

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE¹

Lucia Helena de Souza Alves², Astrid Eggert Boehs³, Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann⁴

¹ Artigo derivado da dissertação - Grupo de promoção da saúde na Estratégia da Saúde da Família (ESF), apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2010.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família Secretaria Municipal de Saúde de Navegantes. Santa Catarina, Brasil. E-mail: luh_11@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: astridboehs@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: ivonete@nfr.ufsc.br

RESUMO: Pesquisa qualitativa participativa, que objetivou conhecer a percepção dos usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre grupos de saúde desenvolvidos num município do Sul do Brasil. Utilizou-se o itinerário freireano em seis círculos de cultura com usuários/profissionais de duas equipes, sendo investigados 24 temas e desvelados em duas temáticas significativas, analisados à luz da Carta de Ottawa. Os resultados indicaram que as ações de promoção da saúde realizadas nestes grupos estão fortemente alinhadas com a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais. As ações de lazer efetuadas mostram indícios de intersetorialidade e participação social. A metodologia utilizada possibilitou aproximações entre profissionais/usuários, e diálogo em torno das situações e temáticas levantadas. Conclui-se que as ações de promoção necessitam ser ampliadas nestes grupos e que o círculo de cultura proposto por Paulo Freire é uma ferramenta possível à construção de práticas de saúde mais participativas e emancipatórias.

DESCRIPTORIOS: Promoção da saúde. Educação em saúde. Saúde da família. Enfermagem.

FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS AND USERS' PERCEPTION ON HEALTH PROMOTION GROUPS

ABSTRACT: In this participative and qualitative research, the aim was to get to know how Family Health Strategy users and professionals perceive health groups developed in a city in Southern Brazil. For collecting the data, Freire's itinerary was used in six culture circles with professionals/users of two teams. Twenty-four themes were investigated and unveiled in two major themes, which were analyzed based on the Ottawa Charter. The study results showed that health promotion actions developed in these groups are strongly connected to the reorientation of the health services and the development of personal skills. The leisure actions developed have shown some cross-sector relations and social participation. The method used in this research permitted approximations between professionals/users, as well as dialogue about the situations and themes brought up. It was concluded that health promotion actions need to be expanded in these groups and that the culture circle Paulo Freire proposed is a possible tool for the construction of participatory and emancipatory health practices.

DESCRIPTORIOS: Health promotion. Health education. Family health. Nursing.

LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES Y USUARIOS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMÍLIA SOBRE LOS GRUPOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

RESUMEN: Esta es una investigación cualitativa participativa que tuvo como objetivo saber la opinión de los usuarios y del equipo de la estrategia salud de la familia acerca de los grupos de salud desarrollados en una ciudad en el sur de Brasil. Para la recolección de los datos se utilizó el Itinerario Freireano en seis círculos de cultura con usuarios/profesionales de dos equipos, se investigaron 24 temas y se priorizaron en dos temas significativos con sus análisis basados en la Carta de Ottawa. Los resultados mostraron que las acciones de promoción de salud realizadas en estos grupos están fuertemente dirigidas a la "reorientación de los servicios de salud" y el "desarrollo de habilidades personales". Las acciones libres desarrolladas muestran aspectos de intersectorialidad y participación social. La metodología utilizada permitió aproximaciones entre profesionales y usuarios, y también el diálogo en torno a situaciones y temáticas detectadas. Se concluye que las acciones de promoción de la salud todavía necesitan ser ampliadas en estos grupos y que los círculos de cultura propuestos por Paulo Freire son una posible herramienta para la construcción de prácticas de salud participativa y de emancipación.

DESCRIPTORIOS: Promoción a la salud. Educación en salud. Salud de la familia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A partir da Carta de Ottawa, em 1986, a promoção da saúde tem sido definida como o processo de capacitação de indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.¹ Apresenta como estratégias principais a “implementação de políticas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária; e o desenvolvimento de habilidades pessoais”.^{2:353}

No Brasil, e em vários países da América Latina, onde as desigualdades socioeconômicas ainda prevalecem, a promoção da saúde ainda tem pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país.³ No entanto, muitas propostas foram criadas na área da saúde visando ao desenvolvimento de ações de promoção, principalmente voltadas para a reorganização da atenção à saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da prática de educação em saúde, constituem-se como um “caminho integrador do cuidar, um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e culturais, populares, que promove o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais, familiares e comunitárias e contribuir para a transformação social”.^{4:340} O conceito de Educação em Saúde ancora-se no “conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer”.^{4:339} As ações educativas grupais são incentivadas na ESF, pois acredita-se que favoreçam a participação, garantindo ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos, e capacitem-nos para atuarem na melhoria de sua condição vivencial.⁵ Todavia, estudos mostram que, mesmo com a oferta de grupos na ESF, há resistências da população. Um estudo⁶ refere que, dos usuários da ESF entrevistados, apenas 14,4% participavam de alguma atividade extra-consulta. Quanto aos familiares dos entrevistados, 7,6% participavam de alguma atividade, sendo que a mais lembrada foi o grupo de hipertensos. Em um estudo⁷, os autores apontam como causas de resistência: o nível de tensão no qual essas pessoas vivem; tensão resultante de uma realidade social de extrema precariedade. Ao lado disso, está o fato de que

os profissionais de saúde, munidos de um saber sobre saúde reconhecido como o único legítimo, podem ser vistos numa posição de superioridade em relação “àqueles que não têm educação nem conhecimento”.^{7:587} Outra questão é de que os grupos organizados em torno de doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos, são comuns nas UBSs, e o procedimento de palestra seguida de perguntas é ainda frequente.⁸

Dentro de uma realidade sul brasileira, em que as equipes da ESF de muitos municípios já realizam com regularidade a modalidade de grupos de educação em saúde, surge a pergunta: o que os profissionais e usuários percebem a respeito destes grupos?

O presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários e profissionais da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em duas unidades de saúde com ESF de um município do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa participativa, articulada com as etapas do referencial metodológico de Paulo Freire, conhecido como itinerário freireano. Compõem-se de três etapas que estão intimamente interligadas: investigação temática, que visa à identificação dos temas geradores extraídos da realidade dos participantes; codificação e descodificação em que ocorre a contextualização e problematização dos temas geradores; e desvelamento crítico, com a tomada de consciência da realidade.⁹⁻¹⁰

A coleta de dados foi realizada por meio dos círculos de cultura, que são espaços de aprendizagem e conhecimento, os quais têm como elemento primordial o diálogo, levando à ação e reflexão entre os sujeitos em torno de situações existenciais, abordando temas importantes de seu cotidiano.¹¹ Daí o caráter participativo do pesquisador como animador do Círculo de cultura, tendo todos os integrantes uma participação ativa.

Os círculos de cultura foram realizados em duas unidades de saúde localizadas em dois bairros de um município do Sul do Brasil com características socioeconômicas e culturais distintas entre si, as quais foram denominadas Unidade A e Unidade B. Participaram dos círculos um total de 31 pessoas, sendo 16 profissionais, com média de idade de 20 à 50 anos e 15 usuários entre 50 e 75 anos, predominando o sexo feminino em ambas as unidades.

Na Unidade A, participaram dos círculos de cultura um total 11 pessoas (uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma técnica de higiene dentária, um auxiliar administrativo e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), os quais aconteciam, aproveitando o momento das reuniões mensais da equipe na sala de reuniões da unidade. Nesta Unidade, não houve a participação dos usuários, pois devido a troca freqüente de profissionais, os grupos de saúde estavam momentaneamente desativados.

Na Unidade B, houve a participação de 20 pessoas (15 usuários, duas enfermeiras, um médico e dois ACSs), com predominância dos usuários, sendo que os círculos se davam durante os encontros do grupo de saúde na Associação do Bairro, no qual houve, dentre os participantes.

Valendo-se do itinerário freireano, foram realizados três círculos em cada bairro, totalizando seis, que ocorreram no segundo semestre do ano de 2009. A duração de cada Círculo, tanto com a equipe na Unidade A, como com os usuários na Unidade B, era de aproximadamente uma hora. O Círculo de cultura na Unidade B transcorreu de forma diferente da Unidade A, pelo fato de estarem presentes em um mesmo espaço usuários e profissionais, os usuários ficaram inicialmente um pouco intimidados. Contudo, pela disposição das cadeiras em círculo e pela horizontalidade do diálogo entre os participantes, apresentou-se como espaço importante para a superação das fragilidades, conduzindo para reflexão e análise sobre as atividades em grupo.

O primeiro momento do encontro era cedido para a realização da atividade de Círculo de cultura, e após, as atividades já programadas. Todos os participantes, inclusive a pesquisadora, ficavam dispostos em forma de círculo para facilitar e estimular o diálogo de maneira horizontalizada.

Para o registro dos dados, usou-se um gravador de áudio, previamente autorizado pelos participantes, e um diário de campo. Houve a participação de duas alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, que auxiliaram na gravação e nos registros de campo. A fim de facilitar a organização dos dados coletados, estes foram posteriormente transcritos e arquivados em pastas separadas de acordo com o grupo em que ocorreu o Círculo de cultura.

Para iniciar as atividades do Círculo de cultura utilizou-se como pergunta norteadora: qual é a importância da atividade de grupo para vocês? A partir daí os temas investigados, codificados e

descodificados foram discutidos nos encontros de círculos para depois serem desvelados. A partir da investigação, os participantes selecionaram três temas: dificuldade de realizar o diálogo entre os profissionais e com os usuários; desenvolvimento das atividades voltadas para a doença, não há clareza do que é um grupo; e a metodologia utilizada não atende as expectativas do grupo, que foram codificados e descodificados. O desvelamento crítico ocorreu concomitante à identificação de novos temas emergidos de cada Círculo de cultura. O significado que os participantes expressavam sobre os grupos de promoção/educação e saúde era o foco principal de reflexão e ação nos encontros. O referencial teórico da Promoção da Saúde, à luz da Carta de Otawa, deu suporte para avaliar se as ações de educação e saúde estavam sendo desenvolvidas pela ESF.

O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 045/09. Para respeitar os princípios éticos e buscar manter o anonimato, os participantes foram identificados através das seguintes letras do alfabeto: "U" (Usuários) e "P" (Profissionais). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no início do primeiro Círculo de cultura.

RESULTADOS

Investigação temática

A primeira etapa, denominada de investigação temática, teve como propósito levantar os temas geradores. A animadora do Círculo, para facilitar o diálogo, estimulou o debate com alguns questionamentos relacionados aos objetivos, dificuldades e metodologias que eram trabalhados nos grupos. Tais discussões foram dialogadas tanto na Unidade A como na Unidade B.

Na unidade A foram investigados 16 temas geradores durante os círculos de cultura, associados às atividades de grupo. Dentre estas temáticas, foram ressaltados como sendo três as mais relevantes. A primeira, relacionava-se à mudança frequente de profissional enfermeiro, evidenciando situações conflitantes, deixando os demais profissionais angustiados, e caracterizando-se como um momento de desabafo dos participantes, conforme elucidado nas falas a seguir: [...] *a enfermeira foi lá e falou de alimentação, sobre o cuidado com o sal, sobre tomar líquidos, todos aqueles cuidados básicos e as orientações [...] depois outra enfermeira [...]*

fez a mesma coisa...daí trocou a enfermagem de novo, a chefia [...] e a mesma coisa [...] (P1 A).

A segunda temática mencionada referia-se à metodologia e linguagem utilizadas pelos profissionais de nível superior na condução das atividades, como pode ser observado na fala: [...] *é assim, o nosso pessoal de lá, que é a maioria idosos, eles têm pouco estudo, eles têm muita dificuldade de entender o que o profissional fala, a linguagem [...]* (P3 A).

O terceiro tema enfatizado foram as atividades no grupo direcionadas para a doença e que aconteciam de forma repetitiva, o que não atraía muito a participação dos usuários, os quais tinham preferência por assuntos diversificados e recreativos, como pode ser constatado: [...] *daí eles acharam muito interessante, porque foi uma coisa ...que eles não imaginavam, porque achavam de novo que seria discutir sobre sal [...] e no fim era outro assunto, e daí foram bem participativos...mas deveria ser menos repetitivo [...]* (P1 A).

No Círculo de cultura da Unidade B surgiram oito temáticas significativas, oriundas das atividades de grupo, sendo apontadas como três as mais relevantes. A primeira, denominada "muitas atividades para os idosos participarem", está relacionada com a idade dos participantes. É importante salientar que a maioria encontrava-se na terceira idade, sendo difícil deslocarem-se para as atividades de grupo. Atualmente, o município vem desenvolvendo atividades diversificadas de lazer, buscando cada vez mais a inclusão desta população junto à sociedade. Porém, estas não são em parceria com as unidades de saúde. Sendo assim, quando os grupos promovidos pelas unidades de saúde ocorrem em datas que coincidem com as outras atividades, eles optam pelas recreativas, o que é criticado pelos profissionais, de acordo com depoimento: [...] *as pessoas deveriam respeitar, aproveitar e vir aqui, né. Deixar a festa, o bingo e vir [...]* (U1 B)

Outro tema relevante, que influenciou significativamente a participação no grupo, foi o horário de realização dos encontros no período vespertino, e a sua obrigatoriedade nos encontros, devido ao fornecimento de medicação, como no caso da fala: [...] *eu acho que é uma obrigação da gente, hoje em dia que a gente é bem atendida, ganha os remédios, isso é uma obrigação. Eu acho que a gente teria como obrigação, já tá aposentado, não custa vir, eu acho [...]* (U1 B).

Dialogou-se ainda no Círculo de cultura, sobre a temática de que muitas pessoas arrumam desculpas para não participarem dos encontros. Acredita-se que isto ocorra em virtude da falta

de conhecimento delas em relação aos reais objetivos de um grupo e, muitas vezes, porque as metodologias que estão sendo desenvolvidas são pouco dinâmicas, e os usuários preferem as mais participativas e recreativas.

Outra temática abordada foi que muitas pessoas acham que o grupo é só para idosos, diabéticos e/ou hipertensos. Tal visão pode estar atrelada ao modelo de saúde adotado pelo município, que anteriormente trabalhava as questões educativas voltadas para as doenças crônicas, e que a divulgação está falha, porque não está clara, como se pode visualizar no relato: [...] *é outra coisa, é assim, ó, se perdem assim, ó... que não é só pra pessoas da terceira idade. A ginástica, o grupo, é para todo mundo que quiser participar [...] tem que divulgar mais [...]* (U4 B).

Na segunda fase do itinerário de pesquisa buscou-se discutir os temas investigados no primeiro momento, o que será descrito a seguir.

Codificação e descodificação dos temas

Nesta etapa, foram contextualizados os temas em codificações e descodificações, através do diálogo, problematizando-os segundo as temáticas levantadas na investigação. Uma reflexão mais apurada dos temas identificados foi debatido em Círculo de cultura com os orientadores do trabalho, que contribuíram com a discussão e direcionamento dos problemas mais relevantes dos grupos da Unidade A e B.

No Círculo de cultura da Unidade A, neste dia, estavam presentes apenas oito profissionais. Foi feita uma breve retrospectiva do Círculo anterior e, posteriormente, expostas no quadro imantado tarjetas com os temas geradores levantados no primeiro Círculo, para sua validação. Com a exposição das temáticas, todos puderam visualizá-las melhor e proceder sua análise. Dentro deste universo dos 16 temas geradores identificados, investigou-se que muitos destes estavam interligados, codificando-os e descodificando-os.

A partir disto, procedeu-se à reflexão, codificando e descodificando os três temas selecionados na etapa da investigação. Nas falas, durante os círculos, foram registrados temas relativos à dificuldade de diálogo: [...] *a gente nunca tem abertura [...]* (P6 A). Estes dados expressavam, principalmente, a rotatividade de profissionais na unidade, sendo codificado como a falta de vínculo e desrespeito dos profissionais com menor nível de escolaridade. Da mesma maneira, percebe-se que

as atividades de grupo eram direcionadas para a doença. O enfoque reproduzia o modelo médico hegemônico, com uma metodologia de trabalho bancária. Identificou-se que os profissionais, especialmente o enfermeiro, passavam pela unidade e não consideravam as experiências anteriores, desvirtuando-se o enfoque que o município passava aos grupos.

Na Unidade B, a fase da codificação e da descodificação ocorreu no segundo Círculo de cultura, onde os temas foram reapresentados para validação e discussão.

Destes, também foram codificados e descodificados como sendo três os temas mais significativos: 1. A dinâmica do grupo não estimula a participação dos usuários; 2. O grupo possibilita a troca de experiências; e 3. Falta de divulgação.

Os participantes evidenciaram que a dinâmica utilizada nas atividades do grupo não estimulava a participação dos usuários, como pode ser visto nas falas a seguir: [...] *Diabetes e hipertensão a gente já houve o tempo inteiro, o tempo inteiro* (U2 B).

No final do ano passado, vinha muito mais gente do que vem agora, porque tinha a gincana (U4 B).

Nesta fase do itinerário, também dialogou-se entre os participantes considerações positivas quanto à participação no grupo. Discutiui-se que este momento propicia um ganho de conhecimento relativo à troca de experiências, estabelecimento de amizades, estimula a reflexão e a tomada de consciência da realidade vivenciada, e há ampliação do círculo social, levando a uma melhora em sua qualidade de vida.

Uma temática dialogada no Círculo dizia respeito à pouca divulgação das questões relacionadas aos objetivos do grupo, público-alvo, como também, local, data, horário de ocorrência e abordagens para melhorar a qualidade e a participação nos encontros. *Tem que falar mais que no grupo pode todo mundo ir [...] tem que divulgar mais na comunidade, no grupo de idosos também* (U4 B).

Por outro lado, o Círculo de cultura transcorreu de forma tranquila, sendo que os usuários participantes demonstraram-se muito receptivos e pareceram estar mais à vontade frente a presença dos profissionais neste momento de diálogo que no círculo anterior.

Desvelamento crítico

A etapa do desvelamento crítico se constitui no terceiro momento do itinerário de pesquisa de Paulo Freire. Os temas que haviam sido codifica-

dos e descodificados foram devolvidos ao debate no último Círculo de cultura, para reflexão e tomada de consciência da realidade dos participantes dos grupos das unidades A e B. Neste momento, os temas desvelados apresentaram-se semelhantes em ambas as unidades e foram debatidos entre os participantes nos círculos, buscando uma problematização e reflexão, para a descoberta dos limites e possibilidades da investigação temática. Houve também uma reflexão com as orientadoras do trabalho.

Para proceder ao desvelamento das temáticas, realizou-se uma dinâmica em ambas as unidades, dividindo os participantes em dois pequenos grupos, sendo que cada um contou com o apoio de uma monitora. Para estimular o diálogo, os participantes debateram questões relacionadas às ações de educação em saúde em pequenos grupos e anotaram as discussões em folha de papel, que foram exibidas e dialogadas no grande grupo. As atividades nos círculos iniciaram com uma síntese da investigação temática e apresentação e rediscussão de painel com os temas codificados e descodificados.

Dos temas investigados, codificados e descodificados nas unidades A e B, na fase do desvelamento crítico foram priorizadas duas temáticas relevantes: 1. Não há clareza, falta de conhecimento do que é grupo; 2. Metodologia utilizada no grupo.

Para proceder ao desvelamento crítico durante os encontros de Círculo, foram debatidas nas unidades as seguintes questões: "para que servem os grupos dentro da ESF?" "O que precisamos para que os grupos funcionem?" A partir do diálogo produzido no Círculo, os participantes desvelaram que o grupo serve como uma forma de orientação para a prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida, segundo relato: *para orientar as pessoas e os profissionais que estão participando, ter mais informação sobre as doenças e outros assuntos [...]. Fazer prevenção, estimular que as pessoas se cuidem, para evitar doenças, ter uma vida mais saudável, melhor* (P2 A).

Dialogou-se que, para os grupos funcionarem, é preciso buscar uma melhora na relação entre profissional x usuário, assim como mudança na metodologia utilizada nos encontros do grupo, e adotar atitudes mais dialógicas entre os participantes: *os profissionais devem se comprometer mais, respeitar horários, assumir responsabilidade [...] respeitar os participantes, não trocar os assuntos dos grupos sem avisar, porque cria uma falsa expectativa pra eles [...]* (P3 A).

Questionaram que a divulgação a respeito dos objetivos do grupo e dos encontros não está acontecendo corretamente e que precisa ser ampliada. Deve-se estabelecer parcerias com outras atividades que ocorrem na comunidade para ampliar a participação. A metodologia de condução deve ser revista, incluir atividades recreativas/lúdicas, praticar esportes coletivos, abordar outros assuntos da vida diária, como nas opiniões que se seguem: *realizar atividades lúdicas, pois dão mais animação, chama mais a atenção [...]. O esporte coletivo também é uma forma de promover a saúde, de interação [...] grupo de canto ajuda na saúde, pois quem canta seus males espanta, areja a cabeça* (U5 B).

Por outro lado, refletiram atitudes positivas em relação aos grupos de saúde, desvelando que servem para a orientação e a prevenção das doenças e como espaço para a troca de experiências/aprendizagem, momento de entrosamento e igualdade entre os participantes. Enfatizaram, ainda, acerca da necessidade de ampliar estas temáticas com a equipe e o compromisso que todos devem assumir consigo e em prol do grupo; e que, conjuntamente, devem planejar/traçar metas para tornar um espaço agradável e promotor da saúde.

Cabe ressaltar que na avaliação final da Unidade B, os profissionais afirmaram que estavam surpresos com as reflexões e expectativas que os usuários deste grupo apresentaram. Refletiram sobre a mudança nas práticas de promoção da saúde e solicitaram que os diálogos/questionamentos fossem exibidos para toda a ESF, no momento das reuniões semanais de equipe.

DISCUSSÃO

Retomando os campos de ação da Carta de Otawa, 1986, os resultados do estudo mostram que as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes da ESF pesquisadas estão mais fortemente alinhadas com a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais.

Assim, apesar de estar ocorrendo a reorientação dos serviços de saúde, com a existência de grupos denominados de Grupos de Saúde, os dados também revelam que a existência destes ocorre, em parte, pelo cumprimento das normas e rotinas impostas pela dinâmica da ESF para atender o objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil, e tem, entre suas premissas básicas, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.¹²⁻¹³

As atividades desenvolvidas nos Grupos de Saúde deste estudo estão, apesar da nova deno-

minação, de acordo com a percepção dos usuários e profissionais, ainda voltadas para a doença e com metodologias tradicionais. Desta forma, a educação se torna um ato de depositar, no qual o educador (profissional da saúde) é o que educa, que escolhe o conteúdo programático e é o sujeito do processo, enquanto os educandos (usuários) são meros objetos a serem educados, havendo negação da dialogicidade.¹² Tal metodologia desestimula a participação dos usuários, pois eles preferem dialogar sobre temas diversificados relacionados com seu cotidiano e atividades dinâmicas.

No entanto, os dados também indicam que as ações de promoção da saúde, no município deste estudo, estão num processo de reorientação, uma vez que a multiplicidade das atrações de lazer estão competindo com as atividades realizadas pelas unidades de saúde. Esta realidade mostra que há grande possibilidade de um trabalho inter-setorial para os profissionais de saúde, alargando as atividades para os outros campos de ação da Carta de Otawa.

Embora os avanços com atividades além do atendimento individual, verificado neste estudo, os serviços de saúde ainda sofrem forte influência do modelo curativo, individual, o que traz como consequência o forte alinhamento das percepções dos usuários e profissionais com o campo de ação no desenvolvimento de habilidades pessoais. Romper com este modelo de saúde individual e exercer o diálogo ainda é um grande desafio, o que pode ser observado nos dados nos quais identificou-se existir dificuldade sobre o entendimento entre o conceito e as práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde, tanto para os profissionais como para os usuários. Segundo a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), isto está de acordo com a análise histórica de autores brasileiros onde apontam que na sociedade há diferentes concepções sobre promoção da saúde que não estão de acordo com o conceito acadêmico.¹⁴

Neste sentido, é importante trabalhar com a educação libertadora, ideário metodológico de Paulo Freire, através dos círculos de cultura, que proporcionam o diálogo, possibilitam a autonomia dos participantes, sobretudo nos grupos de educação e saúde, que se caracterizam por adotar metodologias tradicionais e bancárias nas ações desenvolvidas com os usuários e profissionais de saúde.

Trabalhar com os atores envolvidos por meio de uma metodologia não coercitiva são ações

diferenciadas que promovem a participação e o *empowerment* dos sujeitos. É importante manter a noção de vínculo, reavaliar os ambientes nos quais os usuários estão inseridos, principalmente porque as atividades nos grupos direcionam-se para os modelos de prevenção de fatores de riscos e se desconhece a sua prática. Avançar na efetividade das ações de promoção da saúde nos grupos exige um grande esforço para a melhoria da qualidade de vida e transformação das condições sociais.

Cabe destacar que, dentro dos campos de promoção da saúde da Carta de Ottawa, profissionais de saúde e usuários devem ser sujeitos do mesmo processo e buscar seu fortalecimento individual e em grupo.¹⁵ Assim, a realização dos círculos de cultura deu voz aos participantes tanto para profissionais como para usuários, mostrou que podem participar de forma mais ativa. Fez a aproximação dos profissionais entre si na Unidade A e a aproximação entre os usuários e profissionais no caso da Unidade B dando condições de dialogarem sobre os aspectos referentes à sua realidade de vida e saúde.

A promoção da saúde tem uma relação bastante significativa com os grupos, por meio da categoria *empowerment*, a qual trata as relações de poder de maneira horizontalizada, possibilitando a formação de competências e habilidades para a vida em sociedade.¹⁵ O *empowerment* “expressa-se através do incremento do poder técnico e político das comunidades”.^{16:85} Nessa concepção, o trabalho em grupo assume especial relevância.

Neste aspecto, os círculos de cultura, propostos por Freire, contribuem com o *empowerment* e o fortalecimento dos grupos, sobretudo através das interações que se estabeleçam vínculos de confiança e de respeito às particularidades, que são construídos a partir de um caráter não só educativo e preventivo, mas também transformador de sujeitos envolvidos socialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornando ao objetivo de conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais da equipe de ESF sobre os grupos, em um município do Sul do Brasil, cabe ressaltar que a metodologia utilizada possibilitou aproximações entre os profissionais entre si e entre os profissionais e os usuários, com diálogo em torno das situações e temáticas levantadas. A partir dos círculos de cultura, houve o início de desvelamento da realidade vivida pelos participantes.

Segundo as percepções de profissionais e usuários, os temas e as metodologias, nos grupos, embora ainda estejam mais fortemente alinhados com dois campos da Promoção de Saúde da Carta de Ottawa, mostram claros indícios de abertura para os demais campos, que podem ser ainda mais fomentados na utilização de metodologias, tais como a proposta por Paulo Freire.

Com estes resultados, recomenda-se que as equipes da ESF estejam atentas para a conceituação da promoção da saúde e as estratégias de ação da carta de Ottawa, valorizando os recursos socioculturais de sua área de abrangência e fazendo o trabalho de forma intersetorial. Além disso, a metodologia de condução dos grupos carece de uma revisão do processo de ensino-aprendizagem de como podem ser trabalhados nestes espaços.

Para futuro, recomenda-se realizar pesquisas avaliativas abrangentes sobre a utilização da modalidade de grupos na ESF e a efetividade da promoção da saúde, principalmente a relação com os campos de ação propostos na Carta de Ottawa. Importante levantar, nestas pesquisas, a inserção das diferentes profissões em tais grupos, a formação dos profissionais, metodologias utilizadas, as dificuldades encontradas, as estratégias de sustentabilidade, a vigilância da promoção da saúde e suas práticas de ação e de que maneira a intervenção nestes espaços pode favorecer a equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000 Jan-Fev; 5(1):163-77.
2. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.
3. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2004 Set-Out; 20(5):1354-60.
4. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Mar-Abr; 12(2):335-42.
5. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jan-Mar; 17(1):90-7.
6. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores

- e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Jan-Fev; 13(1):23-34.
7. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002 Jul-Set; 7(3):581-9.
8. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. 2010 Maio-Jun; 20(4):1119-42.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.
10. Heidemann IBSH, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2010 Maio-Jun; 63(3):416-20.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1987.
12. Heidemann ITSB, Almeida, MCP. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. *Public Health Nurs*. 2011 Mar-Apr; 28(2):159-67.
13. Freire P. *Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1978.
14. Carvalho AI, Westphal MF, Lima VLGP. Health promotion in Brazil. *Prom Educ*. 2007 Mar [acesso 2011 Mar 11]; 14(Supl 1):7-12. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/14/1_suppl/7
15. Cianciarullo TI. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo (SP): Robe; 2002.
16. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Jan-Mar; 14(1):82-8.