

## La formación permanente en la estrategia de salud de la familia: repensar grupos educativos<sup>1</sup>

Cinira Magali Fortuna<sup>2</sup>

Silvia Matumoto<sup>2</sup>

Maria José Bistafa Pereira<sup>3</sup>

Celiane Camargo-Borges<sup>4</sup>

Lauren Suemi Kawata<sup>5</sup>

Silvana Martins Mishima<sup>6</sup>

Objetivo: Analizar la experiencia del equipo de salud de la familia en la resignificación de la forma de desarrollar los grupos educativos. Método: Los grupos de discusión, con veintiseis reuniones de grupos quincenales realizados, con un promedio de quince profesionales del equipo de salud de la familia durante el año 2009. El material empírico consistió en la transcripción de los grupos, en los que se realizó el análisis temático. Resultados: dos temas se desarrollaron y exploraron en las discusiones colectivas con el equipo: "La experiencia y la coordinación de los grupos" y "El proceso de trabajo y grupos de educación en una escuela de servicio". Conclusiones: Se desarrolló la Educación Permanente en Salud con el equipo, que permitió no sólo conocer los grupos educativos que constituyen la población, sino que también ha contribuido al análisis del equipo de sus propias relaciones y su proceso de trabajo que está permeado por las instituciones. Este estudio contribuye al avance de los conocimientos científicos sobre el proceso de la educación permanente en salud, así como grupos educativos con la población. También cabe destacar el diseño de investigación utilizado, que proporcionó reflexión y análisis por parte del equipo acerca del proceso del grupo experimentado en las reuniones, apropiándose del conocimiento de una manera significativa y transformadora.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Enfermería en Salud Comunitaria; Educación Continuada; Educación en Salud.

<sup>1</sup> Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 312389/2009 y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), procesos nº 2008/00921-0 y 2011/14440-7.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor, NHTV Breda University of Applied Sciences, Breda, Holanda.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermera, Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Cinira Magali Fortuna

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública

Av. Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: fortuna@eerp.usp.br

## Introducción

La Atención Primaria de Salud en Brasil, desde 1994, se ha redirigido a través de la Estrategia de Salud de la Familia, que es propiciar el desarrollo de acciones de cuidado integral personal y colectivo de las familias registradas, que responden a los principios y directrices del Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud – SUS)<sup>(1)</sup>.

Uno de los recursos necesarios para ofrecer esa atención integral puede ser el desarrollo de grupos de educación, sobre todo si éstos constituyen espacios de interacción y discusión colectiva entre el equipo y la comunidad. En este sentido, los autores<sup>(2-7)</sup> señalan que, tradicionalmente, en los grupos educativos, hay un predominio de la información que suministra, centrándose en patologías, con el predominio de las concepciones pedagógicas tradicionales y que se transmiten en forma vertical, debilitando la integración y la discusión colectiva. En general, también están bien desarrollados, con pocas condiciones materiales y de apoyo a la gestión<sup>(6)</sup>.

Por lo tanto, con el fin de cumplir con la atención integral de la salud que la Estrategia de Salud de la Familia desea operar, tales acciones requieren una revisión de la perspectiva tradicional con la que se está aplicando<sup>(3,6)</sup>. La Educação em Saúde Permanente (Educación Continua en Salud – EPS) ha sido identificado como una perspectiva del aprendizaje en el trabajo.

Se trata de una política educativa estratégica para los equipos de salud<sup>(8-10)</sup>, para que puedan desarrollar el proceso de trabajo que incluye los diferentes saberes y disciplinas que transmiten en los servicios de salud.

Sin embargo, no se encontraron estudios que abordaran el proceso experimentado por los equipos de salud de la familia durante las EPS, especialmente en lo que respecta a la reconsideración de trabajo con grupos de educación.

Sólo un estudio<sup>(11)</sup> se acercó a la referencia teórica utilizada aquí y cuestionó la demanda de profesionales de la Unidad Básica de Salud por su experiencia en el trabajo con grupos, pero no se refirió a las EPS y el equipo de salud de la familia. El texto indica la necesidad de pensar colectivamente acerca de los sentimientos de los grupos y la demanda de cualificación de los equipos, ya que sólo pueden ser de utilidad en el control de la salud de la población.

La escasez de estudios con el referencial teórico y sobre el tema, justifican esta investigación, destacando que sólo un artículo publicado en esta revista<sup>(12)</sup> en los últimos dos años que abordaron el curso para facilitadores de la educación permanente en salud.

La EPS proporciona para el trabajo un escenario de análisis y aprendizaje significativo<sup>(8-9)</sup>. Tiene como

su metodología teórica al proceso de trabajo en salud, la micropolítica del trabajo, la problematización y la educación popular en salud<sup>(9)</sup>.

Esta investigación innova la medida que se toma como entrada teórica y la intervención de EPS<sup>(9)</sup>. y algunos conceptos del movimiento institucionalista, como las instituciones<sup>(13)</sup>, micropolítica<sup>(8)</sup> y los grupos operativos de la Escuela Argentina<sup>(14)</sup>.

Desde esta perspectiva adoptada, la práctica de los grupos está permeada por los procesos de grupo calificados como movimientos de resistencia, la cooperación y conflictos<sup>(15)</sup>. Por lo tanto, incluso en los grupos típicos, en el contenido proporcionado por los equipos de salud familiar, estos procesos se llevan a cabo actualmente.

La EPS también se produce en grupos y en estos los miembros se enfrentan con los conocimientos de cada uno, posiciones, poder y sentimientos que pueden desencadenar las subjetividades y los cambios en el proceso de trabajo, minando, cuestionando, preguntándose y confirmando las experiencias que perpetúan las instituciones y puede producir movimientos para modificarlos<sup>(8)</sup>.

De esta manera, la pregunta guía de esta intervención-investigación se perfila como<sup>(16)</sup>: ¿Cómo el equipo de salud de la familia replantea su trabajo con grupos de educación en un proceso de Educación Permanente en Salud – EPS?

## Objetivo

Analizar la experiencia de un equipo de salud de la familia de replantear la forma en que los grupos educativos se desarrollan durante el proceso de educación continua en salud.

## Supuesto metodológico

Esta investigación fue una investigación cualitativa<sup>(17)</sup>, con un abordaje del tipo de intervención<sup>(16)</sup>, que se caracterizó por procesos en los que había una co-producción de sujetos, de interacción y de sentidos. La intervención era un dispositivo que va más allá de la investigación y la exploración de un tema, produciendo cambios en la micropolítica de las instituciones de los movimientos generados en el desarrollo de la investigación<sup>(16)</sup>.

Por lo tanto, había una construcción activa de “una actitud de investigación” en el que se cuestionan las divisiones binarias entre los investigadores y los investigados, sujeto y objeto, teoría y práctica, basada en la premisa de la inmanencia entre las partes y que hay un todo que se suma. Se considera la provisionalidad de los resultados, el movimiento y las múltiples realidades que coexisten, la construcción del conocimiento se produce en los espacios “entre”, en el diálogo, en los encuentros<sup>(16)</sup>.

Para realizar la investigación, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, el protocolo n° 251/2007, como es requerido por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud.

El criterio de inclusión que el equipo de investigación utilizó fue el deseo de participar en la investigación y el de pertenecer al Distrito Oeste de la ciudad de Ribeirão Preto-SP, Brasil. La justificación de la elección de la población de estudio, en el caso de un equipo de trabajadores de salud de la familia del distrito sanitario al oeste de la ciudad, fue que se hizo un acuerdo entre la Secretaría Municipal de Salud y la Universidad para el desarrollo de la investigación y para el método de investigación que permitió la adhesión voluntaria al proceso de análisis conjunto del trabajo de acuerdo a las líneas de EPS.

Se llevaron a cabo reuniones de grupo con el equipo de salud de la familia, usando las formas metodológicas de la EPS<sup>(8)</sup> para el análisis de trabajo del grupo desarrollado en la población.

Hubo participación sistemática de los siguientes profesionales: una enfermera, seis agentes comunitarios de salud, un médico, un coordinador de equipo, dos técnicos de enfermería, dos de personal de limpieza, dos médicos residentes en la salud familiar. Además, había la eventual participación de un profesor de la Facultad de Odontología, cuatro becarios en el curso de enfermería y de la psicología. Todos los participantes firmaron los términos del consentimiento libre e informado.

Hubo 26 reuniones de grupo con un promedio de quince miembros por reunión, y una hora y treinta minutos de duración cada uno. El estudio de intervención se realizó en el período de enero a diciembre de 2009, y las reuniones fueron grabadas en audio y transcritas.

Se inició el trabajo para aumentar las expectativas de los participantes y para propiciar un disparador teórico acerca de los grupos. Los encuentros posteriores se prepararon sobre la base de la escucha y el análisis de la grabación de la reunión anterior. Después de cada encuentro, los investigadores / coordinadores del grupo, el observador silencioso, y el técnico becario relacionado con el proyecto, se reunieron para un análisis de los trabajos realizados. Es de destacar que el coordinador y el observador se habían capacitado en coordinación de grupos operativos.

El observador silencioso es una figura fundamental en el enfoque de Pichón-Riviere<sup>(14)</sup>, así como los registros de las palabras de los participantes, los vectores de grupo, las expresiones corporales y otra información que permita el análisis de movimiento de los grupos.

Hubo dos movimientos de análisis: uno que se produjo durante la intervención de la investigación, a través del

desarrollo de las crónicas de los encuentros de grupo que se presentaron y discutieron con los trabajadores. Y un segundo movimiento se hizo después de la terminación de los trabajos con el equipo, utilizando el análisis de contenido de las transcripciones de los encuentros en la cadena temática<sup>(17)</sup>.

El material transcrito se releyó varias veces y se agruparon las similitudes y las diferencias de ideas. La interpretación se hizo a la luz de los referentes teóricos ya presentados y de los objetivos.

En las transcripciones y los resultados que aquí se presentan se identificaron los participantes por orden de numeración atribuidos según el orden de intervención en cada encuentro, por lo que el primer participante de la primera reunión no es necesariamente la misma en los otros grupos. Este procedimiento se adoptó para garantizar el anonimato de los participantes y está de acuerdo con la referencia de los grupos aprobados, que no se propone hacer hincapié en las palabras individuales, sino en el proceso de vinculación<sup>(14)</sup>.

## Resultados

Los resultados se ordenan en dos temas: "La experiencia y la coordinación de los grupos" y "El proceso de trabajo y los grupos de educación en una escuela de servicio."

El primer tema expresa los elementos trabajados por el equipo en su proceso de EPS, lo que indica el camino de la resignificación de los grupos educativos que se desarrollaron. El segundo tema que abarca los elementos del proceso de trabajo vinculado a una escuela de servicio y que interfería con la consecución de los grupos educativos.

### La experiencia y la coordinación de los grupos:

El equipo desarrolló grupos con el fin de crear espacios de aprendizaje, la prevención de agravios, y también para la interacción y socialización: [...] el grupo de reeducación nutricional está formado por personas que han sido referidos por cualquier miembro del equipo fijo [...] *La mayoría quieren perder peso, pero también dirigimos a la persona a aprender, por ejemplo, una dieta de reeducación para ayudar a veces en varias enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, también para la prevención de otras enfermedades o de la misma, y también, algunas personas vienen porque necesitan áreas de socialización [...] (G1).*

De esta manera, el equipo también lleva a cabo los grupos educativos como estrategia para hacer frente a problemas como la soledad y el aislamiento social. [...] *... son personas que, o son amas de casa que no tenían nada, que*

*no tenían actividad para ellas, y otras personas que están solas, que viven solas, y tenían la necesidad de tener algo para ellos, y el grupo y el grupo es quien elige lo que dice [...] (G2).*

Los grupos están integrados por residentes de la zona de cobertura, algunas están cerradas con un número determinado de reuniones como las de las mujeres embarazadas y la hipertensión, otras son abiertas y tienen lugar durante todo el año como un grupo de experiencia.

Al comienzo de la investigación, en los enuentros grupales, el equipo identifica el conocimiento necesario para la coordinación de los grupos, sólo el conocimiento técnico sobre el tema: *[...] que tiene que hacer el grupo, que tiene que saber sobre la hipertensión y para tratar de llevar al grupo a reflexionar acerca de la salud, aun siendo hipertensos, para entender las formas de comer sin sal o no comer ciertas cosas y todavía vivir bien (G1).*

Con el desarrollo de los debates, también surgió la necesidad de conocimiento sobre la gestión del proceso del grupo. En línea con esta necesidad, se preparó un texto como un disparador para la discusión teórica en uno de los encuentros y los trabajadores fueron capaces de hacer una aproximación al tema del proceso del grupo en relación con el trabajo del grupo que desarrolló. *Participante 2: Yo creo que a veces los mecanismos de resistencia son los que son más evidentes, esos son! Estas son personas que, por ejemplo, que de alguna manera tratan de llamar la atención del grupo, en otras ocasiones. [...] Y también para sabotear el grupo. Participante 3: Una persona siempre tiene un contrapunto. Usted habla, o alguien trae a colación un tema, y la persona plantea lo opuesto (G3).*

Otro aspecto tratado fue sobre lo que ellos consideraban como los resultados de los grupos que conducían. En la lógica científica tradicional lo que se espera son números (indicadores) que *a priori* categorizan a las personas y su comportamiento normalizado por el conocimiento científico. Sin embargo, otros posibles resultados fueron discutidos por el equipo, tales como los encuentros, producir alegría, relajación, entre otros: *Participante 1: [...] Me acordé de una publicación, una persona creó un grupo de pacientes que habían propuesto dejar de fumar y el Gobierno quería una respuesta de la cantidad que efectivamente dejó de fumar. Y esa persona comentó en esta publicación, que dirigió al grupo no para tener conductas visibles, tales como dejar de fumar, sino que se las arregló para empoderar a la gente, eso fue lo que informó ahí, y estamos hablando de lo mismo [...] (G25).*

De la discusión de su propia experiencia, el equipo puede comprender la complejidad del trabajo en grupo, en el que el grupo "conversa" sobre un tema en particular, al mismo tiempo, también dialoga implícitamente con el coordinador, y por lo tanto tiene que ser consciente de este proceso, teniendo en cuenta lo "hablada y lo tácito"<sup>(12-13)</sup>.

Como ejemplo de este hecho, en el tercer encuentro se discutió sobre la gestión de la resistencia y el tema surgió de cuando el coordinador tenía una necesidad y el grupo tuvo otra: *[...] Creo que va a variar, al igual que la gente que hace el grupo de las mujeres embarazadas, es que ... sólo querían hablar de parto, y la gente estaba hablando sobre el embarazo en sí, no estábamos hablando del parto, que sería en el futuro, entonces tenemos esas desviaciones, por lo que era básicamente yo y (nombre) que estábamos en el grupo, hablamos un poco de esto y luego volvió sobre el tema, ya que si no querían hablar sobre el parto, no querían hablar sobre el propio embarazo, atención prenatal, [...] (G3).*

Este tema, la gestión de la resistencia y la divergencia de las necesidades, resultó ser muy relevante para el equipo y apareció muchas veces más en esta reunión. En la cuarta reunión del grupo, cuando se presentó la crónica de la tercera reunión, el equipo volvió a plantear el tema, sólo que se había actualizado a la presente reunión del equipo, en un movimiento de expresión con la coordinación diciendo que en realidad estaban esperando otro tipo de trabajo en las reuniones del EPS: *Coordinador: ¿Qué pasa cuando la gente hace frente a lo que creo que es importante abordar, y el grupo no es así, quieren algo más? Participante 2: Cuando vino la primera vez para presentar el proyecto, entendí que, ... sería una cosa más dinámica, habría un mayor intercambio, ya sabes, en mi cabeza, es lo que ustedes harían, encontrarían algunas experiencias de otras partes o incluso enseñarían algunas dinámicas que podrían ser aprovechadas en el grupo, es todavía muy tibia, no tiene productividad (G4).*

De esta reunión hubo un nuevo acuerdo entre el grupo y los coordinadores / investigadores y con cambios en el ajuste<sup>(13)</sup> a partir de experiencias detonadoras que pretendían trabajar un aspecto concreto que se había identificado en la sesión anterior y el fundamento teórico ocurrido en los últimos quince minutos basados en el tema más relevante experimentado en esa sesión.

Es de destacar que la experiencia discutida e iluminada desde perspectivas teóricas produjo movimientos de pertenencia<sup>(13)</sup>, de la implicación y de auto-análisis<sup>(12)</sup> en el colectivo del equipo: *14 Participante: Es que estoy pensando, al igual que sucede en grupos cuando la persona en el grupo que tiene el papel de chivo expiatorio, hay uno que es el, el que conduce, creo que pasa aquí todo el tiempo por lo que entiendo. (G19).*

El equipo también analizó los aspectos relacionados con la coordinación, cuando más de un empleado tenía la coordinación de los grupos de la población *[...] la coordinación de este grupo está formado por una rotación en el equipo responsable, por lo que la persona responsable de el equipo, en realidad, es el Dr. (nombre), un médico residente, un miembro*

del personal fijo y un pasante de psicología últimamente ha tenido esta conformación, por lo que hay cuatro personas (G1).

En el contexto de la conversación del tema coordinación, también fue posible articular una discusión teórica, con literatura relacionada con el proceso de grupo<sup>(13-14)</sup>, y señalando que la coordinación compartida requiere sincronía a ser construida por la experiencia reflejada y debe ser guiada por marcos teóricos, metodológicos comunes. También se discutió el problema de tener un grupo con cuatro coordinadores de diferentes formaciones, sin espacios anteriores de preparación, y sin espacio posterior para el análisis de la coordinación y de los resultados producidos. Se concibió que algunos grupos bien coordinados pueden ser permeados por comunicaciones interrumpidas, tareas no acordes con el movimiento de los grupos, entre otros aspectos que no contribuyen con la producción de un clima propicio para el aprendizaje.

Con los grupos de discusión en este proceso de EPS, las estrategias también se pudieron desarrollar como llamar a otros usuarios para la renovación de los grupos, hubo la designación de los trabajadores del equipo reasignado para la coordinación de los grupos y la combinación de una conversación que precedía a la sesión de grupo para la planificación, y también una conversación del grupo al final para la evaluación.

### El proceso de trabajo y los grupos de educación en una escuela de servicio

La unidad de salud estudiada aquí tenía la doble tarea de atender a la población inscrita y además de participar en la formación de muchos profesionales de la salud como médicos residentes de medicina de familia, enfermeras, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, entre otros. Esta doble tarea conformó y unió cierto proceso de trabajo en el grupo de educación continua sometido a análisis y confirmó la interferencia en la conducción de los grupos educativos y otros trabajos.

Los participantes señalaron que los residentes / estudiantes no valoraban los grupos como una forma de cuidado a ser entendido y calificado: Otra cosa acerca de la resistencia aquí, que creo que es la misma cosa en nuestro equipo, más que el participante del grupo, [...] cuando el residente invade el tiempo del grupo dando cuidado no se da cuenta de que es una forma de resistencia a este tipo de trabajo ", "no ... pero no tenía momento para asistir." Cuando invade la hora de su visita, con los cuidados, también no llegó a darse cuenta de que se trata de un movimiento de resistencia "[...] (G2).

El equipo identificó que en algunos grupos educativos la invitación a participar siempre se dirigió a los mismos

usuarios, que "sabían" cómo funcionaban los grupos. Se observó un acuerdo implícito, por lo tanto, como si el grupo fuera un escenario en el que los trabajadores y los usuarios eran parte de un "script" en particular para el desempeño de los estudiantes. Esto se conoce como desplazamiento<sup>(12)</sup> de la institución escolar.

Otro aspecto de la institución escolar actual es el paso constante de los estudiantes y el consiguiente intercambio de miembros del equipo de su división entre el "equipo fijo", compuesto por trabajadores contratados y el "equipo móvil", compuesto por profesores y estudiantes: *Participante 3: ¿Puedo decir algo? [...] Porque cuando usted ve que es la etapa de duelo ya sabes, porque ahora dos residentes salen y dos nuevos llegan, nos miramos y decimos: ¡qué cosa! ... sonrisas y palabras [...] Participante 4: Es ... terminamos preguntandonos [...] (G26).* Este proceso de cambio pone la población y algunos trabajadores en una despedida constante, lo que puede poner en peligro los vínculos necesarios para el cuidado y el trabajo en equipo.

Durante las reuniones se pudo reflexionar sobre la dificultad de la comunicación, la devaluación de la opinión de los trabajadores, como los trabajadores comunitarios de salud y auxiliares de enfermería en la atención de la gente, la dificultad con la demanda espontánea y la sobrecarga con todos los problemas que enfrentan a diario con las familias.

Para ejemplificar: *Participante 1: en esta discusión que la familia nos trajo, la gente no se atrevió a decir nada, [...], pero a veces teníamos la razón, del porqué hacemos la visita, la gente tenía miedo, luego se quedaron callados. [...] Luego van al médico y verifican las mismas cosas, pero con las mismas palabras ... y el equipo escucha y va después. Participante 3: ¿Qué es lo que el agente lleva? No vale la pena nada! (G5).*

### Discusión

Los datos presentados en el primer tema permiten afirmar que el equipo consideró a los grupos educativos como con el propósito de promover espacios de la vida y el aprendizaje, lo que representa un avance con relación a la perspectiva clásica de los equipos de salud que consideran los grupos como espacios para pasar información y de prescripción de medidas para una vida sana<sup>(4,6)</sup>.

Una lectura de las necesidades salud que considera a la soledad y el aislamiento como problema de salud, indican una concepción más amplia de la condición de salud que corrobora los hallazgos de otras investigaciones<sup>(2)</sup>. Hacemos hincapié en que este aspecto puede aportar al equipo la producción de atención integral<sup>(10)</sup>.

Sin embargo, esta concepción cuestiona los resultados esperados con los grupos en los servicios de salud, que



ya no encajan en los indicadores de salud tradicionales, porque hablan de la producción de la autonomía, la mitigación, el empoderamiento. Esta discusión posiciona una pregunta que puede ser problemática para los equipos: ¿qué tipo de resultados se esperan de un grupo de educación para la salud?

Aunque los estudios<sup>(18-19)</sup> ya indican la eficacia de los grupos de promoción de la salud desde la perspectiva tradicional, las nuevas tecnologías para la evaluación deben ser investigadas, teniendo en cuenta la concepción más amplia de la salud propuesta para la atención primaria de salud<sup>(10)</sup>.

Para construir grupos educativos como espacios de producción de encuentros, alegría, intercambio de conocimientos, son necesarios algunos entendimientos, tales como la coordinación de un grupo educativo de otros áreas, además de los tradicionales, que son necesarios y deseables<sup>(15)</sup>. Estos superan el campo tradicional de la salud con sus conocimientos anatómicos y fisiológicos, que incluyen, por ejemplo, las dinámicas de grupo y el proceso pedagógico.

Creemos que este conocimiento debe ser construido con el equipo de salud desde la perspectiva de un aprendizaje significativo. Por lo tanto, parece conveniente la propuesta de EPS, el movimiento de vivir la experiencia de hacer los grupos educativos con la población y la poniendo la experiencia de analizar en el aquí y ahora del proceso del grupo en producción.

Este fue un dispositivo construido durante el proceso de EPS en este grupo, es decir, experimentar y reflexionar a la luz de los marcos teóricos. Esta manera de trabajar la EPS se dirige a la perspectiva indicada por los estudiosos<sup>(8-10)</sup>. El avance es en la producción de dispositivos específicos para cada situación con base a las reflexiones colectivas.

Los dispositivos son la organización de propuestas para el análisis institucional que permite la visibilidad y divisibilidad de las tensiones entre las fuerzas de mantenimiento de una realidad y de la modificación de la misma<sup>(11,16)</sup>.

Cuando los trabajadores vieron que ellos "hablaban indirectamente" con el coordinador del grupo, ellos pudieron entender la presencia de lo implícito y que es necesario negociar la permanencia en el trabajo del grupo<sup>(14)</sup>.

Probablemente muchos grupos educativos llevados a cabo en materia de salud se desbaratan porque esta negociación no se produce, donde prevalece lo no dicho y el interés y el deseo de los coordinadores.

También es probable que los usuarios de la salud no siempre cuentan su verdadera opinión a los trabajadores

de salud por temor a represalias y a ser atendido incorrectamente, por lo tanto, la construcción del derecho a expresar su insatisfacción es una herramienta para el trabajo de los equipos de atención primaria, y el hecho es que experimentar esto en espacios de EPS permite el aprendizaje reflexivo.

También en el primer tema vimos que la coordinación y co-coordinación de un espacio educativo de grupo fue desarrollado por varios miembros del equipo, pero fue poco cuestionado por ellos. Esto nos pareció ser otro factor importante, ya que hay una naturalización de limitar los encuentros del grupo a reuniones presenciales, dejando de lado la planificación y evaluación<sup>(7)</sup>. Sin embargo, se destaca el avance hacia la posibilidad de que los profesionales de diversos orígenes pueden trabajar juntos en grupos educativos que componen un trabajo multiprofesional, deseable en la estrategia de salud de la familia<sup>(4,7,10)</sup>.

En el segundo tema vimos los aspectos del proceso de trabajo que atraviesa el desempeño de las actividades del equipo de salud, incluidos los grupos educativos y que podrían ganar visibilidad en el espacio de la educación continua.

Se destaca la presencia de las divisiones técnicas y sociales en las instituciones de trabajo y la institución de la escuela/universidad, y las cuestiones de jerarquía y poder que traen consigo, afectando a los servicios<sup>(13)</sup>.

Las investigaciones realizadas en Francia, encontraron resultados similares en cuanto a la presencia y la interferencia de la institución escolar en otros establecimientos, como el ayuntamiento, los servicios sociales, entre otros. Estas interferencias son hechas por el cruce de lógicas potencialmente contradictorias que dan lugar a conflictos<sup>(20)</sup>.

En la presente investigación, una universidad pública participó en la gestión de la unidad de salud que se estudió, la coordinación fue del profesorado en colaboración con la Secretaría Municipal de Salud. Hubo una cuestión de jerarquía de poder que se materializó en esta doble dirección.

Estudios<sup>(21)</sup> del análisis institucional en Brasil afirmaron que: "La Universidad como el aparato escolar que se encuentra en la cúspide de un sistema jerárquico de poder, instituye lugares previamente determinados para los diferentes actores sociales que los ocupan. La ubicación de saber – el profesor, el lugar de la aquiescencia de este conocimiento – el estudiante, el lugar que contará con la presencia de y "beneficia" por el conocimiento de la universidad – la comunidad, etc. La máquina de sujeción se pone a trabajar para que, "aceitado", sirva a la dominación, la aprehensión de la palabra y el impedimento del proceso de participación y decisión"<sup>(21)</sup>.

Así, estuvieron presentes y, al mismo tiempo “borraron” algunos acuerdos, como la conducta de los grupos educativos diseñados realmente para el aprendizaje de los médicos residentes y otros estudiantes. Un trabajo que para ellos supone una posición de menor importancia en relación a las consultas individuales y visitas a domicilio, que actualizan la institución de salud en su matriz tradicional: ocuparse del paciente individual.

De esta manera, era una preocupación con el aprendizaje de otras herramientas de atención, tales como los grupos, pero, al mismo tiempo, no había preocupación por el fundamento teórico de la misma. Se esperaba que los estudiantes aprendieran a coordinar grupos a través de hacer lo empírico solamente, que puede reforzar la idea de grupos educativos como una forma “menor” y más simple de la atención.

Otra manifestación de la institución escolar en el proceso de trabajo en equipo es la división entre el equipo fijo y móvil. El equipo fijo se compone de trabajadores contratados que permanecen en servicio cada día, el equipo móvil son los estudiantes. El paso repetido de los estudiantes, vinculándolos, separándolos, un nuevo comienzo, puede resultar en una sobrecarga de los trabajadores. Otro aspecto es que responden a una doble gestión: de la educación y de salud, así que preguntamos si el equipo puede, debido a la sobrecarga y la sumisión al poder académico, dar prioridad a la enseñanza en detrimento de la asistencia? ¿Cómo pueden atender a dos tareas tan complejas: la docencia y los atributos de la atención primaria de la salud, al estar comprometidos con la atención integral de la salud?

Estas cuestiones, con mayor o menor intensidad, se están experimentando en todo el país debido a la aplicación de las directrices curriculares para los cursos de salud<sup>(22)</sup> que indican la necesidad de una formación con un enfoque en la atención primaria de salud. Destacamos la necesidad de una mayor investigación sobre este tema.

Otra institución presente, que se manifiesta con fuerza fue la división técnica y social del trabajo<sup>(12)</sup>. Se considera que el proceso de trabajo se realiza a través de una división de tareas que eran a la vez técnico y social, lo que hizo el trabajo fragmentado y en partes y puede perder la intención del trabajo en salud.

Cuando los trabajadores del equipo conversaron sobre el trabajo desarrollado, también lo hicieron acerca de la diferencia en el poder y el conocimiento entre los componentes del equipo de salud<sup>(13)</sup>. Los agentes con menor escolaridad y mucho más cercanos de la población, como es el caso del agente de salud de la comunidad, aportan al equipo su necesidad, que a menudo sólo se vocaliza si otro trabajador también lo hace.

## Consideraciones finales

El análisis de las experiencias del equipo de salud de la familia en el proceso de reformulación de la forma en que desarrollamos los grupos educativos mostró avances con respecto a las prácticas más tradicionales de hacer los grupos con un enfoque en informar a la población, teniendo en cuenta cuestiones tales como la socialización. También se puso de manifiesto la necesidad de un apoyo teórico más allá de lo tradicional, como el conocimiento acerca de la pedagogía y el proceso de grupo.

En el proceso de ESP con el equipo de salud fue posible construir el aprendizaje de como: trabajar con grupos desde una perspectiva participativa, la coordinación de los grupos, la puesta en funcionamiento del mismo, la aproximación de su propósito más allá de la dimensión educativa. Este grupo de conversación en el equipo se convirtió en un espacio de debate y aprendizaje en la práctica y aprender haciendo, tal y como propone la EPS.

La construcción del dispositivo de investigación utilizada se destaca como una de las contribuciones importantes de esta investigación, en la que el equipo analizó el proceso del grupo con experiencia en encuentros de EPS con el conocimiento adecuado acerca de los grupos que se llevaron a cabo con la población, aprendiendo de una manera animada y significativa.

Se concluyó que, durante el proceso de formación continua en materia de salud acerca de los grupos realizados con la población, el equipo también analizó su relación y su proceso de trabajo, que fue permeado por la división técnica y social de las instituciones del trabajo y la institución escolar/universitaria. Este análisis puede producir cambios importantes en la práctica.

Por último, se considera que este proceso pone de manifiesto para el equipo que los grupos eran espacios potentes de atención colectiva, a la vez que requieren espacio / tiempo para su revisión y análisis para que sean realmente espacios de discusión colectiva y cambio de la práctica: desde la perspectiva única para informar y reproducir a la perspectiva de la producción de atención integral, encuentros y encantos.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

2. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Health promotion education in the context of primary care. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2): 115-20.
3. Badertscher N, Rossi P, Rieder A, Herter-Clavel C, Rosemann T, Zoller M. Attitudes, barriers and facilitators for health promotion in the elderly in primary care. *Swiss Med Wkly*. 2012;1(11):142-7.
4. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25.
5. Machado MFAS, Vieira NFC. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):174-9.
6. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface*. 2004;8(15):259-74.
7. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Camargo-Borges, C. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):581-8.
8. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccin RB. Educación Permanente em Salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):147-60.
9. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-8.
10. Benito GAV, Franz MS. Educación Permanente em la Salud. Reflexiones em la perspectiva de la Integralidad. *Rev Cubana Enfermeria*. 2010;26(4):667-9.
11. Santos AO, Castro EO. Demanda por grupos, psicologia e controle. *Psicol Soc*. 2011;23(2):325-31.
12. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):411-20.
13. Baremblytt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Rosa dos Tempos; 1996. 235 p.
14. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 3ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1982. 181 p.
15. Zimerman DE, Wainberg AK, Barros CASM, Baptista F Neto, Mazieres G, Viçosa GR, et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. 424 p.
16. Passos E, Kastrup V, Escossia L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-Intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre (RS): Sulina; 2009. 207 p.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004. 255 p.
18. Saha A, Poddar E, Mankad M. Effectiveness of different methods of health education: a comparative assessment in a scientific conference. *BMC Public Health*. 2005;5:88-95.
19. Osaba MACO, Val JLD, Lapena C, Laguna V, Garcia A, Lozano O, et al. The effectiveness of health promotion with group intervention by clinical Trial. Study protocol. *BMC Public Health*. 2012;12:209-5.
20. Monceau G. Travailler les interférences institutionnelles dans la ville. *Diversité*. 2011;166:42-7.
21. Coimbra C, Bouças M, Lobo LF, Barros RDB. A instituição da supervisão: análise e implicações. In: Kamkhagi VR, Saidon O, organizadores. *Análise Institucional no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Espaço e Tempo; 1991. p. 47-65.
22. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab Educ Saúde*. 2012;10(2):301-14.

Recibido: 21.8.2012

Aceptado: 21.5.2013

### Como citar este artículo:

Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. La formación permanente en la estrategia de salud de la familia: repensar grupos educativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acceso: / / ];21(4):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día / mes abreviado con punto / año

URL