentes de trânsito, doenças isquêmicas do coração, doenças respiratórias, câncer de pulmão e suicídio, bem como, identificada a influência dos comportamentos de risco como o tabagismo, alcoolismo, obesidade, estresse, sedentarismo, hábitos alimentares prejudiciais e, ainda, aos problemas ambientais. Tais ocorrências e comportamentos, ligados ao estilo de vida, não seriam controlados, modificados ou minimizados por ações tradicionais realizadas pelo sistema de atenção à saúde da época sendo necessária a criação de alternativas no atendimento (BUSS, 2000; CNDSS, 2006; SILVA; BAPTISTA, 2014).

Assim, o advento em benefício da promoção de saúde ganhou forma alicerçada à divulgação do Relatório Lalonde, em 1974, conhecido como *Informe Lalonde*. Este documento priorizou a atenção e preconizou que as ações em saúde deveriam garantir a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade, de tal modo que a promoção da saúde passou a ser considerada, como um conjunto de práticas e saberes que influenciam a saúde e subsidiam um modelo explicativo relacionado ao processo saúde/doença considerando quatro grupos determinantes: o ser biológico, a organização do sistema de saúde, o ambiente e o estilo de vida. (CARVALHO, 2004; ROCHA, 2011; SILVA; BAPTISTA, 2014).

Esta nova definição possibilitou inovações no campo da saúde, ao considerar e ampliar o debate para os determinantes sociais da saúde em detrimento do modelo curativo e centralizado no médico, já que este modelo se mostrava insuficiente para responder aos problemas de saúde mais amplos. Trouxe ainda um forte conteúdo regulatório, com enfoque na prevenção, tornando o indivíduo corresponsável por sua saúde—na medida em que focava no estilo de vida, tal modelo, entretanto, negligenciava o contexto político, econômico e social. Desde então, a Promoção de Saúde foi ganhando destaque a nível mundial, e passou-se a discutir o assunto extensivamente em diversos encontros e documentos (SILVA; BAPTISTA, 2014).

Neste sentido, a saúde que anteriormente havia sido considerada um estado de bem estar biopsicossocial e não mais ausência de doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, tem seu conceito ampliado com a conferência de Alma-Ata no final dos anos 70 que a explicou como um direito fundamental e meta social mundial que carecia de ações em conjunto com setores sociais e econômicos para sua efetivação, sendo ainda indispensável para o desenvolvimento sustentável que contribui para qualidade de vida, a participação da população para o planejamento e aplicações das ações de saúde (WHO, 1978).

Nesta perspectiva, em 1986 foi divulgada a Carta de Ottawa, produto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá no mesmo ano. Tal carta é um marco para a fundação e desenvolvimento das ideias sobre a “Nova Promoção da Saúde” e a define como: um processo que visa o aumento da capacidade dos indivíduos e coletividade na busca de controle e melhoria de sua saúde. (BUSS, 2000; BRASIL, 2002; WHO, 1986). Em seu relatório final foi proposto um "novo olhar" sob a ótica dos determinantes e condicionantes da saúde, considerado um avanço para o entendimento de que para promover saúde era necessário ir além da alteração do estilo de vida. Portanto, diferente do modelo proposto por Lalonde com caráter mais regulatório, Ottawa trouxe uma proposta voltada à produção de saúde e a emancipação dos indivíduos (SILVA; BATISTA, 2014).

Incurionado por estas questões nos anos posteriores aconteceram conferências internacionais que abordaram temas relacionados à Promoção de Saúde reafirmando seu conceito e produzindo documentos norteadores para o desenvolvimento de ações, tais como:

- Declaração de Adelaide, 1988 - Promoção de Saúde e Políticas Públicas Saudáveis.
- Declaração de Sundsvall, 1991 (Promoção de Saúde e Ambientes Favoráveis).
- Carta do Caribe para Promoção de Saúde, 1993
- Declaração de Jacarta, 1997 (Promoção de Saúde no Século XXI).
- Declaração do México, 2000 (Promoção de Saúde: Rumo a Maior Equidade).
- Carta de Bangucoque, 2005 (Promoção de Saúde num mundo Globalizado).
- 7ª Conferência Global sobre Promoção de Saúde, 2009.
- 8ª Conferência Global sobre Promoção de Saúde, 2013.
- 22ª Conferência internacional de Promoção da Saúde, 2016.
- 9ª Conferência Global sobre Promoção de Saúde, 2016.

A partir deste novo entendimento, a promoção de saúde passou a ter um significado ainda mais abrangente voltado à construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes



favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002; WHO, 1986). Corroborando com o exposto, Buss (2000) define a promoção de saúde como:

[...] uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, p 165, 2000).

Assim como a carta de Ottawa é o referencial básico de promoção de saúde no mundo, a Declaração de Bogotá de 2005 é considerada o termo de referência para a promoção de saúde na América Latina tendo esta, cinco premissas: Superação das desigualdades econômicas, sociais, políticas culturais e ambientais; Novas ações de saúde pública no combate às enfermidades, tanto causadas pela pobreza quanto pela urbanização e industrialização; Reafirmação da democracia nas relações sociais; A conquista de equidade e o Desenvolvimento da integralidade e corresponsabilidade individual e coletiva (BUSS, 2000; BRASIL, 2002; HEIDMANN et al., 2006).

Já, no Brasil em 1988 ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), que em seu Relatório Final, definiu a saúde como resultado das condições de alimentação, moradia, acesso à educação e aos serviços de saúde, saneamento, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade. (CARVALHO, 2008). Este conceito ampliado indicou a necessidade de se criar ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde e ainda fundamentou a construção de leis garantindo o direito de acesso a todo cidadão.

Com isso, a Promoção da Saúde foi conquistando importância no Brasil sendo que entre 1998 e 1999 o Ministério da Saúde formalizou, em conjunto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), um projeto denominado “Promoção de Saúde, um novo modelo de atenção” que iniciava uma discussão formal sobre o tema, seguida do lançamento da revista Promoção de Saúde e a publicação das Cartas de Promoção de Saúde. Em 2002 foi formulada a primeira proposta sobre uma Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão) e sendo esta Política formalizada e concretizada apenas quatro anos mais tarde, em 2006, (BRASIL, 2002, BUSS; CARVALHO 2009; MALTA et al., 2016; SILVA; BATISTA, 2014).

Diante do exposto, pode-se definir promoção de saúde como um processo de capacitação individual e coletiva para a obtenção do controle sobre os determinantes sociais da saúde e tem com o objetivo a melhoria da qualidade de vida da população e ainda considerada uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, fortalecendo escolhas pessoais baseadas no conhecimento e responsabilidade social com o objetivo de criar um futuro mais saudável. Sendo

assim, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas também dos estilos de vida saudáveis individuais e coletivos adotados para o bem-estar. (CZERESNIA, 1999; BUSS, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; CARVALHO, 2004; WHO, 1986).

Em vista de adotar a saúde nesse conceito mais ampliado, como um produto social e como um recurso para a vida, requer discorrer sobre os chamados determinantes sociais da saúde e de forma breve discorrer sobre a qualidade de vida.

### **1.1.2 A influência dos determinantes sociais na saúde e qualidade de vida.**

De acordo com Krieger (2002 p. 1) os determinantes sociais de saúde são processos sociais e biológicos que determinam a saúde da população, nesta forma *“Pode-se dizer que o esforço humano para compreender o processo saúde-doença e intervir nele desde sempre defrontou-se com a interveniência de varias classes de fatores determinantes: físicos ou metafísicos, naturais ou sociais, individuais ou coletivos[...]”* (CARVALHO; BUSS, p.1, 2012). Uma luta incessante, historicamente foi travada contra, dores, sofrimentos, limitações e da finitude da vida. Para tanto foram desenvolvidas diversas teorias na tentativa de compreender o processo de adoecimento.

Desde o inicio da industrialização vem se intensificando os estudos sobre a condição social e o processo de adoecimento. Estudos internacionais apontaram uma ligação estreita entre o desenvolvimento do capitalismo e os malefícios provocados para a saúde dos indivíduos. Neste sentido as relações de influencia entre saúde e outros aspectos, como socioeconômico e político estão historicamente associados ao desenvolvimento de políticas públicas para a minimização dos impactos sofridos. Todo avanço com vistas a conhecer a causalidade e determinação do processo saúde – doença ao longo da história contribuiu para o enriquecimento e diversificação de intervenções protetivas à saúde e controle às doenças. Cada enfoque dado aos determinantes das doenças exerce influencia sobre a renovação e complexidade na definição de conceitos saúde e doença. Neste sentido, as concepções sobre saúde seja para o individuo ou para o profissional de saúde tem se tornado abrangente e são mediadas por diversas áreas do conhecimento. (CARVALHO; BUSS, 2012).

Ao passar para uma fase mais atual de nossa história é possível destacar que existem diversas abordagens sobre a associação dos determinantes sociais de saúde com as desigualdades de saúde. Sob esta ótica os primeiros fatores considerados são “físico-materiais” que relaciona o processo saúde – doença às questões financeiras entendendo assim que as diferenças no poder econômico influenciam a saúde pela limitação de recursos dos indivíduos e pela ausência de

infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), condições decorrentes de processos que necessitam de investimento econômico bem como de decisões políticas. Outro aspecto a ser considerado são os “fatores psicossociais”, que se fundamenta no conceito de que as percepções e as experiências individuais em sociedades onde impera a desigualdade favorecem a vivência de estresse e prejuízos à saúde. O ponto de vista sobre os fatores ecossociais objetiva a integração das tratativas individuais e grupais, sociais e biológicas em uma perspectiva dinâmica, histórica e também ecológica. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Vale destacar que determinantes sociais da saúde são definidos pela Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, como fatores socioeconômicos, ambientais, étnicos e culturais que se relacionam com condições de vida, trabalho, saneamento básico, escolaridade, habitação, moradia, acesso aos serviços de saúde e educação e até mesmo as redes sociais e comunitárias contribuindo para a ocorrência de fatores de risco e problemas de saúde. Pelegrini Filho (2011) corrobora com esta afirmação, quando afirma que “são produtos da ação humana e sua transformação pode e deve estar sujeita a ação humana”.

O cenário brasileiro vem sofrendo mudanças nos últimos anos, relacionadas aos setores econômico, social e demográfico, o que repercute de maneira significativa nas condições de vida, trabalho e situação de saúde da população como consequência (CNDSS, 2006). Sendo assim, os determinantes sociais de saúde são responsáveis pelas iniquidades em saúde, que são entendidas como diferenças consideradas injustas, evitáveis ou remediáveis para a saúde coletiva (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Souza (2017) contribui para a reflexão sobre as desigualdades sociais, trazendo uma ampla discussão sobre o determinismo das desigualdades e os reflexos na sociedade como um todo, em seu texto descreve sobre as classes dominantes e classes dominadas, sendo estas vítimas de um sistema hierarquizado que privilegia poucos e condiciona a grande parte da população às restrições em relação ao acesso as condições para uma vida digna. Além disso, traz uma reflexão importante sobre paradigmas e estigmatização que refletem nos comportamentos de todo cidadão.

A fim de promover, uma conscientização sobre a importância dos determinantes sociais, as condições de saúde coletiva e ainda, sobre a necessidade do combate às iniquidades, foram traçados objetivos e compromissos que competem à CNDSS (Comissão Nacional de Determinantes sociais de Saúde). Um dos desafios, para o desenvolvimento das ações no combate às iniquidades em saúde, está na identificação da relação entre os determinantes sociais e a saúde.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem

sobre a situação de saúde de grupos e pessoas [...] (BUSS; PELEGRINE FILHO, 2007 p 81).

Em 2008, a CNDSS com objetivo de promover a equidade em saúde apresentou em seu relatório final uma variedade de recomendações enfatizando a necessidade de criar espaços institucionais para enfrentar os DSS, propondo, desta forma, ações dos setores governamentais em conjunto da sociedade. Vale destacar que as intervenções devem incidir sobre os determinantes “proximais” associados aos comportamentos dos indivíduos, “intermediários” em relação as condições de vida e trabalho e “distais” estrutura socioeconômica e cultural (CARVALHO; BUSS, 2012).

Assim, a promoção de saúde, compreende um conjunto de ações voltadas para prevenção de doenças e outros riscos, considerando a influência significativa dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde. Neste sentido, conhecer os determinantes sociais e de que modo influenciam a saúde se faz necessário, sendo a base para o desenvolvimento de ações que promovam equidade em saúde (KREGER, 2002; BRASIL, 2002; BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007; PELEGRINI FILHO, 2011).

Ainda sobre este aspecto vale ressaltar que:

“Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto, ações não apenas no sistema de atenção a saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação de autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, por meio de políticas públicas intersetoriais. E, sobretudo, em políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem estar social” (CARVALHO; BUSS, 2012 p 136).

Alinhada com essa concepção, a Política de Promoção da Saúde, no Brasil, prevê, entre suas diretrizes, que a promoção da saúde é parte fundamental na busca pela equidade e melhoria da qualidade de vida, propõe ainda o fortalecimento da participação social como fundamental na obtenção de resultados de promoção da saúde (BRASIL, 2006; MALTA et al., 2016), portanto cabe aqui uma breve definição sobre “qualidade de vida”, uma vez que esta é considerada como meta das ações de promoção de saúde.

Embora não haja um consenso, no início da década de 90, foram considerados pelos estudiosos especialistas, da Organização Mundial da Saúde, três aspectos relacionados a qualidade de vida sendo eles: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. A subjetividade estaria relacionada à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre seu contexto de vida, condições histórico, cultural e social. Já o aspecto de multidimensionalidade, ligado ao reconhecimento da qualidade de vida composta por diferentes dimensões, sendo que esta concepção

vem sendo objeto de diversos estudos na área; Em relação à bipolaridade, avalia-se que a mesma se dá na presença de dimensões positivas e negativas. Os estudos discorrem ainda sobre duas tendências referentes ao conceito de qualidade de vida na área de saúde: qualidade de vida como um conceito mais amplo e qualidade de vida relacionada à saúde (SEIDL; ZANNON, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Neste sentido Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que qualidade de vida é uma noção humana grandiosa que esta muito próxima do grau de satisfação encontrado nas diversas condições de vida do indivíduo, sendo familiar, social, ambiental e afetiva. Este termo tem muitos significados singulares e coletivos uma vez que está ligado às crenças, ao conhecimento e aos valores considerando o contexto histórico cultural e que se resume em um estado de bem estar. Assim, faz-se importante observar que qualidade de vida esta relacionada também aos bens não materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. Já a qualidade de vida ligada à saúde é vista no sentido mais amplo e pautada na compreensão das necessidades humanas fundamentais, tanto materiais como espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante, sendo ainda bastante centralizada na capacidade de viver sem doenças ou de na superação de dificuldades provenientes das condições nas quais envolve alguma morbidade.

Vale destacar que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão definido e conquistado pela sociedade, consciente ou não, e ainda ao conjunto das políticas públicas que influenciam e direcionam o desenvolvimento e comportamento humano, em relação às condições e estilos de vida, cabendo uma parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao setor da saúde (BUSS, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

## **1.2 SUS, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.**

Em busca de acesso universal à saúde e um tratamento equânime e integral surge, o Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal em 1988, e regulamentado em 1990 pela lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) calcificando um avanço na concepção e organização da saúde, respaldado pelo conceito seu ampliado, com o objetivo de cuidar e promover a saúde da população brasileira. Assim a saúde, considerada como um direito social passou a ser concretizada por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Com notada ênfase na importância da atenção básica, as políticas e planos governamentais a têm contemplado de forma a valorizá-la como instrumento importante para os avanços no sistema de saúde brasileiro. Em 2006, a Portaria 648 criou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) revista e substituída em 2011 pela portaria 2.488 sem, contudo alterar os princípios e as diretrizes

desta política, que estão alinhavados aos do Pacto pela Saúde, (2006) firmado entre os gestores do SUS, em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

No Pacto pela Vida, por exemplo, destaca-se a prioridade em buscar ações de promoção da saúde à consolidação e a qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e também ordenadora da rede de atenção à saúde, visto que a Atenção Básica tem sido gradualmente fortalecida e deve se estabelecer como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; HORTA, 2009).

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde é vista mundialmente como tendência dos sistemas de saúde, pelas evidências de representar uma prática de baixo custo, com maior satisfação dos usuários, alcançando melhores indicadores de saúde, a despeito de condições de iniquidade social.

No Brasil, a fim de reorientar o modelo assistencial, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que se expande a partir de 1998. Sua operacionalização se dá por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis por atender um determinado número de famílias de uma área pré-definida. As ações das equipes pautam-se pela integralidade e atividades de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e de manutenção da saúde da comunidade. (BRASIL, 2016).

Diante da proposta de ESF faz-se necessário diferenciar a promoção de saúde da prevenção de doenças assim seguem alguns diferenciais das duas dimensões citadas acima.

Ao falar de prevenção é importante atentar para dois períodos da história natural das doenças:

- Período pré-patogênese: onde fatores hereditários, ambientais, socioeconômicos, culturais podem contribuir para o adoecimento, mas ainda não houve a instalação da doença, e;
- Período de patogênese: onde há de fato a instalação da doença desde antes do aparecimento dos sintomas até a convalescência.

Estes modelos propostos por Leavell e Clark em 1965 propõem também os níveis de prevenção possíveis para estes períodos. Destaca-se para continuidade desse estudo a prevenção primária realizada no período pré-patogênese que pode ser dividida em proteção específica, destinadas a determinadas doenças e promoção de saúde que não é destinada a uma doença em particular, mas sim à melhora geral da saúde. A educação em saúde passa assim a ser fundamental para esse objetivo. (LAPREGA, FRANCO; PASSOS, 2005).

Na prevenção a ênfase é posta na ausência de doença, sendo que ações preventivas são definidas como intervenções direcionadas a evitar o aparecimento de doenças ou agravos. O discurso da prevenção é baseado no conhecimento epidemiológico moderno e tem como objetivo

controlar a transmissão de doenças infecciosas, por exemplo, e ainda reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras doenças específicas.

As estratégias de promoção da saúde, na corrente de Lalonde, enfatizam a mudança das condições de vida das pessoas e são vistas como um conceito positivo e multidimensional. Nelas se destacam o modelo participativo que envolve uma rede ampla de questões de saúde, abordagens facilitadoras, incentivadoras e integradoras que são oferecidas à população. (CZERESNIA, 1999).

Feita a distinção entre ambas, como seriam os meios para intervenções em Promoção de Saúde conforme a corrente de Lalonde e Ottawa? Segundo Czeresnia (2003) as ações se aplicam na melhoria de condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos apoiando-se em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas públicas saudáveis nas três esferas de governo (municipal estadual e federal).

Dentre as ações de promoção de saúde, no que diz respeito às intervenções coletivas, destacam-se os grupos como estratégia para o alcance dos objetivos.

### **1.3 Intervenções grupais em Promoção de saúde**

Uma ferramenta essencial para a promoção de saúde é a educação em saúde que visa capacitar os usuários e estimular a busca de melhoria da qualidade de vida. As ações educativas frequentemente são efetuadas em grupos organizados pelas equipes de saúde (BOTELHO et al., 2016; WENZEL; CUNHA, 2009). Dentro da atenção primária mais precisamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF), umas das intervenções possíveis e mais utilizadas são os chamados Grupos de Promoção de Saúde (GPS).

Porém, antes de defini-los, é importante pontuar sobre a organização do trabalho grupal. Para Maldonado (1981), os grupos se diferenciam em três estruturas típicas: estrutura de curso, mista e vivencial. A estrutura de curso é o modelo mais tradicional vinculado à maneira de se transmitir conhecimento, onde é ofertado o que se julga necessário a partir de esquemas de aulas, seguindo uma sequência previamente estabelecida, quase sempre recorrendo aos recursos didáticos. Já na estrutura mista além de ser transmitida a informação também se inclui as vivências do indivíduo, portanto as reuniões são divididas em dois momentos, sendo no primeiro, composto por aulas informativas e no segundo, pela escuta das vivências e os efeitos das informações oferecidas. Na estrutura vivencial, entretanto, a sessão é iniciada com um assunto trazido espontaneamente pelo grupo, não há uma sequência pré-estabelecida para apresentar as informações, assim os participantes são estimulados a pensar e sentir. (MALDONADO, 1981).

Segundo a mesma autora é importante ainda destacar três modelos distintos de grupo em relação ao tipo, participação, periodicidade e inclusão dos membros: Grupo fechado, que começa e termina com os mesmos participantes, o tempo de duração é pré-estabelecido, porém modificável; Grupo aberto com dia e hora fixa: sabe-se quando começa, mas não quando acaba, pois, depende do tempo de permanência de cada participante; Grupos de sala de espera acontecem em ambulatórios, postos de saúde ou hospitais públicos e como o próprio nome já diz é formado por pessoas que aguardam por atendimento médico e não médico. (MALDONADO, 1981).

Ainda nesta perspectiva Zimerman et al. (1997) discorrem sobre as características a serem consideradas para o desenvolvimento do trabalho com grupos, em seguida apresenta-se algumas delas. Neste sentido enfatiza que a composição do grupo não se restringe apenas ao somatório de indivíduos, mas se constitui em uma identidade própria com regras e mecanismos específicos, no qual, os integrantes estão reunidos para o desenvolvimento de uma tarefa de acordo com o interesse comum. Deve-se atentar para o número de participantes para que se faça possível o diálogo e não sejam prejudicadas outras formas de comunicação. Em relação aos objetivos, é importante que sejam notadamente definidos, deve-se ainda considerar toda estruturação, sendo o espaço (frequência e local das reuniões), tempo (horário, tempo de duração e período de férias) e ainda a combinação de algumas regras a serem respeitadas por seus participantes. Para os autores é inevitável a formação de uma estrutura grupal dinâmica, onde pairam diversas fantasias, ansiedades, mecanismos de defesa, comportamentos resistentes, identificação com demais membros e desenvolvimento de vínculos. Deve – se atentar, portanto, para o planejamento e estratégias para a efetivação do trabalho com grupos.

Sobre a condução dos encontros há destaque para o papel do coordenador que além de gostar e acreditar na proposta precisa conduzir de maneira coerente, com respeito e paciência entre outros atributos como capacidade de refletir, discriminar e se comunicar para a efetivação do trabalho e alcance dos objetivos. (ZIMERMAN et al. 1997).

Para Silva, (2002) o simples fato de se agrupar várias pessoas em um mesmo local não quer dizer que serão trabalhadas metodologias grupais, portanto “não se deve confundir metodologias de trabalhos grupais, com atividades informativas realizadas em direção a um grupo de pessoa” (SILVA, 2002 p 41), pois de acordo com a autora a informação não proporciona necessariamente reflexão, sensibilização e motivação para mudanças.

Existem diferentes modalidades de trabalhos em grupo que deverão estar fundamentadas nos objetivos que se deseja atingir, por exemplo: os grupos que tem como objetivo a socialização em geral podem ajudar pessoas que interromperam, por algum motivo, seus vínculos sociais enquanto grupos com o objetivo de melhorar o autocuidado podem ajudar os participantes na busca de



comportamentos mais saudáveis, uma vez que os comportamentos podem ser aprendidos em decorrência da troca de experiências favorecida pelo espaço grupal. (SILVA, 2002; DIAS et al., 2009)

Vale ressaltar que, os trabalhos realizados em grupo permitem a reflexão e conscientização de aspectos importantes envolvidos no cotidiano, os trabalhos se desenvolvidos de forma criativa, proporcionam aceitação, estimulam a discussão e reflexão sobre novas atitudes relacionadas às questões em pauta (SILVA, 2002).

Cabe ainda ressaltar segundo Santos et al. (2006) que o conceito de atitude nos grupos de promoção de saúde é entendido por uma organização estrutural e perdurável de crenças e cognições com grande conteúdo afetivo que exigem ações coerentes favoráveis ao desenvolvimento da autonomia, refletindo na melhoria da qualidade de vida.

Retomando a definição de Grupos de Promoção de Saúde é possível afirmar que se trata de uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, pois contempla o indivíduo amplamente em seus aspectos biopsicossociais. As condições para a construção do saber em saúde nos grupos de promoção são: participação cooperativa dos membros e desenvolvimento da autonomia, que permite ampliar a capacidade de fazer escolhas de forma livre e esclarecida (SANTOS et al., 2006).

Seus objetivos são construídos de forma contínua a fim de potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimento evitáveis/desnecessários (SANTOS et. al., 2006 p. 347).

A metodologia dos grupos de promoção de saúde para Santos et al. (2006) se diferencia das intervenções por meio dos grupos terapêuticos que têm como objetivo o tratamento de doenças específicas do indivíduo e também se diferencia das ações preventivas, baseadas na educação tradicional informativa, e do modelo higienista, que envolve a redução de problemas sanitários complexos ao nível de condutas de autocuidado, e por último se diferencia das oficinas para promoção de saúde que se definem como distintas dos grupos terapêuticos pela ênfase nos aspectos lúdicos dos encontros. Portanto, os Grupos de Promoção de Saúde têm objetivos distintos dos grupos de prevenção, controle de agravos e tratamento.

GPS tem como propósitos fundamentais a construção de relações sociais cooperativas a fim do desenvolvimento contínuo da autonomia. Desta forma, os settings grupais no GPS têm como função a criação de um espaço cooperativo onde os participantes têm a oportunidade de: re-significar conceitos obstruídos ao processo de promoção de saúde; valorizar conteúdos disponíveis na comunidade; manifestar e processar mobilizações emocionais; conhecer e refletir práticas e saberes em saúde que possam favorecer o incremento das capacidades funcionais dos indivíduos. (SANTOS et.al, 2006 p 348).

Assim sendo as ações preventivas buscam trabalhar a redução dos fatores de risco e aumentar os fatores de proteção contra as doenças, já as ações que envolvem a promoção de saúde, tem a doença como base, porém, vai ao encontro do que a população percebe como importante para melhoria da qualidade de vida e resultam em maior influência na mudança comportamental, por permitir e estimular a troca de ideias e valoriza os saberes (WENZEL; CUNHA, 2009).

Silva (2002) contribui com este raciocínio ao propor para ações grupais, uma metodologia participativa no emprego de métodos e técnicas facilitadoras para que os participantes possam vivenciar sentimentos, percepções e reflexões sobre fatos ou informações, ressignificação de conhecimentos e valores e a percepção das possíveis mudanças. A mesma autora pressupõe que atitudes e comportamentos no que se refere a qualquer fato vivenciado estão associados ao conjunto de crenças, valores cognições e emoções individuais desenvolvidas em função da educação, ambiente familiar, cultura e nível socioeconômico. Assim as condições de atuação dos GPS são fundamentais e viabilizam o acordo ético entre os participantes para o bom funcionamento do grupo.

Diante da extensão do tema estudado e considerando a importância deste, faz-se necessário citar alguns estudos realizados com o tema Grupos de Promoção de saúde e suas contribuições.

Horta et al. (2009), por exemplo, propôs um estudo com o objetivo de discutir a prática de grupos na ESF como uma das possibilidades da Promoção da Saúde. O estudo foi desenvolvido nos municípios de Belo Horizonte e Contagem. Foram entrevistados 28 profissionais de equipes de saúde da família que indicaram a prática de grupal como forma de concretizar ações de Promoção da Saúde. Encontraram resultados voltados às práticas de grupos tradicionais, em forma de palestras e com foco em patologias específicas. Ainda foi possível identificar resultados como diminuição da procura por consultas médicas e de enfermagem individuais. A dificuldade apontada para realização de grupos foi a sobrecarga de trabalho das equipes envolvidas.

Outro estudo realizado em Belo Horizonte, em 2010, buscou-se discutir as práticas grupais nas equipes de saúde da família. Assim foram utilizadas entrevistas, grupos focais com os usuários e observação dos participantes nos grupos em andamento. Os resultados apontaram diferentes formas de organização dos serviços e assistência e diferentes funções e objetivos propostos pelas equipes. Foi observada certa mudança no enfoque das práticas antes centradas na doença e na composição dos grupos com nova estruturação. Os impactos identificados relacionavam-se à construção e fortalecimento do vínculo entre usuário, profissional e serviço de saúde e a diminuição de consultas individuais e demandas espontâneas. Importante destacar que a prática grupal é apontada como dispositivo que tira o foco na doença e trabalha aspectos de vida mais amplos associados à promoção de saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Alves (2010) também realizou um estudo com o objetivo de conhecer a percepção dos usuários e equipe de ESF sobre grupos desenvolvidos em unidades de saúde em município da região do Alto Vale do Itajaí/SC. Alguns dos resultados encontrados foram à percepção de que não há clareza do que é grupo e da metodologia utilizada para realização da ação grupal. Neste sentido, constatou-se, que as práticas educativas nesses grupos, que geralmente, acontecia no formato de palestra, desestimulava a participação dos usuários.

Sob essa perspectiva e a fim de favorecer o aprimoramento das práticas grupais faz-se necessário a construção e aplicação de avaliações de resultados, que poderão subsidiar possíveis reestruturações das propostas nos moldes adequados para as reais necessidades e interesses da comunidade, nesta ótica o estudo realizado por Hermida et al. (2016) apontou para a importância da construção e formalização de indicadores sistematizados para a que se faça a avaliação de resultados e melhorias nas ações propostas, uma vez que, a prática utilizada, na maioria das vezes, é a avaliação informal pouco explorada.

Assim considerando a nova concepção de saúde, a proposta de trabalho pautada no conceito de promoção de saúde e a intervenção grupal como estratégias para oferecer melhoria da saúde individual e coletiva, quais seriam os modelos operacionais mais usados pelos profissionais das equipes de saúde e as contribuições dos mesmos para a vida dos usuários deste serviço?

O presente estudo buscou caracterizar os grupos desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família III, IV e V e conhecer a percepção dos profissionais das equipes envolvidos na intervenção grupal, acerca dos conceitos de saúde e promoção da saúde.

O estudo permitiu também, identificar as possíveis contribuições dos grupos para a saúde através do relato dos usuários do serviço e os resultados obtidos poderão contribuir para a disseminação, desenvolvimento e aprimoramento de práticas grupais em busca da efetivação da promoção de saúde.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Geral**

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre as atividades dos grupos desenvolvidos em três Núcleos de Saúde da Família vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP.

### **2.2 Específicos**

- Conhecer o processo de construção e operacionalização dos grupos realizados em três Unidades de Saúde vinculadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP;
- Compreender as percepções dos profissionais acerca dos conceitos, saúde, promoção de saúde, grupos de promoção de saúde.
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento da prática grupal;
- Compreender se os grupos realizados se aproximam da ótica da promoção de saúde;
- Conhecer as possíveis contribuições das intervenções grupais para a saúde na percepção dos usuários.

## **3 MÉTODO**

### **3.1. Caracterização do estudo**

Trata-se de pesquisa qualitativa com modelo de estudo descritivo–exploratório, baseada na análise do conteúdo das respostas obtidas pelos profissionais de saúde e usuários do serviço, através de uma entrevista semiestruturada aplicada no ano de 2017. Esta pesquisa objetivou facilitar a compreensão da realidade e a organização das equipes de saúde, envolvidas com a prática grupal, consideradas pelos mesmos como de promoção de saúde, bem como conhecer os benefícios dessas ações para os usuários desse serviço.

Vale uma breve descrição dos conceitos relacionados ao tipo de estudo escolhido para o alcance dos resultados. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão, dos fenômenos socioculturais. Segundo esta perspectiva, um fenômeno pode ser compreendido dentro de um contexto onde ocorre e do qual faz parte, buscando uma concepção mais apurada das percepções das pessoas envolvidas. O conceito central de uma investigação é o significado sendo assim a autora traz uma definição sobre o papel da pesquisa qualitativa que é responder a questões muito particulares, tendo em vista adentrar de maneira mais profunda no universo dos significados, motivações, anseios, crenças, valores e costumes para melhor compreensão das relações dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2002).

A pesquisa descritiva visa à descrição das características de uma população ou fenômeno ou, ainda o estabelecimento de relações entre variáveis. São exemplos as pesquisas realizadas para levantamento de opiniões, comportamentos e crenças dos sujeitos envolvidos. Entretanto existem pesquisas que, apesar de definidas como descritivas acabam por proporcionar uma nova visão do problema, tendo uma proximidade com as pesquisas chamadas exploratórias, em que o objetivo principal é o refinamento de ideias ou a descoberta de concepções (GIL, 2002).

### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em três dos seis Núcleos de Saúde da Família, vinculados à Faculdade de Medicina - USP e integrados à rede de assistência à saúde do município de Ribeirão Preto, nos quais atuam equipes de Estratégia de Saúde da Família conforme orientado pelo Ministério da Saúde desde 2001. Foram selecionados para o estudo os Núcleos de Saúde da

Família III; IV e V considerando como principal critério de seleção as diferentes características da população da área de abrangência de cada Núcleo.

Como parte da descrição do local do estudo segue um breve resgate histórico referente à sua implantação. Um dos fatores determinantes para fundação dos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto foi atender a uma necessidade de recursos humanos na área da saúde da família. O processo ocorreu a partir de 1999, ano em que teve início a residência médica em medicina geral e comunitária com ênfase em saúde da família que atualmente denomina-se medicina de família e comunidade. A implantação se deu através de um convênio firmado entre a Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA) e a Prefeitura Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina e demais Faculdades que compõem o Campus da Universidade de São Paulo polo Ribeirão Preto. Tal arranjo ocorreu com vistas a juntar esforços para o desenvolvimento e fortalecimento da atenção básica à saúde, através do desenvolvimento de um conjunto de práticas assistências e de ensino estreitamente vinculadas e qualificadas em meio ao compartilhamento dos espaços entre, estudantes, professores, trabalhadores e para a produção de conhecimento e pesquisa dedicados ao processo de transformação e consolidação do SUS.

Hoje, são seis núcleos de saúde da família implantados, coordenados por docentes da Faculdade de Medicina USP Ribeirão Preto que contam com equipe multidisciplinar em saúde e oferecem o ensino teórico-prático aos estudantes que cursam graduação, pós - graduação, residentes médicos e multiprofissionais vinculados à referida instituição de ensino.

Retomando aos Núcleos III, IV e V apresentam composição profissional semelhante em relação a equipe mínima ( médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, oficial administrativo, ACS e porteiro), há também semelhança entre os estagiários e os residentes multiprofissionais (médico, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo). As práticas assistenciais abrangem: consultas, visitas domiciliares, práticas grupais, eventos e campanhas e dentre as práticas não assistenciais estão às reuniões administrativas e de discussão de caso. Em relação às características da população, o NSF III difere dos demais pela predominância da população idosa, já os dois Núcleos restantes NSF IV e NSF V contam com um perfil populacional heterogêneo (crianças, adolescentes, adultos e idosos). O contexto de vulnerabilidade socioeconômica é semelhante para os NSF IV e NSF V.

### **3.3 Participantes**

Foram convidados a participar deste estudo 03 profissionais de cada equipe de saúde que tenham participado efetivamente da intervenção grupal desde o processo de construção até a

aplicação, definidos pelos pares de sua unidade através de consenso para responder à entrevista semiestruturada totalizando 09 profissionais, independente da área de atuação.

Após a definição dos grupos para o estudo e dos profissionais de saúde participantes, foram convidados a responder a uma entrevista semiestruturada 03 usuários por Núcleo de Saúde da Família, que tenham participado ou participem da respectiva intervenção grupal, os usuários foram indicados pelos profissionais da equipe atuantes nas intervenções.

### **Critérios de Inclusão:**

#### **Profissionais**

Profissionais atuantes nos planejamentos e intervenções grupais;

#### **Usuários**

Participar ou ter participado de pelo menos uma intervenção grupal na Unidade de Saúde da Família no período de 06 meses.

Ausência de dificuldades cognitivas.

## **3.4 Instrumento**

### **3.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturado**

A construção do roteiro de entrevista baseou-se em dados presentes na literatura. Para sua elaboração contou com a descrição sobre a diferença de grupos de promoção e prevenção à saúde (SANTOS et al, 2006).

Inicialmente foi preparado um roteiro preliminar pela pesquisadora a fim de avaliar sua aplicabilidade e aprimorar as questões de acordo com os objetivos do estudo. Em seguida foram convidadas, a participar da entrevista piloto, dois dos quatro Núcleos de Saúde da Família restantes diferentes das unidades pré-selecionadas para o estudo, apenas uma das unidades aceitou participar da entrevista que ocorreu individualmente com o profissional, em sala reservada na respectiva unidade e em seguida com o usuário, em sua residência conforme escolha do mesmo, as entrevistas foram gravadas e transcritas conforme a proposta da pesquisa. Depois da aplicação do piloto foi possível identificar e realizar as modificações necessárias na condução e o conteúdo da entrevista para melhor atender a proposta do estudo, em seguida o roteiro foi finalizado.

### **3.4.2 Roteiro de entrevista semiestruturada para os Profissionais de Saúde (APENDICE A)**

O roteiro de entrevista semiestruturado foi composto por questões abertas e divididas em três tópicos, sendo que o primeiro visou conhecer a estrutura da Unidade de Saúde e os seguintes objetivaram conhecer as características e a operacionalização das intervenções grupais.

A última parte do roteiro contém questões específicas referentes à percepção dos profissionais a respeito dos conceitos de saúde, promoção de saúde, grupos de promoção de saúde e suas possíveis contribuições.

Para aferir o instrumento de coleta de dados a fim de aprimorar o roteiro de entrevista, foi aplicada uma entrevista piloto em um Núcleo de Saúde da Família diferente dos selecionados para a pesquisa.

### **3.4.3 Roteiro de entrevista semiestruturada para os Usuários (APENDICE B)**

O roteiro de entrevista semiestruturada contemplou questões de acordo com objetivos do estudo que foi conhecer a percepção dos usuários do serviço acerca das possíveis contribuições dos grupos para sua saúde. Foi dividida em três partes, a primeira trata-se de uma breve caracterização do usuário, a segunda parte é composta por questões fechadas sobre a percepção de determinados ganhos, a estrutura e condução das atividades ofertadas nos grupos, seguida por questões abertas sobre a identificação dos possíveis ganhos após a sua participação. A terceira parte, também composta por questões abertas, visou conhecer a percepção do usuário sobre o conceito de saúde e sua implicação para a qualidade de vida.

## **3.5 Procedimentos para coleta de dados**

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Saúde Escola após apresentação e autorização das três equipes das Unidades de Saúde da Família, vinculadas a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP previamente selecionadas pela pesquisadora.

Os grupos considerados como de promoção de saúde foram selecionados durante apresentação do projeto de pesquisa na reunião administrativa com a presença da maior parte da equipe, durante a reunião também foram indicados, para a participação no estudo, os profissionais de saúde responsáveis por cada ação grupal. Após as indicações e consentimentos dos mesmos para



participação foi iniciada a coleta de dados em cada Unidade de Saúde que ocorreu no período de março a novembro de 2017.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e ocorreram individualmente tanto com os profissionais quanto com os usuários, teve duração média de 45 minutos e foram gravadas com o uso do aplicativo de celular, mediante autorização do entrevistado. O encontro para coleta dos dados com os profissionais de saúde ocorreu nas dependências da própria unidade (em uma sala reservada).

Após cada entrevista com os profissionais de saúde, foi solicitada a indicação de um usuário participante do respectivo grupo conforme acordado inicialmente. Assim foi indicado o usuário com melhor adesão na prática grupal.

O contato com os usuário foi feito por telefone e após sua autorização para participar da pesquisa foi agendada a entrevista respeitando a disponibilidade, preferência e conforto de cada usuário. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram gravadas mediante autorização dos participantes, apenas uma das nove entrevistas ocorreu em uma Unidade de saúde da família, as restantes ocorreram na residência do usuário.

Importante destacar que um dos usuários participantes do estudo não compartilhou efetivamente da ação grupal, se tratando, no entanto, da mãe do participante indicada pela equipe de saúde uma vez que o participante é menor de idade.

Ainda como parte da coleta de dados foi solicitada à equipe uma participação pela pesquisadora em uma sessão do grupo escolhido pelos profissionais durante as entrevistas, com objetivo de observar a realização do mesmo, no momento da coleta alguns dos grupos indicados já havia terminado em dois dos três Núcleos participantes, sem data prevista para retorno.

As informações que foram necessárias a respeito do projeto de pesquisa foram oferecidas em linguagem acessível. Em qualquer momento, os participantes puderam desistir sem qualquer prejuízo. Todas as informações obtidas estão sob garantia de anonimato e sigilo.

### **3.5. 1 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, somente após sua aprovação foi submetido ao exame de qualificação e em seguida iniciada a coleta dos dados.

Os profissionais e usuários do serviço participarão da pesquisa mediante interesse pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado seguindo as orientações da Resolução nº 466, CONEP/2012 para pesquisa com seres humanos.

### 3.6 Procedimento para análise dos dados.

Após a transcrição das entrevistas deu-se início a sistematização e análise dos dados coletados através da técnica proposta pela Análise de Conteúdo Temática, que em seu desenvolvimento teórico recomenda transcender o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação dos dados e assim alcançar um aprofundamento maior na análise qualitativa. Cabe uma breve definição sobre análise do conteúdo que contempla:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção das mensagens” (BARDIN, 1977 p. 42).

Assim a referida técnica de análise ocorre mediante a exploração de unidades temáticas (tema) que diz respeito a determinado assunto e pode ser representado através de uma palavra ou de uma frase, e corresponda a uma unidade de significado que se sobressai naturalmente de um texto submetido à análise.

Este método se caracteriza pela divisão em três etapas: **Pré-análise**, consiste na escolha dos materiais coletados que serão analisados, retomando o objetivo proposto inicialmente para realização da pesquisa. Esta parte inicial da análise pode ser dividida em leitura flutuante constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A primeira fase correspondente trata do contato direto e exaustivo do investigador com o material de estudo, momento este, que favorecerá a compreensão da dinâmica entre as hipóteses iniciais, as emergentes e a teorias relacionadas ao tema. A segunda fase abrange a totalidade do conteúdo estudado, deve se ater às regras para que tenha validade qualitativa, sendo estas a exaustividade: na qual são considerados todos os pontos levantados pelo roteiro de entrevista; representatividade: para que contemple as características fundamentais do estudo pretendido; homogeneidade; que trata da observância dos critérios para a composição dos temas; pertinência: na qual os documentos analisados respondam aos objetivos propostos. A **exploração do material**, que consiste fundamentalmente em uma classificação a partir do alcance do núcleo de sentido do texto, permitindo a divisão em categorias, esta, contempla as expressões mais significativas, desta forma consiste em fazer recortes do texto e transformá-los em unidades de registro que poderão ser: uma palavra, uma frase ou um tema, entre outros que permitam alguma forma de quantificação. E por último a terceira etapa que se refere ao **tratamento e interpretação dos resultados obtidos** esta

ultima etapa permite ressaltar as informações obtidas e partir daí propor inferências e realizar interpretações relacionando-as com o material teórico inicial (MINAYO, 2008).

De acordo com essa perspectiva de análise, cada questão contida na entrevista semiestruturada passou a compor um tema estudado, conseqüentemente as variadas respostas agrupadas pela semelhança do conteúdo e do significado passou a ser um subtema correspondente.

Neste sentido após a transcrição das entrevistas, e realizada leitura flutuante, foi então selecionado o material e agrupado, inicialmente, conforme a semelhança dos relatos dos entrevistados a partir de recortes das respostas mais relevantes que atendiam ao objetivo do estudo. Após a primeira seleção do material, este foi novamente analisado e reagrupado conforme a aproximação dos significados surgindo assim os subtemas correspondentes.

Com objetivo de respeitar o sigilo e anonimato dos participantes do estudo foram utilizados como identificadores como nomes de flores para os profissionais de saúde e de pedras preciosas para os usuários do serviço.

Vale destacar que os relatos dos entrevistados foram ordenados de acordo com as questões pertencentes a cada eixo da entrevista, assim sendo, mesmo que uma resposta foi dada em outro momento e/ou para completar outra questão, esta resposta foi realocada a fim de compor o subtema correspondente, como mostra o exemplo a seguir:

Categoria:	<b>Motivação, planejamento e execução da proposta de trabalho com grupo.</b>
Rosa	Relatos sobre motivos para realização do grupo.
Jasmim	Relatos sobre motivos para realização do grupo.
Girassol	Relatos sobre motivos para realização do grupo.
Categoria:	<b>Ganhos identificados na percepção do profissional de saúde.</b>
Rosa	Relatos sobre ganhos identificados pelo profissional de saúde.
Jasmim	Relatos sobre ganhos identificados pelo profissional de saúde + motivos para realização do grupo.
Girassol	Relatos sobre ganhos identificados pelo profissional de saúde + outros relatos relevantes.

## **4 Resultados e discussão**

Conforme características descritas sobre cada núcleo de saúde estudado, abaixo segue os resultados obtidos com a aplicação da entrevista. Lembrando que como os grupos foram divididos em dois, para que a compreensão seja mais fluida, o relacionado com NSF V será descrito como Caminhada I.

### **4.1 Caracterizações dos grupos selecionados para o estudo.**

Os grupos indicados pelos profissionais de saúde do NSF III foram: Espaço Contra o Tempo, Artesanato e Vivências em Saúde, enquanto os citados no NSF IV foram Café com saúde, Caminhada e Gestantes. E os grupos selecionados pelo NSF V foram Mapa da saúde, grupo da quadra e Caminhada I.

Com relação ao número de participantes, os grupos da quadra, café com saúde e espaço contra o tempo tiveram maior adesão por parte dos usuários de 20 a 30 participantes, sendo que a razão pode estar relacionada às atividades oferecidas. Os dois grupos de caminhada também apresentam uma adesão semelhante entre 12 e 15 participantes. Entre os grupos com menor número de participações, em torno de 6 a 8 usuários, estão voltados para educação em saúde, e o artesanato, que entre todos, se destaca pela realização de tarefas com uma população específica. Em relação a organização, a maioria possui formato contínuo sendo que apenas dois ofertaram um número de encontros estabelecidos. Todos apresentaram participação livre, mesmo quando o primeiro convite foi direcionado a um público alvo. Todas as propostas foram idealizadas, planejadas e executadas com a participação de diversos membros da equipe de saúde, com exceção apenas do grupo de artesanato, que contou apenas com o apoio da equipe de agente comunitário de saúde e eventualmente a equipe de enfermagem. Dos nove profissionais responsáveis pela realização dos grupos, seis faziam parte da equipe fixa de colaboradores/ funcionários dos Núcleos sendo: quatro agentes comunitários de saúde, um médico e um enfermeiro. O restante da equipe foi composta por residentes multiprofissionais como: Psicologia, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, se estendendo a participações das demais áreas como fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia de acordo com os temas que foram discutidos. Dos nove grupos, oito ofereceram encontros semanais sendo que apenas um trabalhou com um encontro mensal. Vale destacar que no momento da coleta de dados, três dos nove grupos haviam encerrado os encontros no primeiro semestre de 2017 aguardando nova data para início após reestruturação que seria do grupo para atender melhor as necessidades da população.

## 4.2 Apresentação dos dados e análise qualitativa – Equipe de saúde.

Neste seguimento, com base na fundamentação teórica e nas experiências com promoção de saúde em grupos já serão expostos os dados coletados nesta pesquisa.

Considerando que os grupos de promoção de saúde são constituídos por um conjunto de pessoas conectadas por certo tempo, e que compartilham o espaço e regras de funcionamento, com o propósito de interação e cooperação para realizar uma determinada tarefa se faz necessário à construção de um ambiente grupal, formado a partir de como conjunto de procedimentos e normas que organizam e favorecem o processo grupal; A sua definição depende: dos objetivos pelos quais o grupo é organizado, público-alvo, local, recursos materiais, referenciais teóricos utilizados pelo coordenador, bem como o estilo deste e outros fatores para a implantação. (SANTOS et al. 2006; SILVA, 2002; ZIMERMAN et al. 1997).

Assim, abaixo será apresentada a composição da categoria abordada, acompanhado de uma breve descrição do seu objetivo, seguido das subcategorias as quais aparecerão com a respectiva frequência da resposta (entre parênteses) e uma breve descrição, considerando sua composição.

### **Categoria: Motivação, planejamento e execução da proposta de trabalho com grupo.**

As questões referentes a esta categoria tiveram por objetivo compreender quais razões motivaram a equipe a idealizar uma proposta de trabalho em grupo, buscaram ainda, descrever como se dá o processo desde a elaboração até a implantação do trabalho pela equipe responsável. Sob esta ótica, entender alguns elementos, tais como à seleção dos participantes, assuntos abordados, o papel do coordenador nestes espaços, condução durante o encontro, recursos utilizados para abordagem com o usuário e ainda como ocorre a avaliação dos resultados é fundamental para a compreensão do grupo.

Em relação à motivação do profissional foi possível identificar três subcategorias: Identificação de necessidades na comunidade pela equipe de saúde (09); Identificação com o trabalho em grupo (04) e Otimização de atendimentos (03).

Quanto aos motivos para a construção de uma proposta de trabalho com grupo observou-se que a *identificação das necessidades na comunidade* foi a afirmação que mais ocorreu, sendo que todos os profissionais apontaram que consideraram as especificidades e demandas levantadas durante consultas e visitas domiciliares.

A subcategoria *identificação com o trabalho em grupo* foi o segundo item mais citado pelos profissionais, os quais afirmaram que, além de gostarem da proposta de trabalho a consideraram como uma estratégia importante para a efetivação da educação em saúde. Por último, a subcategoria *otimizar atendimentos* fez com que os profissionais entendessem que, ao realizar o trabalho em grupo, é possível alcançar um maior número de pessoas, com necessidades semelhantes, ao mesmo de tempo, diminuindo assim os atendimentos individuais, dados que corroboram com achados de Ferreira Neto e Kind (2016) e Horta et al., (2009).

Ao analisar o relato dos profissionais participantes, conforme abaixo, tem-se que as expressões sentidas na realização do grupo, impactam tanto na rotina da unidade quanto na abrangência de usuários.

#### Identificação das necessidades na comunidade:

"[...] sempre tentou se fazer aqui na unidade grupos de gestante, mas nunca tinha dado certo né...porque eu acho assim, que são uma população muito jovem que engravida, de baixa escolaridade, de baixo entendimento mesmo, as vezes você fala aquilo pra uma pessoa na consulta, da outra vez que ela vier aqui, ela vai te perguntar a mesma coisa, então eu acho que esses grupos, quando juntam mais pessoas, quando a gente apresenta de uma forma mais lúdica...Você mostra imagem, às vezes a pergunta de uma paciente [...] acaba fazendo com que a outra tenha uma visão né, é uma abordagem diferente do assunto, eu acho, é uma outra forma de sensibilização e de conhecimento também." (sic) (GIRASSOL)

"Bom, primeiro o número de diabéticos aqui da unidade é alto, a gente percebeu que eles vinham, faltavam muito em consultas, coisas que a gente poderia estar abordando em grupo a gente estava fazendo individual, estava demandando muito tempo em fazer uma visita, quando marcava uma consulta a pessoa não vinha." (sic) (HORTÊNSIA)

#### Identificação com o trabalho em grupo:

"[...] não assim, acho que cada um vai pela sua identificação né [...] então aqui como foi uma coisa que eu gostava, ficou muito mais fácil, já fui entrando, já fui né." (sic) (ROSA)

"[...] eu gosto, as vezes eu tava adorando e tinha que sair pra outra pessoa entrar, eu ficava até brava assim, porque não me deixa continuar né, eu gosto." (sic) (TULIPA)

O reconhecimento das demandas de cada comunidade proporcionou a construção de um objetivo inicial a ser alcançado. As subcategorias que emergiram a partir dessa questão foram: Socialização/interação (04); Melhora do vínculo comunidade/equipe de saúde (04); Adesão ao autocuidado (05); Ampliação o conhecimento (05) e Reconhecimento e cuidado com espaço comunitário (03).

Foi possível observar que os objetivos que se desejava atingir foram semelhantes nos três núcleos estudados, dentre eles destacam-se com maior frequência de verbalizações, as subcategorias: *adesão ao autocuidado* e *ampliação do conhecimento*, as quais fortalecem a tendência de se utilizar desses espaços para trabalhar com educação em saúde tendo em vista, principalmente, as mudanças comportamentais.

Em seguida as subcategorias: *socialização/interação*, que diz respeito ao fortalecimento ou aumento das relações sociais e *melhora do vínculo comunidade-equipe de saúde* (promovendo diálogo e o acesso às práticas assistenciais), e *reconhecimento e cuidado do espaço comunitário*, que traz como enfoque as praças localizadas na comunidade onde são realizados os encontros educativos, recreativos ou atividade física. Segundo os participantes, as praças estavam descuidadas pelo poder público, além disso, um destes espaços era palco para uso de drogas ilícitas e a partir das atividades ofertadas pela equipe de saúde, novo sentido foi dado para o uso comunitário do local, além de incentivar o cuidado com o este espaço. A percepção trazida pelos profissionais foi de que a conscientização sobre direitos, inclusive sobre espaços públicos, é um bom caminho para se alcançar resultados em saúde.

#### Adesão ao autocuidado:

"É conscientização mesmo das pessoas, a gente já conseguiu ver bastante resultado dos participantes... porque são coisas que parecem muito simples, mas que a gente não fazia nem ideia de que as pessoas não sabiam, ou faziam aquilo errado e quando eles fazem mais certinho a gente fica feliz." (sic) (HORTÊNSIA)

#### Ampliar conhecimento:

"Eu acho que é deixar as pessoas bem assim, é conscientes mesmo do que é saúde né, do que é atenção básica, do que a gente faz aqui [...]" (sic) (ROSA)

"é proporcionar a gestante conhecimento, do que ela tá passando nesse momento." (sic) (GIRASSOL)

"[...] sempre tem uma parte educativa, seja de saúde, ou educação mesmo." (sic) (GERÂNIO)

A partir das razões para a implantação do grupo como proposta de trabalho e da definição do seu objetivo, a equipe de saúde, buscou planejar as ações, no caso dos grupos estudados, sobre a construção e organização da proposta, sendo que emergiram as seguintes subcategorias: Proposta inicial previamente estabelecida pela equipe de saúde (06); Reestruturação (04) e Construção inicial em conjunto com a comunidade (2).

As propostas, em sua maioria, foram previamente definidas pela equipe de saúde, com base na identificação das necessidades emergentes na comunidade, sendo ainda possível constatar que alguns grupos perderam seu formato inicial, no entanto não deixaram de existir, foram reestruturados de maneira natural ou intencional, para atender às novas demandas, assim como encontrado por Ferreira Neto e kind, (2010), este movimento da equipe de saúde em busca por estratégias mais efetivas responde aos achados de Alves (2010) e Horta et al., (2009) que em seus resultados apresentam a tendência de utilização de recursos tradicionais pouco efetivos para educação em saúde.

#### Proposta inicial previamente estabelecida pela equipe de saúde

"Então, primeiro a gente pegou qual que era o que a gente queria de objetivo né, com aquele grupo, então a gente colocou no papel uma justificativa, um objetivo, qual seria nosso público alvo, se seriam todas as gestantes, se seriam as gestantes só do começo da gestação, só do finalzinho e a quantidade de encontros né, dia, local e a quantidade de encontro, e a partir do que a gente colocou no papel e viu que daria certo [...]" (sic) (GIRASSOL)

A subcategoria menos citada nesta etapa foi a referente à *construção inicial em conjunto com a comunidade*, onde o profissional pôde compreender e considerar, para sua proposta de trabalho em grupo, as manifestações de interesse vindas da população classificadas por assuntos e/ou atividades.

O que chamou a atenção para esse tópico foi justamente a resposta que menos apareceu, visto que na contramão a construção inicial se deu em conjunto com a comunidade e que estes são os grupos com a maior adesão, visto que são poucas às vezes em que a comunidade é ouvida e estimulada a manifestar seu interesse pra que sejam realizadas as atividades e tratados os assuntos decorrentes.

#### Construção inicial em conjunto com a comunidade

"[...] então fizemos um questionário, com perguntas do tipo, qual seria a frequência, qual o local de interesse, se seria na casa da comunidade, na praça ou outra e que temas seriam interessantes, e aí o resultado da pesquisa que elas fizeram casa a casa, junto com o agente comunitário foram temas diversos sobre doenças, uma frequência mensal, lá na praça, foi quando aí a gente começou a fazer." (sic) (JASMIM)



Após a preparação da equipe para receber o usuário e em fim propiciar uma diferente forma de assistência à saúde, fez-se necessário elencar os usuários que poderiam participar da atividade ofertada. Neste sentido buscou-se também compreender quais foram os critérios para a participação. Surgiram então as seguintes subcategorias: Convite individual realizado pela equipe de saúde em visitas e consultas e/ou divulgação por cartaz (09); Direcionado a população específica, porém convite aberto a outros interessados (05) e Direcionado a toda população, convite realizado pela equipe e pelo usuário (4).

As formas de convite para participação entre os grupos foram semelhantes, e apesar de alguns serem focados a uma categoria populacional, a participação foi deixada aberta ao interesse dos usuários. O método de convite foi distinto, desde divulgação por cartazes até convite pessoal, durante os atendimentos na unidade.

Convite individual realizado pela equipe de saúde em visitas e consultas e/ou divulgação por cartaz:

"mas acho que tem um cartaz que tem todos os grupos assim." (sic) (ROSA)

"a gente convida durante as consultas e o agente comunitário reforça o convite quando vai fazer as visitas domiciliares." (sic) (GIRASSOL)

Direcionado a população específica, porém convite aberto a outros interessados:

"Primeiro a gente discutiu, com a lista de diabéticos que a gente tem, com os agentes, quem eles achariam que mais iria aproveitar do grupo e vimos também que a gente conhecia quem poderia estar vindo né." (sic) (HORTÊNSIA)

"então a gente sempre deixa aberto, a gente não estipula assim, a gente avisa, ó se vocês quiserem levar alguém pode, mas o convite é pra gestante e dentro do que ela achar necessário." (sic) (GIRASSOL)

A maioria dos usuários foi convidada por profissionais distintos, em ocasiões diversificadas, como, consultas e/ou visitas e através de outros usuários. Sob esta ultima forma, nota-se que o possível agrupamento de usuários, com suas diversas características, forma um grupo bastante heterogêneo, que exige do profissional, manejo na condução frente as possíveis situações constrangedoras ou conflituosas que possam ocorrer. Ainda, para a equipe, a participação aberta a toda população, é um indicativo de que a proposta do grupo também é a promoção de saúde, uma vez que podem participar da atividade os usuários que apenas apresentem interesse, e que não necessariamente tenham algum tipo de doença.

Em relação aos assuntos trabalhados durante as atividades foi possível compor, através das verbalizações, as subcategorias: Previamente estabelecidos (01); Levantamento de interesse com os usuários (01); Previamente estabelecidos e levantamento de interesse com os usuários (06) e Não trabalha com temas (01).

As respostas dos participantes foram parecidas para esse item o que aponta o desenvolvimento de um trabalho semelhante relacionado aos assuntos que serão trabalhados nos grupos. Os conteúdos foram pré-definidos pelos profissionais, o que demonstrou a preparação da equipe para trabalhar temas emergentes em saúde, entretanto houve também a construção de acordo, com o interesse da comunidade, visto que quando é dada abertura, demandas surgem através deles.

Previamente estabelecidos e levantamento de interesse com os usuários:

"[...] os temas a gente elenca de quatro semanas, depois vai acabando a semana, a gente já elenca mais quatro é junto com eles e entre nós também, quando não tem temas que eles querem." (sic) (ROSA)

"[...] a gente já tenta identificar quais são as dúvidas, mas a gente já tem mais ou menos o que o ministério da saúde que eles pedem pra que a gente sempre tá falando pras gestantes." (sic) (GIRASSOL)

O que chama atenção no resultado mostrado é que apenas em um dos grupos não é identificado o trabalho com temas por ser seu objetivo a socialização dos participantes, trata-se, portanto, de uma das propostas de maior adesão. Em grupos semelhantes a este formato há um trabalho eventual com assuntos de interesse da comunidade o que abre a possibilidade de refletir acerca de valer-se da estratégia para proporcionar um momento de troca de saberes.

A fim de proporcionar melhor compreensão acerca do que se pretende, faz-se necessário a utilização de materiais e recursos que possam de fato promover a educação em saúde. Neste sentido, identificar quais as ferramentas utilizadas com mais frequência pelos profissionais para realização das atividades é de fundamental importância. .

No intuito de se fazer compreender, vale a criatividade e o acesso a subsídios que auxiliem nesse processo. Nesta lógica alguns recursos e materiais fazem parte do rol de estratégias no trabalho em grupo.

Segundo as descrições dos profissionais acerca da apropriação de elementos para condução dos encontros, é possível identificar que os recursos utilizados se caracterizam como: roda de conversa, palestra informativa, dinâmicas, atividades recreativas, esportivas e de lazer (passeios). Os materiais necessários para operacionalização de tais intervenções compreendem: utensílios

domésticos, objetos para construção artística; áudio/visuais; cartilhas/materiais lúdicos educativos; materiais esportivos e eventualmente o transporte. Vale salientar que todos os profissionais envolvidos possuem autonomia para decidir qual recurso e/ou material deverá ser utilizado para o alcance do objetivo do encontro.

"[...] a gente distribui uns materiais que vem da secretaria de saúde, é panfletos, cadernetas de saúde a gente disponibiliza isso pra, a gente já disponibiliza durante as consultas, mas aí pra chamar mais atenção, a gente faz um kitzinho com esses informes né e faz apresentação em power point" (sic) (GIRASSOL)

"A bola, e a corda é um sucesso, mas também a gente já levou materiais reciclados, pra fazer uma atividade pro lixo, então depende muito do tema que vai ser trabalhado, já levamos giz de lousa pra fazer amarelinha, e colete pra fazer gincana, é mais esse material esportivo." (sic) (GERÂNIO)

"[...] a terapeuta ocupacional e a psicóloga costumam trabalhar muito questões mais lúdicas, então fazem brincadeiras, mas que tenham algum aspecto educacional, a fono fez muito disso, de jogo de memória, e outros com aspectos de saúde." (sic) (JASMIM)

"[...] às vezes traz aula mais para poder mostrar alguma coisa [...] a gente faz muita dinâmica, assim jogo, porque a gente nem gosta [...] várias brincadeiras, às vezes passa filmes também." (sic) (ROSA)

Sob esta ótica é importante destacar que ao compor um grupo de pessoas há consequentemente uma heterogeneidade em relação à compreensão, assim pode-se observar que a utilização de materiais e recursos variados facilita o alcance do objetivo primeiro que é refletir e conscientizar sobre determinado assunto e de forma criativa, podendo facilitar a aceitação (SILVA, 2002).

Em sequência, após a estruturação dos grupos, cabe compreender como são realizadas a condução e coordenação. Sob este aspecto, foi possível identificar as seguintes subcategorias: Envolvimento da equipe multiprofissional (09); Divisão de tarefas antes e durante o encontro (09); Coordenação como responsável pelo grupo e organizador do encontro (09); Coordenador como facilitador do diálogo. (03).

No tocante aos resultados, tem-se que em todos os grupos estudados há a participação da equipe multiprofissional, que cumpre tarefas previamente estabelecidas e divididas entre si. A própria equipe compreende que a função do coordenador vai desde a organização das atividades, com a construção de um cronograma de temas a serem trabalhados até a responsabilidade pelo funcionamento do grupo.

### Envolvimento da equipe multiprofissional:

"então teve todo mundo da equipe, equipe médica, equipe de enfermagem, fono, fisio, é psico, cada um relacionando a gravidez com a sua profissão, com essa duração de meia hora e um dia da semana né." (sic) (GIRASSOL)

### Divisão de tarefas antes e durante o encontro:

"a gente recebe eles, um fica ali cantando o bingo, uns prepara as prendas, a gente arruma tudo aqui né de manhã, já providencia o lanche, as prendas também, às vezes a gente sai pra comprar né, porque a gente vende as cartelinhas pra eles, depois vai lá, compra as prendas." (sic) (MARGARIDA)

### Coordenação como responsável pelo grupo e organizador do encontro:

"na verdade a gente faz uma reunião prévia né [...] nós somos responsáveis pelo grupo, então em todos os grupos a gente tenta estar presente, mas a gente já passa para as gestantes qual será o tema do próximo encontro né, na próxima palestra, mas com os profissionais a gente já faz uma reunião prévia, um planejamento de como vai ser no dia, no dia que a pessoa for dar a palestra né." (sic) (JASMIM)

### Coordenador como facilitador do diálogo:

"A ideia seria eles falarem mais, porque o facilitador está só direcionando a conversa, mas não fica falando, porque eles que tem que conversar, discutir, trocar experiências e a gente sempre explica isso no começo, ou pra quem tá chegando, que a ideia é quanto menos a gente falar melhor." (sic) (ROSA)

"a gente assim, fala pouco, a gente vai ajudando eles a conversarem mesmo sobre o tema." (sic) (ROSA)

Vale destacar os relatos que compõem a subcategoria: *coordenador como facilitador do diálogo entre os participantes*. Na maioria das vezes são ministradas palestras onde, em boa parte do tempo, a fala pertence ao profissional que, preocupado em orientar, deseja aproveitar talvez o único tempo que terá com esses usuários ao máximo, trazendo para o encontro uma boa quantidade de informações, todas de fato muito importantes, porém, às vezes, sem relevância significativa ao usuário, visto que, no geral, as questões abordam critérios pré-estabelecidos pelo profissional. Neste sentido, esta subcategoria demonstra a busca pelo aprimoramento de técnicas para a condução dos encontros e alcance de resultados mais efetivos, este dado corresponde a afirmativa de Santos et al (2006) sobre as relações sociais nos grupos de promoção de saúde que são baseadas pelo diálogo e respeito às diferenças, e favorece a integração de diversos saberes.

Dos dados coletados, apenas um dos grupos não desfruta de uma coordenação compartilhada, havendo apenas um profissional responsável e um usuário apoiador para os trabalhos manuais, apresentando como característica específica dos usuários que pode ser uma limitação para que mais membros da equipe queiram se integrar, muitas vezes pelo desconhecimento e possível dificuldade individual de manejo com essa população.

Nesta perspectiva também buscou - se entender qual é a postura do profissional frente à ocorrência de possíveis demandas emocionais como exemplo: irritabilidade, choro e/ou apatia ou fora de contexto como exemplo: divergência de opinião com postura agressiva, postura intimidadora e/ou assuntos não pertinentes àquela ocasião.

É sabido sobre a possibilidade de acontecer manifestações tanto emocionais como fora de contexto durante os encontros, tendo em vista o agrupamento de sujeitos com características, percepções e contextos diversos para uma finalidade mais específica, sendo que tanto os assuntos tratados como a condução do encontro podem favorecer o aparecimento de variadas demandas por parte do usuário (ZIMMERMAN e OSÓRIO, 1997)

Assim sendo, os relatos dos profissionais apontam que na ocorrência de manifestações emocionais ou fora de contexto a opção sempre será pelo acolhimento possível no momento, seja este realizado individualmente, pelo grupo, ou por outro profissional.

Sob este aspecto, procurou-se compreender se os profissionais de saúde receberam orientações acerca do trabalho com grupos, ao longo de sua formação e experiência profissional.

Para esse tópico foram identificados três subcategorias, como: Não receberam orientação específica /aprendizado com a prática (06); Durante a formação acadêmica (graduação e residência) (03) e Busca pessoal (01).

De acordo com as verbalizações, é possível verificar que a maioria dos profissionais não recebeu orientação para o desenvolvimento do trabalho em grupo, utilizando a experiência na construção e condução de grupos anteriores tanto no mesmo como em outro serviço, reproduzindo e/ou reestruturando as práticas em busca dos resultados esperados. Os participantes apresentam ainda em seus relatos o reconhecimento do aprendizado quando da participação em conjunto com a equipe multiprofissional incluindo os profissionais em formação, momento no qual ocorre a troca de saberes. A segunda subcategoria mais frequente, mostra que apenas três dos nove profissionais tiveram contato com o assunto, sendo que dois deles consideraram que sua formação foi suficiente para o desenvolvimento do trabalho com grupos, já a terceira afirma ter recebido orientação para esse tipo de trabalho pontualmente tendo sido necessário buscar o aprimoramento por interesse pessoal. Os achados corroboram com resultados apontados por Alves (2010) no que se refere às dificuldades de clareza sobre metodologias de grupos.

Não receberam orientação específica /aprendizado com a prática:

"não formação a gente não tem, na realidade, nós somos agentes de saúde, e na realidade a gente faz o trabalho com a experiência de vida que a gente tem né [...] mas formação específica não." (sic) (MARGARIDA)

"[...] a gente recebe orientações, mas nada formalmente, nada assim, não vamos trabalhar e vamos ver como funciona, a gente pega experiências de alguns grupos de outros lugares, eu já vim de outro lugar né, então eu já tinha experiência, mas assim, de falar que eu fui orientada por uma pessoa que só faz grupo por exemplo, não." (sic) (GIRASSOL)

Para finalizar o primeiro eixo dessa pesquisa buscou-se identificar qual a forma de avaliação utilizada pelo profissional de saúde, tanto para identificar possíveis benefícios ao usuário quanto para auxiliar no aprimoramento da ação.

Assim foi possível compor as seguintes subcategorias: Não sistematizada (09); Devolutiva do usuário e adesão ao grupo (09) e Realizada eventualmente (02).

No que diz respeito à realização de avaliação dos resultados foi unanimidade a resposta negativa para uma avaliação sistematizada pela equipe, assim a percepção dos resultados se dá de maneira informal, através da adesão do usuário ao grupo e devolutivas verbais do mesmo à equipe de saúde. Entretanto em dois dos grupos foi identificada a necessidade de realização de uma avaliação eventual por um profissional específico. A seguir seguem relatos que confirmam o resultado observado.

Avaliação de resultados não sistematizada:

"De forma sistematizada não, eu sei, que eu já vi que o certo é você ter o projetinho lá numa pastinha junto com uma folha que descreva cada evento e os participantes, e uma avaliação depois disso, eu não tenho feito, não dá tempo de fazer também né, não, teria realmente que eu começar a fazer." (sic) (JASMIM)

"não tem nada sistematizado, até é uma boa pergunta de pensar nisso né, a gente percebe, mas não conversa, não reflete sobre isso." (sic) (ROSA)

Percepção no decorrer do grupo (devolutiva do usuário e adesão ao grupo):

"Eu acho que é mais no dia a dia mesmo, a gente nunca pegou um papel pra avaliar, o ano passado a gente apresentou para os postos de saúde, então tinha que ter o resultado do grupo, então a gente perguntou pra eles, do grupo de memória né, mas desse a gente não fez ainda, mas eu acho que é no dia a dia mesmo, porque todo final de grupo a gente pergunta." (sic) (ROSA)

"[...] essa avaliação, assim mais terapêutica, a gente não faz, é mais conversando mesmo, e sentindo né, a adesão, a alegria que eles têm de vim pra cá, quando não tem, a cobrança, do por que não tem" (MARGARIDA).

Os dados obtidos corroboram com resultados de outros estudos, conforme apontados por Hermida et al (2016), já que houve predomínio de avaliação informal sendo que as ações de promoção de saúde nos grupos nem sempre são avaliadas pelos usuários participantes que coloca em questão o caráter colaborativo do usuário na ação, para esse item.

Vale destacar que no momento em que houve a oportunidade de reflexão sobre este item, quatro dos nove participantes entenderam como importante a construção de uma avaliação formal, porém, dois destes, manifestaram dificuldades devido à rotina de trabalho e disponibilidade de profissional.

Como mostrado no item anterior sobre a formação para o trabalho com grupos, a falta de formação específica para esse trabalho é um componente significativo que pode dificultar o planejamento, desenvolvimento, registro e possibilidade de aprimoramento e reestruturação das práticas quando necessário. Desta forma, cabe uma reflexão sobre a possibilidade de desistência do profissional em trabalhar com grupos e/ou a reprodução de práticas tradicionais que apresentam limitações para sua efetividade.

### **Categoria: Dificuldades para a efetivação do trabalho com grupos.**

Com relação a esta categoria, foi necessário compreender, na percepção dos profissionais de saúde, quais foram as dificuldades encontradas para a realização do trabalho com grupos.

As subcategorias que emergiram através dos relatos foram: Local inadequado (03); Financeira/materiais (06); Pouca adesão (02); Não identifica (01); Profissionais disponíveis (03).

No tocante as dificuldades consideradas para realização das atividades, estas se assemelham entre os grupos estudados. *Sobre o local inadequado*, estes, se referiram ao espaço na comunidade, onde são realizadas as atividades lúdicas, recreativas e esportivas, sendo que as praças estão mal cuidadas e quando acionados os responsáveis para limpeza e reparo não há obtenção de resposta favorável.

No que se refere à subcategoria *financeira/materiais*, o acesso aos materiais necessários é custoso e limitado, o que obriga, muitas vezes, o profissional a trabalhar apenas com reciclados e doações no caso de materiais esportivos. Ainda com relação a esta subcategoria três dos nove núcleos identificam uma necessidade de troca com a população para que esta tenha interesse e participe mais das atividades propostas, assim procuram oferecer algo que seja atrativo antes ou

após os encontros, como exemplo café com biscoitos ou, no caso das gestantes, também algo para o bebê, entretanto utilizam recursos próprios para subsidiar esses atrativos.

A subcategoria *pouca adesão*, abordou a dificuldade relacionada ao usuário, que apesar de preencher os critérios necessários e ser convidado a participar, não comparece ou desiste durante os encontros. A subcategoria, *profissionais disponíveis*, tratou um assunto espinhoso e causador de desconforto entre a equipe, quando trouxe em voga a sobrecarga de trabalho da equipe como um todo, a falta de interesse do profissional pela proposta e/ou a ânsia por resultados efetivos, sendo este último, em curto prazo, o grande responsável pelas frustrações vivenciadas pela equipe culminando em uma possível construção de rótulos que podem implicar de forma negativa no manejo do profissional com a comunidade. Apenas um participante não identificou uma dificuldade, seu relato a princípio se refere com a satisfação do trabalho realizado, em seguida reafirmou sua resposta, justificada ao explanar sobre uma estratégia da equipe a qual pertence, em conjunto com a população, favorecendo o levantamento de subsídios a fim de transformá-los em benefícios a serem desfrutados pela própria comunidade, como exemplo, através da compra de materiais para o trabalho com os grupos.

#### Local inadequado:

“É local inadequado, é a praça que tem lá, ela é muito cheio de buraco, piso desnivelado [...]” (sic) (ORQUÍDEA)

"quando chove a praça tá molhada e não tem como fazer a caminhada, já aconteceu de alguém escorregar, cair né." (sic) (LAVANDA)

#### Financeira/material:

“Financeira, porque como sempre a gente oferece alguma coisa pra chamar a atenção, pra ser uma coisa mais atrativa pra mãe, a gente acaba tendo que tirar dinheiro do bolso né.” (sic) (GIRASSOL)

"Então, material, né, é uma dificuldade, tem dia que você tem ideia, mas não tem material pra trabalhar, já aconteceu da gente comprar do nosso bolso [...]" (sic) (TULIPA)

#### Pouca adesão:

“A gente sempre tem que convidar um número muito grande de participantes pra vir menos da metade, então essa é uma dificuldade, mas que não é exclusivo do diabetes, é qualquer grupo aqui, o grupo de gestantes a gente tá com, de 10 uma só participa, então essa é uma dificuldade não exclusiva desse grupo, mas é adesão, a gente convida muita gente pra vir um pouquinho.” (sic) (HORTÊNSIA)



“descobrir uma forma de dizer um tema que atraia a pessoa a sair do conforto da casa dela e ir até você, pra ouvir o que você tem pra falar, ou pra fazer [...]” (sic) (JASMIM)

#### Profissionais disponíveis:

"[...] só que os profissionais tem dificuldade, porque é um longo prazo pra gente ver o resultado." (sic) (GERÂNIO)

“aí ultimamente já tá rolando aquela história do incômodo de algumas pessoas, por estarem sobrecarregadas no dia do evento no cuidado pré e após evento, de outras pessoas que não se empoderam disso também.” (sic) (JASMIM)

Vale ressaltar que as subcategorias financeira/materiais e profissionais disponíveis confirmam os achados de outros estudos sobre o tema como de Ferreira Neto e Kind (2010) e Alves (2010) sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das práticas grupais.

Sobre os motivos que levaram à desistência do usuário durante a realização dos grupos, as verbalizações apontaram principalmente para a Falta de interesse por parte do usuário (08), Outras atividades (01) e Limitações (01).

A *falta de interesse por parte do usuário* em participar de grupos nesta concepção, pode estar relacionada ao comportamento resistente às mudanças no estilo de vida avaliadas como necessárias, sob a ótica dos profissionais. Em dois relatos foi possível identificar a percepção de certa frustração da expectativa do usuário, bastante enfatizada quando o interesse foi pelo desenvolvimento de atividades artesanais mais elaboradas. A subcategoria *Limitações* diz respeito à dificuldade de deslocar-se até o respectivo núcleo por limitações físicas ou cognitivas, sendo preciso o auxílio de um terceiro para o transporte. Por último o subtema *Outras atividades*, tratou da desistência por motivo de trabalho ou comprometimento com outras atividades diárias.

#### Falta de interesse por parte do usuário:

“[...] não se sente motivada a mudar, eu acho que é mais isso, porque se você fizer um grupo pra comer, dançar e bailar vai vir se não mexer no comportamento da pessoa, se ela não tiver que fazer nenhuma mudança e for uma coisa mais lúdica e de lazer, eu acho que eles virão.” (sic) (JASMIM).

“[...] se você chamar as pessoas pra falar de uma doença, ela não vem, agora você chamar a pessoa pra ver outra atividade e aproveitar esse espaço pra você estar falando de saúde eu acho que é mais interessante [...]” (TULIPA).

“[...] muitas vezes, não tem interesse em se cuidar, acha chato, acha difícil mudar a rotina.” (sic) (HORTÊNSIA).

"Frustou, porque às vezes tinha uma expectativa e não atingiu a expectativa dele [...]" (sic) (JASMIM).

Diante do exposto, cabe uma reflexão acerca das razões consideradas para a desistência do usuário. Em nenhum momento os profissionais consideraram que a desistência pôde ocorrer por conta da abordagem da equipe, do formato da proposta, do acolhimento ou de orientações distantes da realidade ao considerar o contexto social do qual o usuário faz parte. A primeira afirmação corresponde à resistência do usuário em modificar comportamentos, porém, não foi citada alguma tentativa de compreender melhor essa dinâmica. Para que haja mudanças comportamentais precisa-se identificar quais são as condições do usuário para que atinja esse objetivo, como exemplo, as orientações para mudança de comportamento deve incluir o contexto socioeconômico, muitas fantasias pairam no imaginário dos usuários, que pode se situar distante de conseguir efetivar as adequações, pensando que para se alimentar bem necessita ter condição financeira que suporte o acesso a alimentos mais caros, assim cabe também ao profissional auxiliar na desmistificação e elaboração de estratégias para que o usuário alcance a melhora possível.

É enfatizado nas falas a preferência do usuário por atividades lúdicas e de lazer, completando com a afirmação de que quando é para falar de doenças o usuário não participa. Neste caso pode-se refletir sobre os diversos imperativos vivenciados pelo usuário principalmente relativo ao contexto social do qual faz parte. São diversas as limitações para sua vida, em relação às condições, financeiras, de lazer, alimentação, trabalho, transporte, conflitos, saneamento básico e tantas mais que fazem com que o usuário necessite se adaptar. Desta forma, a doença ao ser somada a esses imperativos, pode resultar na busca por atividades que lhe proporcionem um pouco de prazer e alegria considerando que o usuário e seu contexto social não existem separadamente, eles se complementam, dissolvem entre si (ZIMERMAN & OSÓRIO, 1997).

### **Categoria: Ganhos identificados com o trabalho em grupo.**

Na percepção dos profissionais de saúde, são diversos os ganhos para o usuário ao participar dos grupos ofertados, tais benefícios se assemelham para todos os grupos estudados, em seguida são apresentadas as subcategorias seguidas da frequência da resposta e a descrição do que foi considerado para este item. As subcategorias encontradas foram: Manter usuário ativo (03); Concentração/memória/coordenação (02); A compreensão de regras e limites (03); O ganho posicionamento crítico (01); A Melhora do cuidado (07); Aprendizado/Superação/satisfação (01);

melhora da convivência/interação (09); cuidado com equipamento social (05); Melhora vínculo usuário/equipe de saúde (03) e Desenvolvimento/fortalecimento do vínculo familiar (01).

A subcategoria *Manter usuário ativo* sob a ótica dos profissionais, os grupos como caminhada e grupo da quadra, ao propor exercício físico ou atividades recreativas contribuem para manter o usuário afastado do sedentarismo. *Concentração/memória/coordenação*, fazem parte dos ganhos identificados a partir do trabalho com atividades manuais e ainda ao participar um jogo que envolve atenção e concentração. *A compreensão de regras e limites* foi identificada também como ganho já que para o desenvolvimento dos grupos e das atividades propostas se faz necessário acordos com os usuários. *O ganho posicionamento crítico* foi identificado apenas em dos grupos realizados e trata-se de uma postura ativa do usuário em relação ao acesso e aos cuidados com a saúde. *A Melhora do cuidado* diz respeito à adesão ao cuidado de si ou de terceiros e incluindo adesão de hábitos saudáveis, mudanças comportamentais favoráveis ao controle de doenças crônicas e a presença nas consultas de rotina. Para a subcategoria *Aprendizado/Superação/satisfação* foi considerada a aprendizagem diante da execução de determinada atividade, que depois de concluída, envolve sentimentos de superação e satisfação considerando as limitações do usuário.

A maior de respostas compreende a subcategoria *melhora da convivência/interação* a partir da identificação de aumento e enriquecimento das relações sociais. Para a composição da subcategoria que envolve o *cuidado com equipamento social* foram considerados relatos sobre o descarte correto de lixo e cuidado com a limpeza do local utilizado pela comunidade. Sobre a *Melhora vínculo usuário/equipe de saúde*, os usuários compreenderam a melhora do acesso e da relação entre usuário e profissional de saúde. Por ultimo, a subcategoria *Desenvolvimento/fortalecimento do vínculo familiar* teve seu ganho identificado a partir da construção e/ou consolidação de vínculo entre mãe e filho durante gestação.

No entanto é possível observar que duas subcategorias se destacam entre os demais: Melhora do cuidado e Interação/distração/lazer.

#### Melhora da convivência/interação:

“então eles dão risada, eles distraem [...] eles vem na festa e ficam admirando, porque foi eles que fizeram, um jeito de incluir, então eles ficam super satisfeitos assim, de poder fazer parte.” (sic) (TULIPA)

“[...] novos vínculos, novas brincadeiras, conhecimento de outros contextos, mais saudáveis, amigáveis, e eles sentem falta.” (sic) (GERÂNIO)

“ela começa a interagir mais com as pessoas, conversar mais, se abrir mais, sai do isolamento.” (sic) (MARGARIDA)

Ainda no que se refere aos ganhos foi possível destacar duas subcategorias que confirmam a contribuição dos grupos para a qualidade de vida sob a percepção dos profissionais de saúde, a saber: Valorização do grupo pelo usuário (05); Favorece conhecimento/variedade de temas (05).

A *valorização do grupo pelo usuário* compreendeu a contribuição efetiva desta participação na melhora da qualidade de vida, sendo possível constatar os benefícios através das devolutivas verbais e na assiduidade do mesmo. Os profissionais consideram ainda que as atividades ofertadas podem contribuir para a qualidade de vida por tratar de diversos assuntos relacionados ao processo saúde/doença como pode - se observar na subcategoria *Favorece conhecimento/variedade de temas*. Desta forma o acesso ao conhecimento sobre vários assuntos, pode contribuir para o desenvolvimento da autonomia e autocuidado, sendo este um dos fatores fundamentais para a melhora da qualidade de vida.

Sobre a valorização do grupo pelo usuário:

"Contribui muito, eles nos avisam, ah vai ficar três meses sem o grupo, dois meses, eles protestam, valorizam muito esse grupo, a gente acha que a gente não tinha noção quando criou o grupo, da importância desse grupo pra eles." (sic) (MARGARIDA)

“ela falou que a gente salvou a vida dela [...] sim, só com o depoimento da senhorinha do final do ano já compensou tudo" (sic) (ORQUIDEA)

Sobre a ampliação do conhecimento como recurso para melhora da qualidade de vida:

"Eu acho que sim, ainda mais que a gente trabalha muitos temas né, em relação a isso, de formas de como lidar." (sic) (ROSA)

“[...] o fato dele estar mais orientado faz ele se cuidar mais e isso melhora os parâmetros todos.” (sic) (HORTÊNSIA)

Nesta perspectiva os profissionais também consideraram que o usuário pode ser compreendido como um agente de transformações individuais e coletivas. Todos os profissionais participantes consideraram essa possibilidade através de indicações, divulgações e convites relacionados aos grupos dos quais os usuários fazem parte.

"[...] eles fazem isso, de trazer outras pessoas, eles falam, não, fica trancado lá dentro de casa, chamei ela pra vir pra cá, conversar um pouco, aí você vê que aquilo fez bem pra pessoa, e ele tá propagando essa mudança pro outro né."(sic) (MARGARIDA)

"Sim, pode e deve, é o nosso objetivo, mas nem sempre a gente consegue alguma coisa assim né [...] então é uma coisa que a gente busca muito e é discutido com a equipe de ter agente de mudança." (sic) (JASMIM)

Contudo, verificou-se certa limitação do usuário como agente de mudanças, pois, além das possibilidades citadas acima, outras possibilidades poderiam chamar a atenção como exemplo: ao compreender melhor sobre alimentação saudável, o usuário, enquanto responsável pela compra e manuseio dos alimentos, fará melhores escolhas que terão impacto positivo na sua alimentação e na de seus familiares. Outra forma é a partir do conhecimento adquirido, o usuário pode ser transmissor das informações recebidas aos demais desde que estas façam sentido para sua vida.

Caminhando para a finalização da primeira parte dos resultados, os temas a seguir revelam as percepções dos profissionais de saúde acerca do conceito de saúde, promoção de saúde e grupos de promoção de saúde.

**Categoria: Percepções sobre o conceito de saúde, promoção de saúde e grupos de promoção de saúde.**

Ao questionar sobre o conceito de saúde, buscou-se identificar quais concepções cerceavam esse tema na visão do profissional de saúde. A partir das respostas dos participantes emergiram as seguintes considerações: fatores Biopsicossociais (01); Econômico (01); Cultural (01); Espiritual (01); Acesso à educação (02); Transporte (02); Lazer (03); Qualidade de vida (02); Autonomia e Ausência de doença (03).

"Saúde, como fala na literatura, não é só ausência de doença [...] ela é influenciada por vários fatores, então a gente não pode olhar só pra doença, medicação, e sim pro contexto social, familiar, cultural, econômico, tudo isso influencia a saúde." (sic) (HORTÊNSIA)

"Saúde, eu acho que é um bem estar físico psíquico e social de qualquer ser humano, porque não adianta você ter uma saúde física, se você não ter uma saúde psíquica ou social, então eu acho que são dessas três coisas né, biopsicossocial."(sic) (GIRASSOL)

"Saúde é pensar assim, na integração mesmo do indivíduo, na saúde dele mental, na saúde dele física, na saúde dele espiritual" (sic) (JASMIM)

Com o exposto, constata-se que para os profissionais, a saúde constitui-se no conjunto de diversos elementos e que aos poucos deixa de ser compreendida apenas como ausência de doença, o que acaba exigindo uma desconstrução e reconstrução acerca de um paradigma, que tanto leva tempo, como exige um trabalho ainda maior por parte dos profissionais em busca de ações que sejam promotoras de saúde. No tocante ao conceito de promoção de saúde foram encontrados

relatos semelhantes que proporcionaram a construção das subcategorias a seguir: Comportamentos saudáveis (05); Educação em saúde (04) e Prevenção (03).

Para os profissionais de saúde a promoção de saúde baseia-se em práticas educacionais que visam o desenvolvimento de comportamentos saudáveis que possam auxiliar na prevenção ou controle de doenças.

"então é isso que a gente faz né, e ir lá estimular eles pra ter uma vida mais saudável, pra que? pra ter autonomia, pra não depender de ninguém." (MARGARIDA)

"Promoção de saúde eu acho que é nós profissionais de saúde estar capacitando as pessoas da nossa área de abrangência pra elas terem uma vida mais independente, pra elas terem capacidade de fazer o autocuidado, saber identificar sinais de alerta, estar procurando vir em consultas, mais passando conhecimento também." (GIRASSOL)

"[...] acho que a promoção é antes de ter a doença, já a prevenção pode ser quando a pessoa já pode ter alguns riscos, e se prevenir pra não estabelecer a doença, promoção envolve mais coisas do que a prevenção, acredito" (JASMIM)

Para os grupos de promoção de saúde constataram-se as finalidades a seguir: Evitar foco na doença (04); Sem objetivo terapêutico (02); Educação em saúde (05); Interação/socialização (04); Atividades atrativas/eventos /campanhas (03); Manter usuário ativo (02) e Todos os grupos promovem saúde (09). Contudo ressaltam-se algumas características das elencadas pelos profissionais a respeito de como deve ser um grupo de promoção de saúde, dentre elas destacam – se as subcategorias: evitar foco na doença e favorecer/educação em saúde.

"Eu acho que é uma promoção, porque a gente não foca em alguma coisa, alguma doença já instalada, ou alguma coisa já específica, então eu acho que a gente consegue uma promoção de saúde." (GIRASSOL)

"[...] o espaço contra o tempo né, eu acho é basicamente isso, não tem nenhum o objetivo terapêutico, acaba sendo né, não tem esse objetivo, o objetivo é vir aqui, se distrair um pouquinho, sair de casa, conversar mais, interagir com as outras pessoas." (MARGARIDA)

"Eu acho que a pessoa sai da inércia né, para de é, sai da comodidade, de promover saúde, faz exercício físico [...] ensina a fazer adequadamente o exercício de forma correta [...]" (ORQUIDEA)

Após a reflexão sobre os grupos e a fim de finalizar a entrevista foi questionado quanto à classificação dos grupos como de promoção de saúde ou prevenção de doenças e/ou agravos na percepção dos profissionais. Estes encontraram dificuldades para responder, por ser este um tema em construção e gerador de muitas dúvidas, inclusive conceituais, no entanto todos responderam que a existência dos grupos é interessante aos dois fins, não havendo como separa-los. Tal

afirmação endossa a proposta de ambos os grupos se misturarem em sua estruturação e se comportarem como uma boa iniciativa de trabalho.

### **4.3 Apresentação dos dados e análise qualitativa – Usuários do serviço.**

O perfil da população da área de abrangência de cada NSF foi descrita inicialmente no item local da pesquisa, a partir daí nota-se que os usuários participantes são extratos da comunidade a qual pertencem. Considerando o NSF III, os três usuários indicados para a pesquisa são idosos com idades aproximadas. Em relação ao NSF IV, há diferenciação nas idades sendo que cada participante encontra-se em uma fase diferente da vida, (idoso, idade adulta e final da adolescência). No caso NSF V, houve semelhança de idade entre dois participantes considerados idosos e um dos participantes da pesquisa se encontra na fase adulta, vale lembrar que se trata da mãe do participante do grupo que atualmente se encontra infância. Entre os nove usuários, cinco são casadas, sendo o restante, três viúvas e um divorciado.

Em relação à escolaridade a maioria deles não completou o ensino fundamental. Apenas três apresentam escolaridade completa, porém, em fases diferentes, sendo um para o ensino fundamental, um para o ensino médio e um para o ensino superior. No caso a criança que participa das atividades oferecidas está em atividade escolar (ensino fundamental). É possível observar que a maioria dos participantes é aposentada ou pensionista, três destes residem com familiares, dois moram sozinhos. Entre os demais participantes três realizam trabalho informal e um não trabalha, todos residem com seus familiares. Assim se têm um contexto socioeconômico semelhante entre os participantes. Por fim, dos nove usuários, cinco já participaram ou participam de outro grupo ofertado pela Unidade. Faz-se importante destacar que coube à familiar (mãe) do usuário participante do grupo, trazer suas percepções em relação aos ganhos para seu filho menor de idade.

#### **Categoria: Motivos para a participação nos grupos.**

A princípio buscou-se a compreensão dos motivos que envolveram a participação dos usuários nos respectivos grupos.

O convite foi feito pessoalmente pela equipe de saúde ou por outro usuário (09); Identificação pessoal com a proposta do grupo (16) e Construção em conjunto equipe e usuário (02).

Os resultados apontaram que os motivos que levaram a participação nos respectivos grupos, se consolidam em torno do convite feito individualmente pela equipe de saúde, tendo como facilitador o vínculo e a forma de convidar, que se adequada tende a provocar o interesse. A resposta mais relevante para esta categoria foi o interesse gerado a partir de uma identificação pessoal que pode ser uma condição de vida no momento, uma característica pessoal ou gosto pela participação nas atividades desenvolvidas.

#### Identificação pessoal com a proposta do grupo:

"é mais um dia que você vai lá né, distrai. E a gente leva a vida brincando né [...] aí eles me chamaram e falaram que iam fazer bingo pros idosos, porque eles ficam muito sozinhos né, e é verdade [...]" (sic) (DIAMANTE)

"é gostoso, se eu pudesse eu dava uma mãozinha pra todo mundo [...] assim, essa vontade de querer fazer as coisas, de participar de coisas diferentes, é muito bom." (sic) (ESMERALDA)

#### **Categoria: Estrutura oferecida ao usuário durante a realização dos grupos.**

Ao considerar as particularidades de cada NSF bem como dos grupos ofertados, faz-se necessário apresentar os resultados obtidos referentes a cada Unidade. Foram avaliados os seguintes itens: Material (todo material utilizado para que se atinja o objetivo do encontro); abordagem da equipe (acolhimento, esclarecimentos, comunicação de fácil entendimento); espaço físico (espaço, comodidade, ventilação); tempo de duração e horário de início. As respostas compreenderam as alternativas: "bom", "regular" e "ruim".

No que se refere à estrutura para realização dos grupos os usuários no NSF III e NSF IV avaliaram como bom os materiais utilizados, a abordagem da equipe referente à comunicação e esclarecimentos, o espaço físico adequado, o tempo de duração e o horário de início sendo que apenas 01 usuário avaliou como regular a quantidade de encontros, deixando como sugestão o aumento do número de encontros. Os resultados referentes aos grupos do NSF V, apontaram que dois dos três usuários consideraram como "bom", todos os itens citados acima, entretanto, um dos usuários avaliou todas as opções como "regular".

Vale ressaltar que para os grupos que envolviam atividade física, como a caminhada, os participantes, tanto no NSF IV como no NSF V, não identificaram a necessidade de utilização de materiais, respondendo este item como "não se aplica".

Sabe-se que as instalações atuais dos Núcleos de Saúde da Família não foram construídas para este fim, sendo fundamental adaptação para o início das atividades assistenciais nas



comunidades das quais são referencia. Nesta perspectiva não é sempre que o espaço físico favorece o conforto o que pode ser um indicador de desistência do usuário. Outros fatores como a comunicação utilizada pelos profissionais de saúde podem dificultar a compreensão do usuário acerca do que se deseja transmitir, ao invés de facilita-la, fato este, que leva tanto a desistência da participação na atividade como a permanência do comportamento resistente de má adesão. Ainda, postura não acolhedora, verticalizada, permeada por imperativos e a estigmatização também pode fragilizar o vínculo entre usuário e equipe de saúde.

Pensando que, ao compor um grupo de pessoas, há conseqüentemente uma heterogeneidade em relação à compreensão, pode-se observar que a utilização de materiais e recursos variados pode facilitar a compreensão para todos os sujeitos.

### **Categoria: Ganhos considerados a partir da participação nos grupos (questões fechadas)**

Com objetivo de compreender a visão do usuário a respeito da melhora de seu conhecimento em relação a sua saúde e melhora do problema de saúde, foram utilizados os descritores a seguir: Não melhorou; Melhorou pouco; Melhorou muito; Não se aplica.

No que aborda essa questão verificou-se que (05) usuários identificam melhora, do conhecimento sobre sua saúde, entretanto (04) usuários não identificam, por não serem trabalhados temas em saúde nos grupos dos quais participam.

Além do conhecimento gerado através dos assuntos tratados nos grupos, os usuários apontam que passou a conhecer melhor sobre sua saúde após estabelecimento ou estreitamento do vínculo com a equipe de saúde, o que possibilitou o esclarecimento de suas dúvidas, orientações e agendamento de consultas.

Tendo em vista a melhora do problema de saúde, os resultados são distintos em relação à questão anterior quando (02) usuários consideram que ao participar dos grupos, melhorou muito seu problema de saúde. Para um dos usuários seu problema de saúde melhorou um pouco (01), já para os (05) usuários restantes, não houve identificação de melhora.

Os dados acima apontam que a ampliação do conhecimento é um facilitador para a prevenção ou controle de doenças, porém, não é suficiente para que se atinjam as mudanças que se almeja. Isso se dá pelos diversos elementos que dificultam a adesão ao tratamento de maneira adequada. Este fato fica mais claro ainda quando é considerado o contexto socioeconômico do usuário e, portanto suas reais necessidades, os acessos e restrições impostas, sejam elas individuais ou coletivas como aponta Souza (2017). É importante destacar que muitas vezes os usuários podem não associar a participação no grupo à melhora de sua saúde, pelo conceito enraizado de saúde

ainda como ausência de doença, logo se o grupo não trata de assuntos voltados diretamente para a prevenção ou controle no processo saúde/doença, então não teria como haver melhora na percepção do usuário (SANTOS et al., 2006).

**Categoria: Reconhecimento de modificações a partir da participação no grupo.**

**Tabela 1: Identificação de mudanças a partir da participação no grupo**

<b>Comportamento</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Muito</b>
<b>Alimentação</b>	05	00	04
<b>Atividade física</b>	03	01	05
<b>Manejo emocional</b>	03	02	04
<b>Resolução de problemas</b>	04	02	03
<b>Uso de medicamento</b>	06	02	01
<b>Sono</b>	08	00	01
<b>Relações familiares / sociais</b>	07	00	02
<b>Atividades de lazer</b>	03	01	05
<b>Trabalho/atividades diárias</b>	04	00	05

Quando questionados, de maneira direta, sobre identificações de mudanças comportamentais apoiados em sua participação dos grupos, os usuários demonstraram dificuldades em reconhecer ganhos. Com relação aos benefícios apontados destacam-se os itens como atividade física, lazer e trabalho/atividades diárias, somados as avaliações de “ajudou um pouco” e “ajudou muito”, chamando a atenção também neste quesito os itens: manejo emocional e resolução de problemas com identificação de melhora.

Ainda sobre a identificação de mudanças, o item relações familiares / sociais, se sobressai, ao expor que a maioria das respostas apontou para nenhuma mudança, trazendo assim o inverso do que se identifica quando manifestos livremente os ganhos com a participação nos grupos, dado que será mostrado mais adiante. Em vista disso a importância da oferta do espaço para que a comunidade passe a ter voz e desse modo, tanto as demandas quanto os benefícios são reconhecidos com mais facilidade.

Outro fator de suma importância a ser considerado é à verbalização da familiar (mãe) participante da pesquisa, que demonstrou a dificuldade em associar benefícios para a saúde às atividades propostas pela equipe, porém, no decorrer da entrevista conseguiu identificar pequenos ganhos. Neste caso pode não ter ocorrido devida integração da familiar com a equipe de saúde para os devidos esclarecimentos a respeito da finalidade do grupo.

Retomando os resultados acima, buscou-se compreender quais as razões que motivaram as mudanças, assim emergiram as seguintes subcategorias: Melhora do conhecimento (07); Incentivo da família (02) e Manutenção dos comportamentos já instalados (01).

Em relação ao que motivou a escolha pela mudança comportamental, os usuários trouxeram a percepção concernente à *melhora do seu conhecimento* e compreensão sobre determinados assuntos trabalhados durante os encontros. Sobre o *incentivo social e familiar*, os usuários que emitiram essa resposta consideraram-se motivados a fazer alterações em sua rotina anterior, visto a preocupação de seus familiares para cuide de sua saúde e a disposição dos mesmos para auxiliá-los no alcance dos novos objetivos. Para a última subcategoria houve apenas uma resposta referente a não identificação de necessidade mudança no momento.

#### Melhora do conhecimento:

"ah, tem que mudar o ritmo da gente né, porque a gente foi criado na roça, não sabe de nada né e aqui as meninas ensinou muita coisa pra gente."  
(sic) (RUBI)

"Melhorei. Antes qualquer coisa eu chorava, entendi que é natural". (sic) (OPALA)

"ajudou bastante, pra eu desmistificar algumas coisas né, e eu acho que é sempre bom a gente agregar conhecimento né, nunca é demais." (sic) (CRISTAL)

"eu já sabia algumas coisas, mas é sempre bom a gente ver de maneira mais ilustrada." (sic) (SAFIRA)

#### Incentivo social e familiar:

"[...] foi a amizade né, eu arrumei bastante amiga, que são amigas boas, nossa foi muito bom." (sic) (JADE)

"[...] só sei que eu mudei, mudei muito, porque a gente precisa de todo mundo né, pra conversar, pra passear, os filhos tão sempre aqui, sempre me liga." (sic) (RUBI)

Quando se trata do desenvolvimento ou aprimoramento de um determinado comportamento, os usuários associaram rapidamente à melhora do conhecimento não se dando conta de que outros fatores favorecem a efetivação desse novo comportamento. Chama-se a atenção para a subcategoria *incentivo social e familiar*, pois, ao receber tal estímulo de seus pares os usuários responsáveis por este apontamento, se motivaram a participar das atividades propostas assim como modificar comportamentos prejudiciais para sua saúde. Neste sentido, pode-se afirmar que outros elementos somados ao conhecimento podem favorecer as transformações necessárias na vida do usuário.

### **Categoria: Identificação de benefícios com a participação nos grupos (questões abertas)**

A fim de obter respostas mais apuradas para essa categoria buscou-se utilizar recursos variados, neste sentido optou-se também pela aplicação de questões abertas. Desta forma emergiram as subcategorias a seguir: Aumento/ melhora das relações sociais (07); Vínculo com a equipe de saúde (06); Saúde psicoemocional (07); Melhora da disposição (04); Mudança no comportamento alimentar (03) e Melhora do condicionamento físico (03).

Quando questionados, de maneira indireta, sobre quais seriam os benefícios percebidos com sua participação nos grupos, os usuários apontam como principais ganhos o aumento das relações sociais, saúde psicoemocional e melhora do vínculo com a equipe de saúde.

#### Aumento/melhora das relações sociais:

"[...] o que eles fizeram pros idosos é muito bom. Final de ano eles faz almoço de natal, nossa é muito bom, unir mais os velhos né, porque a família não liga mais não." (sic) (DIAMANTE)

"as meninas que participaram do grupo eu converso até hoje." (sic) (OPALA)

"ah, é bom, porque a gente tem mais contato com as pessoas [...]" (sic) (AMETISTA)

"ah, porque assim, mudou o papo com os outros, não tinha uma amizade, agora eu tenho amizade com todo mundo. Então isso melhorou bastante." (sic) (RUBI)

#### Saúde psicoemocional:

"coisa boa né, pra ocupar a cabeça da gente, nossa se passa as horas ali que se nem vê." (sic) (ESMERALDA)

"Ai e é muito bom, todo mundo se ajunta, um fala uma coisa o outro fala outra, sobre vários assuntos [...] ah melhorou né, porque eu tava mais triste assim, mas eu tive força e consegui [...] mas foi ótimo viu, muito bom, eu gostei mesmo. É muito bom, muito bom pra cabeça [...]" (sic) (JADE)

"[...] muita gente me passava medo, principalmente na hora de ter, mas aí depois do grupo ficou normal [...] fiquei mais tranquila." (sic) (OPALA)

O resultado acima corrobora com o apontamento realizado anteriormente sobre os benefícios que são reconhecidos com maior facilidade, quando é ofertado atenção e espaço para que a comunidade se manifeste livremente.

No decorrer da entrevista, ao refletir sobre os benefícios, foram destaque os sentimentos verbalizados demonstrados pelas subcategorias: Alívio/tranquilidade/segurança (04); Alegria/prazer/satisfação (15) e Motivação/superação/disposição (10).

Somados aos benefícios reconhecidos estão os sentimentos associados, a participação nos grupos, que na percepção dos usuários, favoreceram principalmente a alegria/prazer/satisfação, seguidas de motivação/superação/disposição. A seguir os relatos que demonstram as afirmações dos usuários a respeito.

Alegria/prazer/satisfação:

"Adoro, nossa é tão bom, a gente conversa né, distrai [...] vou pela satisfação de estar lá." (sic) (DIAMANTE)

"[...] era alegre, por mais que a gente tá ali quietinho dentro de casa, eles sempre vinham a tarde né [...] aí na hora que você chega lá empolga, começa a conversar." (sic) (SAFIRA)

"ah, é bom, porque a gente tem mais contato com as pessoas, conversa, dá risada, ajuda, claro que ajuda, na saúde, na alegria." (sic) (ESMERALDA)

Motivação/superação/disposição:

"eu tenho, mais disposição, sim, sim, eu chego lá, eu me arrumo, eu levanto de batom, tudo, ai elas falam, é vó, a senhora tem coragem, lógico, eu não tô morta." (sic) (JADE)

"[...] mas eu me sinto mais enérgica, assim pra fazer o serviço, me sinto mais animada é tenho mais disposição, do que ficar assim, parada." (sic) (TURMALINA)

### **Categoria: Ganhos para a saúde e qualidade de vida.**

Ao questionar sobre o conceito de saúde buscou-se compreender o que o usuário considera como ter saúde. As verbalizações demonstraram o foco na ausência, prevenção e/ou controle de doenças, como exemplo, não sentir dor (03), não necessitar de medicamentos (01), controle de doença (01), não ter doença física ou emocional (02), realizar exames de rotina (01) e prevenção de doenças (01).

Também ocorreram associações de saúde a comportamentos saudáveis relacionados à alimentação e atividade física (02), a ter independência (nesse caso com ou sem a presença de alguma doença) (03), ao bem estar físico, emocional e espiritual (03) e ainda como condição para a qualidade de vida (01).

Chama a atenção para o desenvolvimento, ainda tímido considerando a frequência dos relatos, do conceito de saúde ao considerar fatores além de físicos, como emocional e espiritual, nota-se a partir dos resultados um processo de ampliação da percepção do que envolve a saúde até então fortemente relacionado à doença física. Vale destacar que todos os usuários consideraram perceptível a melhora de sua saúde após a participação no respectivo grupo.

De acordo com os relatos a principal associação a ter qualidade de vida foi ter saúde (06), seguida da prática de comportamentos saudáveis (03). Ademais foram consideradas boas condições financeiras (02), acesso ao lazer (01), tranquilidade (01) e independência para fazer o que tiver vontade (02). Sendo assim todos os usuários consideraram que houve melhora de sua qualidade de vida após participação no respectivo grupo.

### **Outros resultados obtidos**

Sobre as dificuldades para a participação no grupo 06 usuários não identificaram, porém, 03 descreveram como dificuldades as referentes a uma consulta médica agendada ou por esquecimento devido à rotina de vida.

Concernente às percepções dos profissionais, todos os usuários consideraram a possibilidade de serem agentes de mudança principalmente quando convidam seus pares para participar das atividades, ou quando compartilham as informações do que aprenderam com familiares e/ou amigos.

Não houve associação do papel transformador ao realizar mudanças em sua rotina que refletiram em sua rede familiar e social, como exemplo ao fazer escolhas saudáveis para alimentação, fazer uso adequado das medicações, manejar melhor demandas emocionais que podem evitar ou minimizar conflitos entre outros.

Foi possível constatar que todos os usuários se consideraram corresponsáveis e ainda foi unanime a afirmativa de indicação dos grupos para pessoas com as quais possuem vínculo afetivo. Não houve reconhecimento de necessidade de mudanças na proposta ofertada, visto que o resultado apontou para a valorização da prática pelos usuários que reconheceram os benefícios ao participar dos respectivos grupos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o objetivo deste estudo foi o de compreender as práticas grupais em promoção de saúde, cabe, para esta sessão, alguns apontamentos sobre as principais considerações que esse trabalho permitiu durante sua condução.

Importante destacar algumas definições encontradas: a primeira relacionada ao paradigma que trata sobre um modelo ou padrão que deve ser seguido, ou seja, qualquer conhecimento humano pode ser dominado por um modelo específico que exerce influência durante toda a vida de uma pessoa. Tudo que se produz gira em torno dos paradigmas. O segundo ponto a ser considerado é o ato de estigmatizar, no sentido de julgar, classificar, rotular. Tanto os profissionais de saúde como a comunidade são vítimas desses dois conceitos apresentados, que por estarem incorporados à saúde, culminam na necessidade de intervenções individuais e/ou coletivas. Na exposição e análise dos resultados desta pesquisa, foi visto que tais paradigmas podem ou não alcançar o objetivo desejado, no entanto a estigmatização pode favorecer frustrações e procrastinação, trazendo prejuízo para o coletivo, que uma vez rotulado passa a ser tratado de acordo com a classificação recebida.

Ao considerar o contexto social da comunidade, os sujeitos estão diante de diversos imperativos desde o seu nascimento, sendo estes vítimas de um sistema de hierarquias, consumo e privilégios, e, ao considerar os determinantes sociais de saúde, também acabam classificados como vítimas, por muitas vezes não terem acesso às condições essenciais e de direito para uma vida digna. Contudo apesar desta pré-concepção, acabam culpados por não terem comportamentos adequados, conforme julgado pela sociedade em que vivem, e assim não prevenir o aparecimento de doenças evitáveis ou quando já instaladas, não realizar o controle adequado.

O ponto principal para a superação de tais paradigmas concebidos é compreender seus fundamentos, e para isto é necessário se distanciar daquilo que é percebido como óbvio e evidente por todos (SOUZA, 2017).

O desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo sobre o contexto socioeconômico e cultural atual somado a escuta pelas demandas emergenciais vindas da comunidade pode auxiliar no desenvolvimento das ações estratégicas e criativas para educação em saúde, sendo este um recurso importante para a efetivação da promoção de saúde.

Uma das principais características dos grupos de promoção de saúde é a cooperação entre os atores para o alcance dos objetivos, que pode ocorrer através da construção de indicadores, utilizando para isso, variadas formas de avaliações de resultados, as quais podem contribuir para o aprimoramento da proposta ofertada. Ainda sob esta ótica, com a avaliação de resultados seria possível observar o que de fato a comunidade busca nestas participações, para que estas

informações possam ser estrategicamente utilizadas, no desenvolvimento de habilidades para a vida. Outro aspecto fundamental é para a segurança e confiança do profissional que poderá visualizar, com maior facilidade, que as ações propostas podem ser dispositivos fundamentais para a construção de sentido, mudanças comportamentais, e/ou para outros aspectos relacionados à promoção de saúde como o reconhecimento sobre ser um cidadão de direitos a uma vida digna.

Neste contexto, ao analisar os resultados obtidos nota-se um movimento importante rumo à efetivação das práticas grupais, principalmente ao considerar as tentativas de reestruturação realizadas pelos profissionais de saúde. Importante salientar que a formação profissional através da educação permanente pode auxiliar na construção e implantação das propostas de trabalho de acordo com as reais necessidades.

A partir dos resultados foram descritos o processo de construção, desenvolvimento e execução das propostas, bem como os ganhos relacionados para a saúde na percepção dos profissionais e dos usuários. Notou-se uma busca incessante para atender as demandas emergentes em saúde, identificadas assim pelos profissionais e também as trazidas pelo próprio usuário. Diversos recursos têm sido utilizados para que os objetivos estabelecidos possam ser atingidos, contudo o fundamental seria a mudança na condução dos grupos, valorizando o diálogo e a troca de saberes. Há a efetiva presença da equipe interdisciplinar, e aos poucos a intersetorialidade vem ocupando um espaço de destaque, principalmente nas atividades de esporte e lazer.

Vale destacar neste estudo, que os núcleos, aqui apresentados como local da pesquisa, são diferenciados da maioria das unidades de saúde da atenção básica no território nacional, visto que algumas unidades contam com o apoio dos Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NASF) e para outras a realidade é bastante diferente, refletindo ainda mais a desigualdade na oferta de assistência.

Assim, o que se pode concluir é que não há apenas uma forma correta e única para o trabalho com grupo de promoção de saúde. O principal desafio é romper, de fato, com os modelos tradicionais implantados e ainda seguidos nos serviços de saúde pública brasileira, os quais aprisionam e prejudicam a efetivação dessa ação, levando assim ao descrédito do próprio trabalho. Do conceito de saúde concebido como ideal à prática estabelecida nos serviços de saúde, há um longo caminho a ser percorrido e moldado, visto que para a desconstrução do conceito antigo há a necessidade da reconstrução de um novo, pautado sob a integralidade do usuário, horizontalidade das ações e decisões e ainda corresponsabilização entre os envolvidos.

## **RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS ESTUDOS**



A referência teórica foi escassa quanto aos assuntos diretamente relacionados ao trabalho com grupos de saúde, portanto, avalia-se que há uma longa caminhada entre os estudiosos do assunto, no sentido de incentivar produções científicas sobre o tema.

Especificamente em relação aos grupos de educação em saúde, este trabalho almejou incitar discussões mais acaloradas sobre o tema e ressaltar a importância do existir destas estratégias. Além, claro, auxiliar, na construção de indicadores de aprimoramento das ações grupais em promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. H. S. **Grupo de Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF): A Visão dos Profissionais e do Usuário**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. 70, Lisboa, 1977.

BOTELHO, F. C. et al. **Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha**. Revista Ciências e Saúde Coletiva, 2016, v. 21, n.6, p.1889-1898. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601889&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601889&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> acesso em 06 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 648/GM **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> acesso em 13 set. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria 399/GM. Brasília 2006. Disponível <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> acesso em 06 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Portaria nº2488/11. Brasília 2011. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> acesso 06 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria 687/06 3 ed. Brasília 2010. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)> acesso em 03 set, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão). Brasília, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)> acesso em 03 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde: Carta de Ottawa (1986)**. Serie B Textos Básicos em Saúde, Brasília DF, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)> acesso em 22 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível <[http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes\\_e\\_carta\\_portugues.pdf](http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf)> acesso em 06 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Lei 8.080 set. 1990 Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> acesso em 22 mai. 2016.

BUSS, P. M. **Promoção De Saúde e Qualidade de Vida**. Ciência e Saúde coletiva. 2000; v.5 n. 1p. 166-177 <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>> acesso em 22 mai. 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17 n.1 p. 77-93, 2007. Disponível em <<http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/A-Sa%C3%BAde-e-seus-Determinantes-Sociais.pdf>> acesso em 30 ago. 2016.

BUSS, P. M.; CARVALHO A. I. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14 n. 6 p. 2305-2316, 2009.

CZERESNIA, D. (org) **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** /org. Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. **The concept of health and the difference between prevention and promotion.** Cad. Saúde Pública, vol.15 n.4, Rio de Janeiro, Oct./Dec. 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> acesso em 12 mai. 2016.

FERREIRA NETO, J.L., KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. vol. 20 n4. Rio de Janeiro. Dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400004&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em Ago. 2018.

FRANCO, L. J.; PASSOS A. F. C. (Org). **Fundamentos de epidemiologia.** Barueri, SP: Manole, 2005.

GIL. A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** Ed. 4 , São Paulo, atlas, 2002.

HEIDMANN, et al . Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200021&lng=pt&nrm=iso)> acesso em 19 set. 2016.

HORTA, N. C. et al. **A prática de grupos como ação de promoção de saúde na estratégia de saúde da família.** Rev. APS, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

HERMIDA, P.M.V, HEIDEMANN, I.T.S.B, COSTA, M.F.B.N.A et al. **Registro e avaliação das práticas de promoção da saúde nos grupos da atenção primária.** Revista de Enfermagem UFPE on line., Recife, 10 (12): 4581-90, Jan., 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A.M. M. **Qualidade de vida – Aspectos conceituais.** Revista Salus-Guarapuava-PR. v. 1 n. 1 p. 13-15, jan./jun. 2007. Disponível em <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/12.pdf>> acesso em 12 set. 2016.

KRIEGER, Nancy. **Glosario de epidemiología social.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 480-490, jun. 2002. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500028&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500028&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> acesso em 30 ago. 2016.

LAPREGA, M., R. **Processo de Saúde-Doença e Níveis de Prevenção.** In: Laércio Joel Franco; Afonso Dinis Costa Passos; (Org.). Fundamentos em Epidemiologia. Barueri - SP: Manole Ltda., 2004, v. 1, p. 1-28.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério.** Petrópolis, Ed Vozes, 1981.

MALTA, D. C. et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção.** Ciência & Saúde Coletiva, v.21 n.6 p. 1683-1694, 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 5 n. 1 p. 7-18, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>> acesso em 15 set. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

- PELLEGRINI FILHO, A. **Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s135-s140, Jan. 2011. Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en) acesso em 29 jun. 2016.
- ROCHA, J. S. Y. **Os Determinantes Sociais da Saúde.** In: Nelson Ibanhez; Paulo Eduardo Mangeon Elias; Paulo Henrique Dangelo Seixas. (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. 01ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2011, v. 01, p. 219-242.
- SANTOS, L.M. et. al. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** Revista de Saúde Pública, 2006, v. 40 n.2 p. 346-52. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>> acesso em 16 set. 2016.
- SASAKI, A. K; RIBEIRO, M. P. D. S. **Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8 n. 28, 2013, disponível em <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29664>> acesso em 03 set. 2016.
- SEIDL, E. M. F; ZANNON, C M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20 n.2 p.580-588, mar- a b r, 2004.
- SILVA, R. C. **Metodologias participativas para trabalho de promoção de saúde e cidadania/** Ed.1 São Paulo: Vetor, 2002.
- SILVA, P. F. A; BAPTISTA, T. W. F. **Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.441-465,2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312014000200441&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000200441&lng=en&nrm=iso)> acesso em 22 mai. 2016.
- SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão a Lava jato.** Leya, Rio de Janeiro, 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- WENZEL, M.M; CUNHA, A. Z. S. **Promoção de Saúde em Grupos: Analisando Resultados do Projeto Ensino E Educação em Saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 13 n. 3 p 31-40, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, **The Ottawa Charter for Health Promotion** 1986. Disponível em <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>> acesso 20 jun. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.** Disponível [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) acesso 29 jun. 2016.
- ZIMERMAN, D. E., OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

## APÊNDICE A

### Entrevista com Profissional

#### Caracterização da Unidade

Nome \_\_\_\_\_

Composição profissional \_\_\_\_\_

Características da população da área de abrangência \_\_\_\_\_

#### Caracterização dos grupos

Grupos da Unidade	Profissionais que atuam	Aberto/fechado n° de participantes.	Contínuo/N° encontros estabelecidos

Qual foi a razão que levou a equipe a planejar essas ações grupais?

Como foi construída a proposta?

Como foi feita a seleção e triagem dos participantes?

Como foram escolhidos os temas de cada encontro?

Qual é o objetivo que se deseja atingir no grupo?

Como acontece a condução do encontro?

Como é o trabalho do coordenador dentro do grupo?

Você recebeu alguma orientação/ formação para a coordenação dos encontros grupais?

Que materiais são utilizados nos encontros?

O que se espera da postura dos participantes durante o encontro? O que se percebe condiz?

Quando há manifestações emocionais, como são tratadas?

As demandas que aparecem fora do contexto, como são tratadas?

É realizada avaliação de resultados das ações? Como?

Quais são as dificuldades encontradas para efetivação das intervenções grupais?

Você classifica essa ação grupal como de promoção de saúde ou prevenção de agravos? Por quê?

O que se espera dos usuários após participarem das atividades propostas?

Quais as contribuições dos grupos para a saúde e qualidade de vida dos usuários?

**Sobre Saúde, Promoção de Saúde e grupos de promoção de saúde.**

Como você define saúde?

O que você pensa sobre a proposta de promoção de saúde?

Para você como seria um grupo de promoção de saúde?

**APÊNDICE B****Entrevista com o usuário do serviço de saúde.**

Nome:

Idade:

Trabalha ( ) sim ( ) não

Participa de quais grupos?

Qual motivo que o levou a participar do (s) grupo (s) oferecido (s) na unidade de saúde?

Quais foram os benefícios observados após o início de sua participação no (s) grupo(s)?

O que você considera ser qualidade de vida?

Você considera que o grupo o ajudou a ter melhor qualidade de vida?

Você se considera como corresponsável pela sua saúde? ( ) sim ( ) não Por que?

Considerações (livre)

## **ANEXO A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar do estudo “Práticas Grupais e Promoção de Saúde: Estratégias, contribuições e Desafios” a ser desenvolvido pelo Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

#### **Descrição das principais informações sobre o estudo.**

O estudo tem como objetivo, conhecer como são construídas e realizadas as atividades em grupo propostas pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família. Visa ainda compreender a percepção tanto dos profissionais envolvidos como dos usuários, sobre os possíveis benefícios em participar dessas atividades para sua saúde e qualidade de vida, colaborando assim para a produção de conhecimento científico, disseminação e aprimoramento das ações grupais.

#### **Para atender a finalidade desse estudo, os procedimentos metodológicos foram divididos em três etapas:**

Serão utilizadas duas entrevistas, sendo uma destinada aos profissionais da Unidade de Saúde da Família e a outra destinada aos usuários que participam dos grupos. Cada entrevista terá duração de aproximadamente 40 minutos, será gravada e transcrita, com o objetivo de documentar o trabalho.

**Primeira etapa:** Serão entrevistados os profissionais de saúde responsáveis pela construção e realização das atividades nos grupos. Trata-se de uma entrevista com perguntas abertas envolvendo temas de saúde, promoção de saúde, as características e desenvolvimento das atividades grupais e por último quais seriam as possíveis contribuições dos grupos para a qualidade de vida dos usuários participantes.

**Segunda etapa:** Serão entrevistados os usuários que participam dos grupos oferecidos pela Unidade de Saúde da Família a qual estão vinculados. Trata-se de uma entrevista com perguntas abertas sobre as contribuições dos grupos para sua saúde e qualidade de vida.

**Terceira etapa:** Participação da pesquisadora, apenas como observadora, em um encontro do grupo escolhido pelos profissionais de saúde da respectiva Unidade de Saúde da Família.

#### **Caso você aceite participar da pesquisa, precisa saber que:**

Sua participação é voluntária e se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Os pesquisadores asseguram que, se você concordar em participar desse estudo, será mantido o sigilo de suas informações pessoais. Você poderá tirar dúvidas ou desistir da participação em qualquer momento que desejar, sem que isso lhe traga quaisquer prejuízos. O estudo oferece possíveis riscos que envolvem algum constrangimento e/ou desconforto, caso isso aconteça, durante a realização da entrevista ou em qualquer momento do estudo, você poderá comunicar aos pesquisadores e/ou desistir de participar. Fica também assegurada que sua participação neste estudo não lhe trará gastos e você não receberá gratificação por participar.



Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escolas- CSE da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, um órgão que acompanha e avalia todas as etapas do estudo, colaborando para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisador (a)

**Para contato com os pesquisadores e com o Comitê de Ética em Pesquisa:**

**Pesquisadora Responsável:**

Patricia Sanchez - Contato (16)98102-1280.

**Pesquisador colaborador:**

Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha. E-mail: [jsyrocha@fmrp.usp.br](mailto:jsyrocha@fmrp.usp.br)

Endereço: Programa Saúde na Comunidade localizado no 2º andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - CEP 14049-900 Ribeirão Preto, SP. Telefone: (16) 3602-2516

**Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto – SP**

Rua Terezina, 690 - Vila Maria Luiza, Ribeirão Preto - SP, 14055-380

Horário de funcionamento: De segunda à sexta-feira das 7h às 18h – Telefone (16) 3315-0000