

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA BH VIDA

**A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO A GRUPOS
OPERATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

ANA CLÁUDIA MOREIRA
ANDRÉA ARAÚJO FAGUNDES OLIVEIRA
LUSSANDRA VIVIANE FARIA DA COSTA

Belo Horizonte – MG

2005

ANA CLÁUDIA MOREIRA
ANDRÉA ARAÚJO FAGUNDES OLIVEIRA
LUSSANDRA VIVIANE FARIA DA COSTA

**A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO A GRUPOS
OPERATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Monografia apresentada ao
Curso de Especialização em
Saúde da Família – Programa
BHVida, da Universidade
Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial à obtenção do
título de Especialista.

Orientadora: Profª Drª. Anézia
Moreira Faria Madeira.

**Universidade Federal de Minas Gerais
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
2005**

AGRADECIMENTOS

À professora Dra Anézia Moreira Faria Madeira pela dedicação carinhosa e orientações para a realização deste trabalho.

Ao gerente do Centro de Saúde Olavo Albino Corrêa e ao gerente do Centro de Saúde Goiânia pela valorização do nosso trabalho, nos concedendo liberação, condição fundamental para o êxito desta pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que colaboraram para a realização deste trabalho, o nosso muito obrigado.

E por último, mas não menos importante, aos usuários do sistema SUS, participantes da nossa pesquisa, por nos mostrar o real valor do nosso trabalho.

***“Com tempo suficiente,
oportunidade suficiente e desejo
suficiente, é provável que qualquer
habilidade possa ser desenvolvida
por qualquer indivíduo”.***

(Dr. Robert L. Ebel)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo compreender o que significa para o usuário participar de grupos operativos. O estudo foi realizado em dois Centros de Saúde de Belo Horizonte e uma Unidade Básica de Saúde da Família de Ibirité/MG. A população foi constituída por 43 usuários que responderam a seguinte questão norteadora: “Conta para nós o que é, para você, participar das reuniões”. A análise dos dados respaldada nos fundamentos de Martins e Bicudo (1998), possibilitou a construção de cinco categorias analíticas: 1- Aprendizado; 2- Vínculo; 3- Resolutividade; 4- Socialização; 5- Desmotivação. Ao compreendermos os significados emergidos dos discursos, pudemos atentar para a necessidade de sistematizar a prática dos grupos operativos, já que os mesmos são capazes de “operar” mudanças na vida das pessoas. Assim, a partir de uma assistência co-participativa, torna-se possível o alcance de melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo Operativo; Educação para Saúde; Promoção à saúde; PSF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1. O DISCURSO DA LITERATURA	11
2. METODOLOGIA	15
2.1 Cenário de Estudo.....	15
2.2 Sujeitos da Pesquisa.....	17
2.3 Coleta de Dados.....	17
2.4 Análise dos Dados.....	18
3. A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	20
3.1 Aprendizado.....	20
3.2 Vínculo.....	23
3.3 Resolutividade.....	27
3.4 Socialização.....	30
3.5 Desmotivação.....	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXO	40

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um movimento que se estruturou em 1966, nos EUA, quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos para uma política federal e estadual que financiasse a formação de médicos de família em cursos de pós-graduação (FONTINELE Jr, 2003).

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem cerca de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas). Estima-se, segundo dados oficiais, que funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (FONTINELE Jr, 2003).

Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e ,com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e

agentes comunitários de saúde), que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada, criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (FONTINELE Jr, 2003).

Para o efetivo alcance dos objetivos da estratégia do PSF, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidas por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades. O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta todo o trabalho do PSF.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve ser baseado nessa percepção. Ou seja, deve ser adequado às peculiaridades locais e regionais, com utilização dos recursos técnicos disponíveis e capacitação dos recursos humanos.

A Norma Operacional Básica instituída em 1996 (NOB 96) tem o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a Atenção Básica e, portanto, reafirma os princípios constitucionais, ao afirmar que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e / ou participando na construção do acesso aos demais serviços dentro e fora do município (BRASIL, 1999).

No quadro abaixo apresentamos, como forma ilustrativa, algumas ações de atenção básica dirigidas a toda população, segundo a NOB96 (BRASIL, 1999):

RESPONSABILIDADES	AÇÕES	OBJETIVOS
1. Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas seqüelas, através da mídia e ou de eventos e palestras. - Divulgação de informações e orientações educativas para pais e / ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e na adolescência. - Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas e prevenção de câncer de colo uterino e de mama. - (...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde. - Redução da morbimortalidade por agravos externos e violência. - Redução da incidência de gravidez, de DST/AIDS e do uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer de colo uterino e de mama. - (...)

Com o objetivo de desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, foram implantados, com a nova proposta de atenção à saúde, Grupos Operativos como instrumento de trabalho junto às comunidades adscritas em cada Unidade Básica de Saúde. Estas ações vêm ao encontro dos princípios organizativos do SUS e das diretrizes da NOB/96.

Anteriormente à implantação do PSF na atenção básica, as ações educativas eram desenvolvidas também através de reuniões com usuários de saúde. Nessas reuniões, na maioria das vezes, não era permitido aos pacientes extravasarem, suas

angústias, suas preocupações, seus medos; palestras, ditas educativas, eram o eixo que conduzia as reuniões.

As palestras eram realizadas apenas por médicos e/ou enfermeiros abordando assuntos pertinentes à anatomia e à fisiologia do corpo humano e direcionando a explicação ao assunto discutido na reunião, com ênfase na fisiopatologia da doença, em seus agravos, no uso correto da medicação e nas orientações para o controle da doença, por exemplo. Enfim, as reuniões eram meramente técnicas, científicas, o que naturalmente cansava a população. O desinteresse e a desmotivação contribuíam para o fracasso da atividade, além da falta de vínculo com o serviço de saúde. Já o grupo operativo permite melhor aproveitamento do assunto abordado; melhor participação da comunidade, considerando o conhecimento prévio do grupo. As reuniões são mais dinâmicas, participativas, o indivíduo tem direito à voz. São desenvolvidas através de atividades lúdicas, que facilitam o processo ensino-aprendizagem e estimulam “o pensar” a respeito do assunto, para promover mudanças de comportamento.

A dinâmica dos grupos operativos foi desenvolvida por Pichon-Rivière, por meio de estudos dos fenômenos grupais. Para ele, o grupo operativo consiste em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançá-lo. Tal tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo. Assim, o termo operativo significa, em sua aplicação, um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. (OSÓRIO, 2000).

Aplicadas à nossa realidade, as reuniões com a população têm sido feitas com o propósito educativo de estimular o indivíduo a procurar melhorias em sua qualidade de vida, promovendo saúde, prevenindo o surgimento de novas doenças e o agravamento das já existentes (crônicas-degenerativas).

Como profissionais da Atenção Básica de Saúde temos observado ao longo de nossa experiência uma prática de grupos operativos não sistematizada, variável entre as diversas unidades de saúde e até mesmo nas diferentes equipes de um mesmo centro de saúde. Esta realidade pode trazer resultados negativos como: baixa resolutividade do grupo; baixa adesão da população atendida e insatisfação da comunidade e das ESF.

Diante disso, questionamos: Os grupos operativos realizados atualmente têm sido eficazes? Os objetivos propostos à aplicação desta prática têm sido alcançados? A participação dos usuários nos grupos operativos tem trazido melhorias à sua qualidade de vida? Existe satisfação por parte do usuário em participar dos grupos operativos?

Acreditamos que só aquele que vivencia o processo poderá falar melhor sobre ele. Portanto, buscamos junto ao usuário, participante dos grupos operativos, compreender o que significa para ele participar das reuniões. Com isso, buscamos respostas para nossas incertezas, eco para nossos questionamentos.

Assim, objetivamos com este trabalho **compreender o que significa para os usuários participar de grupos operativos.**

Ao desenvolvermos este trabalho, pensamos ser possível melhorar a assistência prestada à nossa clientela, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

1. O DISCURSO DA LITERATURA

Pichon Rivière (1907 – 1977), psicanalista, elaborou a teoria do Grupo Operativo, referenciado em teorias da psicanálise e em dinâmicas de grupos. Conceituou que o Grupo Operativo é o grupo centralizado na tarefa, com o propósito de obter conhecimentos (grupo de aprendizagem) e/ou cura (grupos terapêuticos). Esse propósito se dá a partir do abandono de formas estereotipadas de ver o mundo e quando se principia mudanças. “As mudanças são inerentes à condição vital, pois tudo que está vivo está em constante movimento e se alternando continuamente” (PICHON, citado por OSÓRIO, 2000, p.33).

Segundo Pichon-Rivière, (citado por OSÓRIO, 2000), o grupo deve ter referencial, que é um conjunto de experiências, conhecimentos e afetos prévios com que os indivíduos pensam e agem em grupos, mas que para se tornar operativo, ou seja, gerador das mudanças pretendidas, necessita de aplicação de uma estratégia, de uma tática e de uma técnica. Neste esquema a função do copensor (coordenador) consiste basicamente em criar, manter e fomentar a comunicação entre os membros do grupo.

Comunicação, etimologicamente origina-se do latim *comunicare*, significando “ter algo em comum, repartir, compartilhar”; posteriormente deu origem a estar em contato ou relação com alguém. Portanto, a boa comunicação pressupõe ter algo em comum ou a predisposição ao compartilhamento do que possuímos. Quem reparte ou compartilha, entrega-se. Comunicar-se autêntica e eficazmente representa, portanto, uma entrega, uma doação não só de significados como de si próprio (OSÓRIO, 2000).

Para que um grupo seja operativo é necessário: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para mudanças que se evidenciem necessárias. Entendemos com isso, que seja uma necessidade sentida da população que se deseja e quer trabalhar com esta modalidade. A flexibilidade e a maturidade para mudanças, quando percebe-se que algo ficou falho ou que não se conseguirá atingir o objetivo proposto, devem estar infundidas nessa proposta de trabalho.

Na dinâmica dos grupos operativos deve haver um certo clima, aquilo que ele denomina de “clima grupal”, ou seja, o estabelecimento de uma atmosfera propícia à manifestação mais livre, espontânea e autêntica possível dos sentimentos que transitam entre os membros do grupo, bem como as suas experiências prévias e atuais. A manutenção da espontaneidade grupal é o elemento essencial para a criação de um grupo proveitoso para todos (OSÓRIO, 2000).

Segundo Winnicott, citado por OSÓRIO, 2000, p. 75, “oferecemos aos pacientes tempo, espaço e oportunidade para expressarem-se na linguagem em que são capazes de fazê-lo, mas ao mesmo tempo, exigimos submissão ao regime rigidamente organizado de nossas técnicas de falar conosco em uma forma que está muito acima de seus recursos e aptidões”.

Os grupos operativos utilizam algumas técnicas que abordam de forma mais objetiva a experiência da saúde e do adoecer. Uma delas é a fala, por meio da qual o indivíduo expressa seu mal-estar. A outra é a linguagem, quando o profissional de saúde pode apreender o significado contido nas suas queixas.

Conforme Aldeich, citado por Torres (2000), aprender em grupo significa fazer uma leitura crítica da realidade, em que cada resposta obtida se transforma imediatamente em uma nova pergunta, visando a educação para o controle da

doença. A convicção de que a estrutura grupal possa ser um instrumento de facilitação do processo de ensino e aprendizagem entre os profissionais de saúde e indivíduos advém da experiência de outros profissionais que trabalham com essa metodologia e de um determinado referencial teórico.

Silveira *et al.* (2002) afirmam que a dinâmica de grupos possibilita a construção de um cotidiano permeado pela compaixão, solidariedade e humanização, permitindo aos participantes trocar e construir conhecimento, elaborando conceitos, redefinindo ou anulando normas, demarcando outros espaços, construindo outras possibilidades de ser e de se fazer o processo educativo. Os jogos seriam um importante vínculo de comunicação entre as pessoas e instrumentos eficientes de ensino e aprendizagem, além de proporcionarem satisfação emocional imediata aos participantes.

Pichon-Rivière (1998) define grupo operativo como um conjunto de pessoas com um objetivo em comum. Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender. O trabalho em grupo proporciona uma interação de pessoas, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato de sua experiência de vida, dessa forma aprendem e também ensinam.

Segundo Pichon-Rivière, 1998, os grupos podem ser homogêneos ou heterogêneos quanto aos objetivos a que se destinam, o sexo ou a idade de seus componentes, o nível intelectual, a categoria nosológica prevalente, e assim por diante. Por exemplo, são considerados grupos homogêneos os grupos de crianças, adolescentes ou idosos (critério: faixa etária), independente da condição mórbida de seus elementos constituintes, assim como igualmente seriam considerados grupos homogêneos os de pacientes diabéticos, asmáticos, obesos, infartados,

transplantados, drogadictos, depressivos (critério: condição mórbida), sejam ou não constituídos por pacientes de diferentes faixas etárias).

A técnica do grupo operativo atinge pleno êxito quando há a participação de um mediador, responsável pela orientação de conteúdo temático, pela motivação e interação com os participantes, pelo desenvolvimento e conclusão, e um observador que fica responsável por anotar as falas e enfatizar as idéias nelas contidas, como também por monitorar o processo de condução do grupo.

Os grupos de ensino não são diretamente terapêuticos, mas a tarefa de aprendizagem implica em terapia; toda aprendizagem bem realizada e toda educação são sempre implicitamente terapêuticas. E ainda, “pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades” (BLEGER, 1993, p. 63).

No PSF, o compartilhamento da responsabilidade terapêutica entre as várias categorias profissionais, vem contribuindo para o maior sucesso do grupo operativo, como instrumento de trabalho, principalmente quando a equipe trabalha de forma integrada. Essas práticas utilizam algumas técnicas que abordam de forma mais objetiva a experiência da saúde e do adoecer. Uma delas é a fala, por meio da qual o indivíduo expressa seu mal-estar. A outra é a linguagem, quando o profissional de saúde pode aprender a significação contida nas suas queixas. A teoria das necessidades pessoais, de Schultz, coloca que “as pessoas não se integrarão em um grupo se ele não trazer a satisfação de certas necessidades fundamentais que são: necessidade de inclusão, necessidade de controle e necessidade de afeição” (FONTINELE, Jr, 2003).

2. METODOLOGIA

O trabalho sedimenta-se na pesquisa qualitativa, e foi utilizada a fenomenologia como recurso metodológico.

2.1 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada por duas ESF de dois Centros de Saúde da Regional Nordeste de Belo Horizonte/MG e uma ESF da cidade de Ibirité/MG, que adotam práticas coletivas semelhantes.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Morada da Serra, Ibirité, é composta por três ESF que são responsáveis por cerca de 15.000 habitantes. A região é classificada como sendo de médio risco de adoecer e compreende a três bairros: Morada da Serra, Primavera e Águia Dourada. A ESF, participante desta pesquisa, é a do bairro Águia Dourada: composta por uma médica, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis ACS. A equipe se responsabiliza por uma população de 4903 pessoas, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e disponibiliza à população grupos operativos de Hipertensão Arterial (Programa Bate Coração) e Diabetes Mellitus (Programa Doce Vida), com reuniões trimestrais, planejamento familiar mensal, grupo de gestantes trimestral, grupo de adolescentes quando solicitado por escolas da região, com implantação em andamento do grupo de puericultura.

O Centro de Saúde Olavo Albino, pertencente à regional Nordeste de Belo Horizonte é composta por três ESF, que são responsáveis por cerca de 11000 habitantes. O perfil populacional abrange três níveis de risco classificatório (médio,

elevado e muito elevado risco de adoecer), e compreende os bairros: Ouro Minas, São Gabriel, Parque Belmonte, Dom Silvério. A área da Equipe 1 estudada envolve os bairros São Gabriel e Ouro Minas, sendo composta por um médico generalista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco ACS's. A equipe se responsabiliza por uma população de 3600 pessoas, e disponibiliza à população grupos operativos de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus com reuniões bimestrais, planejamento familiar mensal, grupo de gestantes bimestral, grupo de doença respiratória aguda, grupo da mulher, grupo de DST/AIDS, dentre outros em implantação.

O Centro de Saúde Goiânia trabalha com cinco ESF, que atendem a uma população de aproximadamente 20000 habitantes, dos bairros Goiânia A, B e C, favela Vila da Luz e Vila Presidente Vargas. As áreas de abrangência são de risco de adoecer muito elevado, elevado e médio, sendo que prevalece o risco muito elevado de adoecer. Esta área está dividida em 18 setores censitários. A ESF2, participante desta pesquisa, atende a uma população de 3472 pessoas, sendo muito elevado o risco de adoecer. Realiza grupos operativos de crianças baixo-peso, adolescentes, planejamento familiar, gestantes, hipertensos e diabéticos. Os grupos operativos abrangem uma parcela significativa da população, já que as reuniões tratam de assuntos variados como hipertensão arterial, diabetes, anticoncepção, DST, crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, doenças respiratórias agudas, gestação.

A ESF do bairro Águia Dourada/Ibirité se responsabiliza por 456 hipertensos, 67 diabéticos, 32 gestantes, cerca de 600 adolescentes, 75 crianças menores de um ano. Já a ESF1 do C. S. Olavo Albino por 230 hipertensos, 51 diabéticos, 28 gestantes, 33 asmáticos, 30 desnutridos e aproximadamente 50 crianças menores

de 1 ano. A ESF2, do C.S. Goiânia, atende 274 hipertensos, 57 diabéticos, 17 gestantes, 22 crianças desnutridas, 32 crianças asmáticas, 43 crianças menores de 1 ano, 201 crianças de 0 a 5 anos. Toda essa população adscrita se beneficia das atividades coletivas realizadas periodicamente e assim tem acesso à informação e inclusão nos programas de assistência à população.

2.2 Sujeitos da pesquisa

A população de estudo foi constituída por 43 pessoas entre 19 e 84 anos, participantes de diversos grupos operativos. Sendo assim distribuídos: 15 depoimentos da ESF1 do C.S. Olavo Albino; 13 da ESF2 do C.S. Goiânia e 15 da ESF do bairro Águia Dourada, UBS Morada da Serra em Ibité/MG.

Vale ressaltar que, apesar de serem cenários diferentes de pesquisa, o fenômeno de estudo se caracteriza como “fenômeno situado”, ou seja, grupos de sujeitos vivenciando a situacionalidade de grupo operativo.

2.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta guiada pela questão: **“Conta para nós o que é, para você, participar das reuniões?”**. Antes de iniciarmos as entrevistas, explicávamos, em linhas gerais, os objetivos da pesquisa e a forma como nos conduziríamos na entrevista. A todos foi solicitado consentimento por escrito para participar da pesquisa, respeitando assim os critérios estabelecidos pela Resolução de nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de

pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996). As entrevistas foram realizadas pelas pesquisadoras durante o seu horário de trabalho, em locais privativos e tranqüilos das unidades de saúde. Foram gravadas, com a aquiescência dos participantes, e tão logo transcritas, para não perder nenhum detalhe daquele momento.

No momento em que as falas dos sujeitos começaram a se repetir, coincidindo em seus conteúdos, dando mostras de saturação dos dados, interrompemos a coleta de dados.

2.4 Análise dos dados

De posse dos depoimentos, fundamentadas nos passos da análise compreensiva de Martins e Bicudo (1989), procedemos inicialmente uma leitura geral dos relatos, com o intuito de apreender o sentido do todo, sem ainda nos deter em pormenores dos discursos; a seguir realizamos leituras e releituras das falas dos sujeitos, visando identificar as unidades significativas (aspectos essenciais do fenômeno) mais pertinentes, que direcionavam para a questão norteadora do estudo e para nossa experiência com grupos operativos. Após apreensão das unidades significativas, agrupamos aquelas que eram semelhantes, comuns, que se repetiam nos vários depoimentos. Feito isso, elaboramos as categorias de análise que se constituíram na estrutura do fenômeno (essência), apresentadas a seguir:

- **Aprendizado**
- **Vínculo**
- **Resolutividade**

- **Socialização**
- **Desmotivação**

A interpretação das categorias foi realizada segundo a literatura acerca da temática estudada e conforme a experiência das pesquisadoras.

3. A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Aprendizado

O desenvolvimento do conhecimento humano está intrinsecamente ligado à sua característica de viver em grupo, ou seja, o saber de um indivíduo é transmitido a outro, que por sua vez, aproveita-se deste saber para somar outro. Assim evolui a ciência. O trabalho em grupos envolve valores e recursos compartilhados e/ou aprendidos e formas de fazer as coisas, que culmina com o aprendizado cooperativo. Grupos efetivos aprendem a ser bem sucedidos através da combinação desses fatores.

Os entrevistados apontam em seus relatos que participar dos grupos operativos possibilita oportunidade de aprendizado, pois, é nos grupos que podem adquirir conhecimentos e tirar dúvidas sobre assuntos relacionados à saúde.

“É muito importante. É bom porque tem contato com outras pessoas e aprende com outras pessoas.” (E. 21 anos)

“Bom! Porque tem muitas explicações, tira as dúvidas.” (C. 23 anos)

“É bom porque é bom para a saúde da mulher, porque a gente tem muitas dúvidas e no grupo esclarece tudo.” (M.L. 41 anos)

“Bom porque às vezes temos enfermidades e aprendendo podemos curar.”

(M. 60 anos)

“Eu acho importante porque já aprendi muita coisa”. (M. A. 34 anos)

“Gosto porque passa informação e ajuda a gente a querer seguir o que vocês falam”. (E. 57 anos)

“Fico satisfeita de poder tirar as dúvidas que tenho”.(M.C. 27 anos)

“Gostei do dia em que vocês passaram a fita, agente se distrai e aprende”. (U. 19 anos)

“Bom! É importante! As pessoas ficam mais informadas. Às vezes acha que sabe tudo!” (M.A. 53 anos)

“Muito bom! Troca de informação.” (M.A. 58 anos)

Saber mais, tirar dúvidas, buscar informações, aprender, são requisitos imprescindíveis ao processo de cuidar da saúde. E os usuários sabem disso, porque assim se sentem mais seguros em suas ações. Essa segurança é obtida pela co-participação, pelo vínculo, que se estabelece entre usuário e serviço de saúde.

Partimos do princípio de que os seres humanos são criaturas sociais e comunicativas pois, em geral, gostam de interagir com outras pessoas. Embora por vários séculos tenha predominado no meio educativo a corrente teórica condutista,

onde o processo de ensino-aprendizagem era marcado pela transmissão de informações por parte do professor e a memorização passiva e repetitiva por parte do aluno, foi a partir dos estudos e conceitos desenvolvidos por Vygotsky (citado por MENEZES, 2000) que esse quadro começou a mudar. Ele afirma que "...o verdadeiro curso do desenvolvimento do pensamento não vai do individual para o socializado, mas do social para o individual". Conceitos como o de Vygotsky ajudam a compreender que a maior parte da aprendizagem é construída a partir de relações sociais. Mediante a conversa e o diálogo, os alunos chegam à sua própria compreensão de um conceito ou conhecimento. A aprendizagem em conjunto é caracterizada pela presença de grupos de pessoas (com mesmos objetivos), que se responsabilizam pela interação que os levará a uma meta comum.

Na nossa realidade, os grupos têm sido realizados nas unidades de saúde, com participantes moradores da mesma área de abrangência e, portanto, mantêm um convívio social. Tem o objetivo de levar informações aos usuários a partir de uma interação social produtiva. Consideramos a comunicação importante para transmitir, receber e relacionar idéias e, conseqüentemente, adquirir novos saberes. Sendo assim, torna-se possível fazer com que os usuários aprendam mais sobre as doenças, suas complicações, formas de controle, autocuidado e prevenção.

Percebemos que quando há aprendizagem em grupo, além dos resultados notáveis do conjunto, há também o desenvolvimento em maior velocidade, no sentido individual de seus membros. Cada pessoa traz consigo uma carga de conhecimento, compartilha-o e leva dali outros saberes desenvolvidos a partir do desejo de se saber mais.

Entendemos que o trabalho em grupo, com o objetivo de gerar aprendizado, deve ser bem elaborado e seu sucesso vai depender muito do papel do seu

orientador. As diretrizes a respeito das expectativas devem estar claras. Além disso, os participantes devem estar cientes e preparados para esse processo em grupo. Só assim torna-se possível o alcance efetivo do aprender em grupo.

3.2 Vínculo

As reuniões de grupo operativo nos possibilitaram perceber o vínculo que se estabelece entre as ESF e os usuários. É um precioso momento para conhecer melhor nossa clientela, suas angústias, suas frustrações, suas expectativas; a própria situação de pobreza em que vivem, e assim planejar as ações de saúde voltadas às necessidades eminentes daquela população. As falas abaixo expressam o sentimento de parceria por parte dos participantes:

“Acho importante e tivemos sorte de ter a enfermeira (...) e a auxiliar (...) porque nos ajudam muito e são muito educadas.” (M. 31 anos)

“Acho muito importante porque cuida muito bem da gente e a enfermeira (...) é muito educada.” (L. 23 anos)

“Sou bem atendida tanto pela médica quanto pela enfermeira, e por todos da equipe, por isso gosto de vir às reuniões com a pressão boa”. (M. 72 anos)

“Gosto de vir porque é divertido, vocês são legais e atenciosos e puxam nossa orelha quando precisa”. (J. 37 anos)

“Muito bom! Adoro a dotora.” (M.G. 56 anos)

“Acho bom, acho beleza. É uma coisa que a gente precisa. A gente que vai no posto precisa da atenção das pessoas.” (T. 73 anos)

Percebemos que os sentimentos existentes entre usuários e ESF aumentam as possibilidades de sucesso no trabalho educativo com grupos. Isso porque os sentimentos de confiança, empatia, segurança, selam as trocas estabelecidas entre todos.

Através da escuta qualificada realizada no acolhimento, podemos aumentar a credibilidade do nosso serviço perante a população, conhecendo-a melhor. Isso proporciona um “feedback”, positivo ou negativo, que resulta no pensar em melhorar a competência da ESF no planejamento de suas ações. Nos grupos operativos podemos trabalhar conceitos básicos no relacionamento interpessoal como: a auto-estima, a percepção, o auto-conhecimento, o saber ouvir, a empatia e a competência de ambas as partes. Cada um exercendo seu papel dentro das atividades coletivas, o que culmina com uma maior resolutividade, maior vínculo, melhores resultados.

Para que se estabeleça o vínculo, (BRASIL, 2000), algumas atribuições são necessárias à ESF, como: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contacto com indivíduos sadios ou doentes, visando promover

a saúde através da educação sanitária; desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado; promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável.

O profissional de saúde precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de sua vida particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde.

O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis.

A Secretaria Municipal de Saúde, gestora do SUS-BH, tem mobilizado esforços no sentido de organizar os serviços de saúde, buscando como objetivo central a garantia do acesso e da integralidade do cuidado ao usuário, o que naturalmente propicia o vínculo com o serviço. Com a denominação BHVida - Saúde Integral, representando um sistema que é fundamentalmente centrado no usuário, foram definidas como principais diretrizes: o acolhimento dos usuários; a humanização do atendimento; a vinculação da clientela; a responsabilização da equipe pela saúde integral dos usuários; o acesso resolutivo em todos os níveis de complexidade e a busca da autonomia dos usuários (BELO HORIZONTE, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde vêm implantando o projeto de Humanização do SUS- BH. Além de buscar o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS, este projeto vem propor eixos de intervenção

tanto nos ambientes físicos de trabalho, como melhorar as relações entre profissionais e usuários. Pois não basta apenas atender com competência técnica – científica, mas construir uma relação de respeito mútuo, na qual o usuário tenha garantia do acesso aos serviços através de uma escuta sensível que desencadeie a responsabilização dos funcionários para com o seu problema e ao mesmo tempo, o profissional sentir-se respeitado nos limites da oferta de serviços e de sua condição de trabalho, uma participação efetiva na construção do SUS em Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2003).

Segundo Balint, citado por Moreira Filho (2005), toda doença é também o veículo de um pedido de amor e de atenção. Não é raro que a necessidade de contatos humanos seja a motivação que leva os pacientes aos consultórios. Atualmente, as relações interpessoais, apesar de mais numerosas, são mais superficiais. As comunicações de massa, a distância, estão cada vez mais fáceis e as individuais e próximas estão progressivamente mais embaraçadas e difíceis. Com isso, as pessoas estão acumulando necessidade de contato que superam suas possibilidades. Isso acrescenta insatisfações e revoltas com as necessidades que derivam de outras fontes e as instala cada vez mais num modo individualista de viver em que a tensão é mais intensa e menos realizável. A comunicação intersubjetiva não é um mero luxo, mas uma absoluta necessidade que o homem tende a satisfazer por todos os meios ao seu alcance. Como o meio social é pouco receptivo às suas investidas, nesse sentido ele apela para recursos dramáticos e a enfermidade pode ser um deles. Bloqueadas nas suas tentativas normais de comunicação, as pessoas passam a ter nos consultórios um dos poucos lugares onde podem buscar compreensão. Na enfermidade, o homem encontra oportunidade de externar a sua realidade subjetiva e torná-la mais acessível.

3.3 Resolutividade

As ações de saúde implementadas através dos grupos operativos estimulam os indivíduos a refletir sobre seu estilo de vida cotidiano, caracterizando-se como um instrumento de educação em saúde sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle.

Observamos nos relatos dos sujeitos que os grupos operativos são resolutivos para a maior parte da população, quando afirmam que: “troca receita”, “não precisa enfrentar o acolhimento”, “controla a pressão”. A capacidade de resolutividade de um grupo operativo é fator determinante na satisfação do usuário, pois este vê parte de seus problemas resolvidos, como exemplificado a seguir:

“Muito bom porque com o grupo de hipertenso, lá a gente mede a pressão, troca a receita, e não precisa ficar no centro de saúde esperando toda vida.”

(M. A. 68 anos)

“Muito bom, principalmente o grupo de hipertenso que troca a receita.” (C. 72 anos)

“Acho bom tudo o que é para ajudar a população”.(N. 48 anos)

“É bom porque a gente troca a receita, pega os remédios e fica com a pressão boa”. (G. 43 anos)

“É bom vir porque não precisa enfrentar o acolhimento só para trocar a receita, fica mais tranquilo para a gente seguir as orientações e prevenir a gravidez”. (T. 21 anos)

“Acho bom, continuação do controle da pressão”.(V. 72 anos)

“Para mim é bom demais uai! As consultas que eu marcava pra trocar receita demorava demais e no grupo é rapidinho”.(P. 78 anos)

“É muito melhor por que olha a pressão da gente como que tá..” (M. 72 anos)

“Antes eu não gostava por que era muito cheio, agora está ótimo”.(M. 64 anos)

“A receita vale por muito tempo, por isso gosto de ir”.(H. 68 anos)

“Acho muito bom por que fazemos o controle e pegamos a receita para alguns meses e não precisamos de ir no acolhimento.” (M. 54 anos)

“Acho que foi uma das maneiras mais fáceis de trabalhar através do fornecimento de receitas”. (C,65 anos)

Nos grupos operativos realizamos jogos educativos com material de comunicação e aprendizagem, oferecemos atendimento coletivo à população com horários e locais determinados, realizamos aferição da pressão arterial, controle de níveis glicêmicos, renovamos receitas, esclarecemos dúvidas acerca da medicação, efeitos colaterais, uso da medicação. Ministramos palestras direcionadas à adolescentes, sobre anticoncepção, DST/aids. Incluímos as mulheres no planejamento familiar através da disponibilização de métodos contraceptivos e orientações quanto ao uso correto. Nas áreas carentes, são realizados grupos de desnutridos, com avaliação geral de peso, estatura, grau de desnutrição, conscientização sobre alimentação adequada nos valores calóricos e protéicos de acordo com a idade. Essas atividades possibilitam a construção de conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre os mesmos, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde.

A nosso ver, os grupos são resolutivos à medida que fornecem receitas por um determinado período de tempo, vinculando a ESF à população adscrita, sendo também um espaço para tirar dúvidas e expor seus problemas, contribuindo para a desburocratização do serviço, diminuindo com isso a demanda do acolhimento.

A PBH vem implantando um projeto de humanização do atendimento, centrado na figura do usuário. Haja vista que, a maioria da população que busca o Centro de Saúde é carente, portadora de doenças crônico-degenerativas e que procura o médico para a cura e o alívio de seus problemas.

A linha de cuidado é demarcada pelo projeto terapêutico determinado ao usuário, após o estabelecimento do diagnóstico e o risco individual ou coletivo de agravo à saúde. Segundo a PBH (2003), a resolutividade é observada na diretriz operacional a seguir: vinculação do cliente à ESF com responsabilização das

equipes sobre sua população adscrita. A equipe é responsável pelo cuidado da população, mobilizando todos os recursos para isto. Essas ações são importantes por controlar os usuários mais susceptíveis a adoecer, criando consciência sanitária no sentido de que estes desenvolvam o auto-cuidado e possam ser os sujeitos do processo assistencial; acolhimento, este é feito por cada equipe, como recurso que potencializa o acesso, garantindo uma escuta qualificada ao usuário e resposta positiva ao seu problema de saúde. Significa ainda o fortalecimento da relação trabalhador/usuário e, sobretudo, reorganiza o processo de trabalho, fazendo da equipe o centro da assistência, onde os trabalhadores se colocam na posição de escutar os clientes; autonomização, é o objetivo último da assistência e do trabalho que desenvolvemos. Se o usuário tem ganhos de autonomia para viver a vida, com a atenção à sua saúde que foi prestada, significa que o trabalho está sendo resolutivo.

A ESF deve ter autonomia para organizar o seu processo de trabalho, desde que garanta amplo acesso com acolhimento da sua clientela, ofereça ações individuais e coletivas e participe do sistema de referência e contra-referência. As relações dentro da equipe devem estar bem resolvidas para que o trabalho seja prazeroso e produtivo.

3.4 Socialização

Através da leitura e releitura dos depoimentos coletados verificamos que, para alguns usuários, a participação nas reuniões funciona como atividade social, uma oportunidade de encontro, de troca de experiências, um tempo para se distrair, um espaço onde possam expressar opiniões e sentimentos, muitas vezes pela família.

Esse fato ocorre principalmente com os idosos, que se encontram inseridos nos grupos de orientação sobre as doenças crônico-degenerativas. Assim, os usuários revelam sua satisfação em participar das reuniões dos grupos operativos:

“É bom, porque a gente encontra outras pessoas e distrai”.(F. 74 anos)

“É divertido, a gente ri, né?” (Z. 69 anos)

“Acho graça, gosto do suco e do biscoito, deixa a gente feliz”. (P. 67 anos)

“Venho porque gosto de rever todos e saber como estão passando”. (V. 57 anos)

“Ah, é bom sair de casa um pouco, só não pode chover!”.(J. 83 anos)

Para que cada indivíduo se sinta inserido no grupo e reconheça nele uma atividade social, é necessário que os profissionais da ESF valorizem a comunidade quanto a seus mitos, suas crenças, seus valores, promovendo credibilidade e proporcionando troca de informações. Considerar o que cada um tem para contribuir é de fundamental importância para que a socialização aconteça, pois todos se sentem parte do processo grupal e não apenas telespectadores. Atenção maior deve ser dada aos idosos, pois são eles que relatam verem nas reuniões uma atividade social. Devemos trabalhar pela inserção permanente do idoso em sua família e em sua comunidade, fator fundamental para o equilíbrio físico e mental, o que melhora sobremaneira sua qualidade de vida e sua auto-estima.

3.5 Desmotivação

A saúde considerada, segundo a OMS, como um “bem-estar físico, mental e social”, é algo relativamente difícil de ser proporcionado à população carente pelas ESF, haja vista que a intersetorialidade é um conceito ainda não totalmente explorado, como forma de resolução dos problemas sociais. A partir daí, nos deparamos com parte da população insatisfeita com seu modo de viver e sem expectativas de melhorá-lo, e com profissionais cansados, por tentarem resolver, sem sucesso, os problemas de saúde dos usuários. Somando a essa realidade, a burocracia dos serviços de saúde, a falta de tempo e de preparo dos profissionais em pensar maneiras diferentes de abordar essa população insatisfeita, a grande demanda no atendimento individual, que tanto prejudica o atendimento coletivo, encontramos a desmotivação tanto da ESF quanto de uma parcela da população, em aderir efetivamente às atividades dos grupos operativos. Os depoimentos a seguir mostram os motivos da insatisfação da população:

“Não acho graça nenhuma”.(R. 47 anos)

“Acho interessante, só não gosto do horário porque para a gestante é muito quente”.(J. D. 26 anos)

“Devia ser sábado, porque a gente trabalha e se não aparecer fica sem receita para pegar o remédio”. (L. 34 anos)

“Acho muito ruim, todo dia a mesma coisa. Deveria mudar os temas para as pessoas se empenharem a vir”.(G. M. 23 anos)

“Não gosto porque vocês chamam a nossa atenção quando a pressão está alta”. (H. 47 anos)

“Acho muito longe reunião de 3 em 3 meses”. (B. 56 anos)

“Acho engraçado porque vocês não são doentes e não sabem como é ficar sendo cobrado assim. Falar é fácil”.(J.S. 52 anos)

“É bom, ficar mais ruim não vai, né?” (D. 38 anos)

“Eu não sei nada, ah! Eu vô lá no grupo, renovo a receita e não acho remédio nenhum!” (E. 49 anos)

“Pra mim tá bom, o ruim não é do grupo, é o posto que tá ruim mesmo”.(E. 84 anos)

Constatamos ao refletir sobre cada fala, que a desmotivação do usuário está vinculada a uma série de fatores, alguns relativos à atuação da ESF, outros não. A burocracia existente na organização do processo de trabalho na UBS, como horários institucionalizados para realização dos grupos operativos, rotinas padronizadas, espaço inapropriado, dependência de medicação do nível central, são fatores

impeditivos do vínculo às reuniões. Em relação à atuação da ESF, devemos reconsiderar a maneira autoritária do profissional julgar o comportamento de cada indivíduo que não adere ao tratamento e a forma como é conduzida a reunião como já comentado, muitas vezes por falta de disponibilidade dos profissionais para pensar uma atividade mais participativa. Sabemos que não conseguiremos agradar a toda população, participante das atividades coletivas, pois não há como uma UBS funcionar sem burocracia, necessária à organização do serviço. No entanto, a atuação da ESF deve ser repensada, pois mesmo com todos os agravantes, a população merece um serviço de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, mas também não é fácil de ser dimensionado e avaliado. Pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Geralmente ele é menos valorizado que o trabalho clínico, talvez devido à dificuldade de mensuração de seus resultados sob uma perspectiva imediatista. No entanto, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável (BRASIL, 2003).

Ao discutirmos o tema da pesquisa optamos por aprofundar a prática dos grupos operativos, por ser freqüente no nosso cotidiano e ter a capacidade de promover resultados positivos na assistência à população. Tínhamos uma noção acerca da satisfação dos usuários em participar das reuniões, pois uma parcela da população é assídua e utiliza os benefícios oferecidos pela UBS. Sabíamos que não era unânime a satisfação dos participantes, opinião formada a partir de queixas relatadas durante as reuniões, com pouca participação ativa e número significativo de faltosos, o que foi confirmado nas falas dos entrevistados.

Os grupos operativos são realizados desde os primórdios da atenção básica à saúde. A forma como são realizados, os objetivos, as diretrizes, vem sofrendo transformações desde então. A nosso ver, a prática é fragmentada, os objetivos são comuns em todas as ESF, no entanto, utiliza-se metodologias diferenciadas. Algumas favorecem a adesão às práticas coletivas, outras não.

Hoje, diante da análise literária e do entendimento de que o grupo operativo deve ser um instrumento de mudança e aprendizado, vemos como ainda podemos amadurecer e trazer para a prática uma forma mais prazerosa de se fazer as reuniões. A partir daí, consideramos válido sistematizar a metodologia das práticas educativas, resgatando da teoria para a prática o verdadeiro operar em grupo, para assim levar o outro a “aprender a aprender ou aprender a pensar, embora sempre estejamos aprendendo a aprender e aprendendo a pensar”, na tentativa de mudar “o agir” individual a favor da saúde.

A partir do presente estudo e diante da necessidade de enriquecimento dos grupos operativos, propomos;

- ✓ Educação continuada: os coordenadores do grupo precisam ter conhecimento e habilidades para conduzi-lo. Aquele que trabalha com grupos assistenciais deve investir na sua formação e conhecer suas próprias características, no sentido de desvendar suas potencialidades como coordenador de grupos e como facilitador de um processo de desenvolvimento de si e dos outros sujeitos com os quais compartilha suas atividades. Pode-se então buscar conhecimento através de experiências de outros grupos já existentes em desenvolvimento.
- ✓ Jogos educativos: a fim de viabilizar a comunicação e o aprendizado dos participantes nos grupos, podem ser utilizados jogos educativos com o objetivo de levar informação de forma fácil e interativa ao usuário. Segundo TORRES (2000), os jogos possibilitam a reflexão sobre o tema proposto, levando o usuário a adquirir um estilo de vida saudável, bem como a construção de conhecimento, favorecendo um encontro afetivo.

- ✓ Interdisciplinaridade: quando a ESF trabalha de forma integrada com participação de outras categorias profissionais, observamos que o sucesso é maior. Um dos princípios da política de humanização do SUS é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. Isto porque, o acréscimo de outros saberes, estimulando a prática do saber popular, enriquece ainda mais o grupo.

Para isto, faz-se necessário a participação de profissionais de outras disciplinas (dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, acadêmicos, etc) em momentos esporádicos.

- ✓ Planejamento do grupo:

1. Coordenação do grupo – Deve-se ter duas pessoas distribuídas da seguinte forma:

- A. Mediador- responsável pela orientação do conteúdo temático, pela motivação e interação com os participantes, pelo desenvolvimento e conclusão dos debates.
- B. Observador- responsável por anotar as falas e enfatizar as idéias nelas contidas, como também por monitorar o processo de condução do grupo.

Durante a condução do grupo, deve-se ainda prestar escuta qualificada para compreender as entrelinhas da fala do paciente, trabalhando assim sua auto-estima, respeitando as culturas e vivências de cada um. “A humanização do atendimento apresenta-se como olhar cada sujeito da história de muitas vidas”. BRASIL, 2003

2. Tema – Deve-se discutir e definir o assunto baseado no diagnóstico de saúde / doença da população com a qual se deseja trabalhar.
 3. Clima grupal – O grupo deve ser realizado em ambiente apropriado, confortável, acolhedor, tranquilo, sem interferências externas, e com mobília e material visual adequado, sendo que o material didático deve ser disponibilizado pelo SUS.
 4. Horário – A equipe deve, sempre que possível, respeitar a demanda de horário do usuário e dos profissionais envolvidos. O tempo total do grupo não deve exceder duas horas, para não se tornar dispersivo e improdutivo, perdendo então seu objetivo.
- ✓ Avaliação do grupo: é necessário, ao final de cada grupo, avaliação do mesmo, realizada pelo mediador e observador quanto às metas atingidas e as mudanças que se farão necessárias. Deve-se questionar se houve discussão do tema de forma simples e acessível, com bom entendimento do usuário, o nível de satisfação e interesse em participar das reuniões (tanto por parte do usuário quanto da equipe).Torna-se fundamental a análise crítica das reuniões e habilidade para mudanças quando estas se fizerem necessárias.
 - ✓ Grupos de convivência / Confraternização: as demandas dos usuários ultrapassam as possibilidades terapêuticas oferecidas por nós, profissionais de saúde. Portanto, devemos estimular a participação nos grupos de convivência, ambiente em que irão obter (através de trabalhos manuais, dança, momentos de confraternização) fonte de prazer, de lucro e de companhia. A elaboração de grupos com este foco podem auxiliar, de certa forma, a “canalizar” os sentimentos que são somatizados no indivíduo e se apresentam muitas vezes como doenças.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Veloso. São Paulo: Martins Fontes, 1998.(a) Título original: El proceso grupal.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. Tradução de Eliane Toscano Zamikhowwsky. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (b)Título original: Teoria Del vínculo.

OSÓRIO, L. C. **Grupos – teorias e práticas** – acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família**. v. 1 a 4; Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BELO HORIZONTE, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **BH-Vida: Saúde Integral**. Belo Horizonte, 2003. 14 p. (mimeo).

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa de Saúde da Família (PSF) Comentado**. 1. ed. Goiânia: AB, 2003.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A. **A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos**. Belo Horizonte, 2000. Disponibilidade e acesso: <www.scielo.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MENEZES, E. **A aprendizagem cooperativa da matemática**. Agência EducaBrasil, São Paulo, 2000. Disponibilidade e acesso: < www.midiainmix.com.br>

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde**. 2002. Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

MOREIRA FILHO, A. A. **Relação médico-paciente**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia – fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996.

