

# Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde

## Giving New Meaning to Health Promotion in Groups for Health Professionals

Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos<sup>1</sup>  
Marco Aurélio Da Ros<sup>1</sup>

### PALAVRAS-CHAVE

- Educação em Saúde;
- Educação Médica;
- Grupos Focais;
- Profissional da Saúde;
- Autonomia Pessoal.

### KEYWORDS

- Health Education;
- Medical Education;
- Focus Groups;
- Health Professionals;
- Personal Autonomy.

### RESUMO

*Diferenças entre os conceitos de promoção e prevenção não estão claras para parte dos profissionais de saúde, incluindo médicos e estudantes de Medicina. Este trabalho objetivou problematizar o conceito de grupos de promoção de saúde para contribuir com o desenvolvimento da autonomia de profissionais de modo a avaliarem criticamente a maneira como vinham realizando educação em saúde e a refletirem sobre novas práticas. Foram realizados seis encontros no formato de círculos de cultura com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Após esse trabalho, o grupo compreendeu a diferença entre promoção e prevenção. Promoção foi entendida como abordagem de condições de vida, cidadania, moradia, dinâmica familiar, como um processo que capacita para enfrentamentos, desenvolvimento do afeto, da discussão, do ouvir, do aceitar, do opinar e do oferecer. Os profissionais concluíram que é necessário desenvolver a autonomia dos grupos e indivíduos, ouvir a comunidade para compreender suas necessidades, resgatar o saber que a população possui e ver a saúde como um todo. Fatores biológicos foram relacionados à prevenção, e os sociais e psicológicos à promoção. O grupo é um instrumento importante para a promoção de saúde e deve ter uma metodologia problematizadora.*

### ABSTRACT

*Differences between the concept of promotion and prevention are unclear to some health professionals, including doctors and medical students. This study aimed to critically question the concept of health promotion groups to contribute to the development of professional autonomy, so that they are able to critically evaluate how they have executed health education and reflect on new practices. Six meetings were held in the format of culture circles with primary health care professionals. After this work the group understood the difference between promotion and prevention. Promotion was understood as living conditions, citizenship, habitation, family dynamics, as a process that leads to the development of coping skills, and the ability to care, discuss, listen, accept, opine and offer. The professionals concluded that it is necessary to develop both group and individual autonomy, to listen to the community to understand their needs, retrieve knowledge held by the people and see health as a whole. Biological factors were related to prevention, whereas psychological and social factors were associated to promotion. The group is an important tool for health promotion and should have a methodology of critical questioning.*

Recebido em: 29/08/2014

Aprovado em: 15/02/2016

## INTRODUÇÃO

O que é saúde? Conceituar saúde não é algo tão simples. Se fizermos essa pergunta a grupos de pessoas de diferentes culturas e níveis sociais e educacionais, obteremos respostas distintas.

O conceito de saúde mais difundido, especialmente no meio dos profissionais da saúde, é o da Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma que saúde é “um estado completo de bem-estar físico, social e mental”<sup>1</sup>. Esse conceito tem como vantagem compreender a saúde além do aspecto físico, associando o aspecto social e mental. Porém o “completo bem-estar” é uma meta ideal, que não pode ser alcançada. Como o alvo máximo do “completo bem-estar” nunca é atingido, com o tempo a comunidade vai acreditando que necessita cada vez mais de atendimento médico para buscar a tal “saúde” inatingível e torna-se mais dependente do sistema de saúde.

No entanto, desenvolver a autonomia nos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e não a dependência, é atribuição do serviço de saúde. Para esta pesquisa, a autonomia não é sinônimo de independência completa, mas a capacidade que alguém desenvolve para “lidar com suas redes de dependência”<sup>2</sup> (p. 669).

Essa discussão leva a uma importante questão: como falar em autonomia enquanto sustentamos o conceito de saúde proposto pela OMS?

Czeresnia e Freitas<sup>3</sup> definem que “saúde não poderá ser pensada como carência de erros, mas sim como a capacidade de enfrentá-los [...] e que a experiência do vivo inclui a experiência da doença” (p. 69). Assim, com esse novo conceito, a saúde torna-se algo acessível, e as ações em saúde se modificam drasticamente. Segundo esse conceito, um paciente com hipertensão, diabetes, obesidade e outras doenças pode também fazer parte do grupo de pessoas com saúde.

A mudança que ocorre nas ações de educação quando alteramos o conceito de saúde diz respeito à prevenção da doença e à promoção da saúde. Esses conceitos são interpretados erroneamente como sinônimos, mas, observando mais atentamente, verificamos que prevenção e promoção da saúde são, na verdade, conceitos absolutamente distintos.

A prevenção mantém seu enfoque sobre o controle da doença para alcançar saúde, abordando, por exemplo, o controle do sal da dieta dos hipertensos, o uso correto dos métodos contraceptivos, a aplicação de vacinas, as medidas preventivas para evitar quedas em idosos, escovação dentária correta para evitar cáries e outros inúmeros assuntos relacionados à doença. Essas atividades não são condenáveis, pelo contrário, também têm sua importância. Afinal, informar é pré-requisito para que mudanças aconteçam, mas não é suficiente, ou seja, para educar, não basta apenas informar.

A promoção da saúde traz à tona assuntos relacionados à saúde, tais como solidariedade, cidadania e justiça social, entre outros<sup>4</sup>. No entanto, o conceito de promoção de saúde amplamente disseminado tem como marco referencial o relatório Lalonde<sup>5</sup>, que entende esse conceito como um conjunto de ações que interferem de forma positiva sobre os comportamentos ditos não saudáveis dos indivíduos. Portanto, a intervenção proposta por esse conceito deve abranger os hábitos de vida das pessoas. O resultado disso é que as práticas centrais da promoção de saúde mais recentes estão focadas na adoção de um estilo de vida saudável.

Nos anos 1980, surge um novo conceito de promoção da saúde, chamado “Nova Promoção à Saúde”. Segundo a Carta de Ottawa<sup>6</sup>, essa “nova promoção da saúde” tem como objetivo capacitar as pessoas para aumentar seu potencial de controle sobre a sua saúde.

Em 1986, a Oitava Conferência Nacional de Saúde<sup>7</sup> reforçou esse conceito de promoção da saúde ao afirmar que esta é resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, renda, trabalho, lazer, transporte, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Segundo a Oitava Conferência<sup>7</sup>, a saúde é “o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida” (p. 4).

Percebemos claramente que, de acordo com esses conceitos apresentados, a promoção da saúde não abrange ações de cunho meramente biológico, mas fundamentalmente social.

No entanto, atividades de promoção da saúde são muito raras nas unidades de saúde. Em sua grande maioria, os grupos são formados segundo o nome de alguma doença que os caracteriza, como grupo dos hipertensos, dos diabéticos, dos tabagistas ou dos obesos, por exemplo. Além disso, a maioria desses grupos é totalmente coordenada pela equipe de saúde, sem qualquer participação dos tais “doentes”, nem mesmo na escolha do assunto que será abordado. Algumas equipes mostram-se mais flexíveis à opinião dos participantes, solicitando a eles que escolham os assuntos que serão discutidos, porém restringem essa escolha a temas relacionados à doença.

Os profissionais da saúde tendem a insistir nas atividades meramente informativas, repetindo diversos assuntos, como alimentação saudável, atividade física, controle do sal, uso da camisinha e outros tantos. Com o tempo, a comunidade se cansa dessas atividades porque elas não trazem mais novidades úteis ao dia a dia. Consequentemente, os grupos se esvaziam e, numa tentativa de mantê-los em funcionamento, são transformados em grupos para entrega de medicação.

Segundo Zimmerman e Osório<sup>8</sup>, por natureza, o ser humano tende a formar grupos e somente existe por causa de seus

relacionamentos grupais. Afirmam que podemos distinguir dentre os grupos aqueles que são realmente *grupos* e aqueles que são *agrupamentos*. Para eles, o agrupamento é composto por pessoas que partilham um mesmo espaço e possuem certo grau de inter-relacionamento. Pertencem a essa categoria, por exemplo, pessoas dentro de um ônibus indo a determinado lugar; essas pessoas compartilham o mesmo local e têm um mesmo interesse, apesar de não apresentarem vínculo emocional. Zimerman e Osório<sup>8</sup> entendem que um *agrupamento* pode vir a tornar-se um *grupo*, mas para isso precisará transformar os “interesses comuns” em “interesses em comum”.

Concordando com essa ideia, Nogueira *et al.*<sup>9</sup> consideram que um grupo só pode ser verdadeiramente eficiente e só promove de fato mudanças quando organizado e desenvolvido com base nas necessidades de seus membros. Afirmam ainda que, seguindo esse princípio, o grupo torna-se de fato terapêutico, pois nessa relação os indivíduos conseguem perceber as dificuldades e necessidades que têm em comum e desenvolver mecanismos promotores de mudanças.

Para Zimerman e Osório<sup>8</sup>, os grupos possuem as seguintes características: os integrantes estão reunidos em torno de um objetivo comum aos interesses deles; o tamanho do grupo deve ser limitado, para não colocar em risco a comunicação, seja verbal ou visual; deve haver um acordo para se definir espaço, tempo, regras e outras variáveis grupais; é necessário preservar separadamente as identidades específicas de cada pessoa que compõe o grupo; convivem constantemente com duas forças contraditórias: uma que tende à coesão e outra que tende à desintegração; existe sempre alguma forma de interação afetiva; sempre irá existir uma distribuição de papéis entre os membros, e em todo grupo surge um conjunto de fantasias, ansiedades e mecanismos de defesa.

Quanto à metodologia de condução de um grupo, Figueiredo *et al.*<sup>10</sup> afirmam que existem duas mais comuns: a bancária e a problematizadora. Segundo eles, a sociedade ocidental tem como característica dar grande importância à racionalidade científica, o que se expressa também na educação, surgindo, assim, a metodologia bancária. Essa racionalidade criou nos ambientes educacionais a cultura do professor como aquele que transfere conhecimento e do aluno como aquele que o recebe sem modificações e deve reproduzir fielmente o que aprendeu. Essa cultura compreende o aluno como alguém que é passivo, memorizador e tomador de notas.

A metodologia problematizadora é a proposta sugerida por Freire para a educação popular. Figueiredo *et al.*<sup>10</sup> afirmam que essa metodologia pode também ser chamada de dialógica, pois tem como base fundamental o diálogo entre educando e educador.

Para Freire<sup>11</sup>, a educação não se dá apenas com a transferência de conhecimento, mas fundamentalmente com a criação de possibilidades para a produção ou construção do conhecimento. Assim, ele entende que a educação se assemelha mais a um diálogo, no qual tanto o educador quanto o educando passam partes de si para o outro. Tendo isso em vista, Freire entende que a tarefa fundamental de um educador não é meramente ensinar conteúdos, mas ensinar a “pensar certo”. Por isso, para ele, não poderia ser considerado educador crítico aquele que mecanicamente apenas repete ideias e frases memorizadas de textos que leu. A fala desse tipo de educador pode ser bonita, mas, desconectada da realidade, não tem utilidade. Para Freire, portanto, o ponto mais importante da formação de um educador é a reflexão crítica sobre a prática. Outro princípio fundamental da concepção educacional de Freire é o respeito à autonomia do educando.

Além disso, Moré e Ribeiro<sup>12</sup> afirmam que para o trabalho com grupos é fundamental também o planejamento. Com ele podem-se estabelecer regras de contrato grupal que auxiliem no seu crescimento, pode-se acolher e motivar as pessoas de forma mais adequada. O planejamento auxilia a organizar as ações dos atores envolvidos na organização, sejam eles profissionais de saúde ou não. Assim, podemos prever os recursos que serão necessários para cada encontro.

Alves *et al.*<sup>13</sup> realizaram uma pesquisa qualitativa em um município do Sul do Brasil com o objetivo de conhecer a percepção dos usuários e profissionais da equipe da Atenção Primária sobre os grupos que vinham desenvolvendo. Perceberam que as atividades conduzidas nessas unidades de saúde, embora denominadas como promoção de saúde, ainda tinham como foco a prevenção de doenças e atuavam com metodologias tradicionais, e os usuários apresentavam pouco interesse em participar desses grupos. Assim, concluíram que, para aqueles profissionais, a educação era compreendida como um ato de depositar uma informação na mente dos usuários, não havendo diálogo nem troca de saberes entre as partes.

A essa mesma conclusão chegaram Monteiro *et al.*<sup>14</sup>, que realizaram uma pesquisa em Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais, Brasil, na qual analisaram as práticas de promoção da saúde em 20 unidades básicas da cidade. Constataram que a maioria dessas práticas educativas não utilizou abordagens dialógicas, não operando em favor da autonomia dos sujeitos e da participação social. Concluíram que as práticas educativas pesquisadas atenderam apenas de forma parcial aos princípios da promoção da saúde.

A diferença entre os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doença parece não estar clara para a maioria dos profissionais de saúde. Normalmente, quem coordena os gru-

pos tem o desejo verdadeiro de auxiliar a comunidade, mas a forma como o faz acaba cooperando para o contrário, ou seja, gera mais dependência que autonomia. Ainda assim, parte dos trabalhadores em saúde chama essas atividades educativas de “promoção da saúde”.

Analisando o contexto, percebo a necessidade de contribuir para o desenvolvimento da autonomia dos profissionais da saúde, para que sejam capazes de realizar promoção de saúde a partir da ressignificação dos conceitos de saúde e de promoção. Assim, esse estudo teve por objetivo problematizar aspectos teórico-metodológicos de educação em saúde articulados à perspectiva da promoção de saúde, para que os profissionais avaliassem criticamente a proposta de educação em saúde desenvolvida até então e formulassem ações para ampliar a participação da comunidade e a sua autonomia. Com base nessas discussões, os profissionais puderam desenvolver ferramentas para realizar ações de promoção de saúde no âmbito do seu trabalho com a comunidade.

## MÉTODO

Esta pesquisa faz parte da minha dissertação de mestrado e é qualitativa na perspectiva dialética, apresentando características da pesquisa participante. Foi realizada em um município do Sul do Brasil, com profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e profissionais da saúde de uma universidade desse município. Foi conduzida em três fases. A primeira consistiu na aplicação de questionários, com o objetivo de identificar a existência de atividades coletivas, seus objetivos e a metodologia que era aplicada. A segunda fase constou da realização de círculos de cultura, com o objetivo de problematizar alguns conceitos fundamentais da prática em saúde e levar o grupo a avaliar criticamente as propostas de educação em saúde que vem desenvolvendo até o momento. Na terceira fase, os pesquisadores acompanharam o trabalho de alguns profissionais de saúde que participaram do círculo de cultura para observar como eles passaram a conduzir os grupos. Neste trabalho, irei relatar a segunda fase dessa pesquisa.

Os círculos de cultura foram inicialmente idealizados por Paulo Freire como uma metodologia de ensino. Segundo Monteiro e Vieira<sup>15</sup>, no círculo de cultura busca-se incentivar, por meio do diálogo, uma reflexão-ação que, elaborada coletivamente, é capaz de sugerir propostas para uma intervenção social. Bankes *et al.*<sup>16</sup> afirmam que, num grupo, determinado tema é mais problematizado do que em entrevistas individuais. Está é uma metodologia fundamentada numa perspectiva dialética, pois existe a intencionalidade clara de sensibilizar os participantes para atuarem sobre a realidade, transformando-a.

Participaram dos grupos quatro profissionais da saúde, que representavam três equipes da ESF. Além deles, participaram também uma estudante e duas professoras da faculdade, além de mim. Foram realizados três encontros no final de 2013 e três no início de 2014. Foram, portanto, seis encontros, sendo que cada um teve duração aproximada de 1 hora e 15 minutos, com a participação de oito pessoas no total.

Neste estudo, modifiquei o nome das integrantes do grupo e dei-lhes nomes de personagens da literatura infantil de Monteiro Lobato e Maurício de Souza. Assim, as quatro profissionais da ESF receberam os nomes de Emília, Tia Anastácia, Narizinho e Magali. Uma das professoras será Dona Benta e a outra será Mônica. A acadêmica recebeu o nome de Aninha.

Gravei os encontros com auxílio de gravador e filmadora. Com base nesse material fiz a transcrição das conversas. Em seguida, fiz a leitura flutuante das transcrições e sublinhei o que foi chamando mais atenção. Deixei uma cópia dessas transcrições com meu orientador, que também leu e destacou alguns pontos.

Em seguida, agrupei as falas em conjuntos que caracterizavam uma categoria, surgindo, assim, o primeiro grupo de categorias. Neste artigo, irei relatar duas dessas categorias: conceito de promoção de saúde e características de um grupo.

Foram fornecidos termos de consentimento livre e esclarecido a todos os participantes. Os nomes dos participantes e das unidades de saúde foram modificados para garantir o sigilo. Foi informado a eles que estavam livres para decidir participar ou não da pesquisa e que poderiam sair da pesquisa a qualquer momento.

Foram utilizados filmadora, gravador e câmera fotográfica para registrar os trabalhos e dar ênfase aos dados coletados. Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem nas fotografias e filmagens, e foi garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômicos. Foi garantido o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como a hábitos e costumes.

Ao final do estudo, foi realizada uma devolutiva aos participantes da pesquisa para informar os resultados alcançados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Conceito de promoção de saúde

Durante os encontros, o entendimento do grupo sobre promoção de saúde confirmou o referencial teórico trazido neste trabalho. A concepção de promoção de saúde foi de que não é o mesmo que tratar doenças. Houve uma diferenciação clara entre prevenção, caracterizada como algo de enfoque biológico, e promoção, como algo de enfoque social e psicológico. Os aspectos relacionados à promoção foram: melhores condições

de vida, de cidadania, enfrentamento, moradia, afeto, discussão, dinâmica familiar, ouvir, aceitar, opinar e oferecer:

*“As pessoas dizem que a gente não está fazendo promoção, a gente está fazendo prevenção! São duas palavras que se confundem”.* (Tia Anastácia)

*“A gente tinha entendimento da importância da epidemiologia e baixar indicadores de saúde, diminuindo doenças e mortalidade infantil... Isso não é ruim”.* (Emília)

*“Promoção envolve também afeto, também discussão! Estar aberto a ouvir, opinar, aceitar e oferecer”.* (Tia Anastácia)

*“Para promover saúde tinha que ver essa moradia desse usuário, tinha que conhecer essa dinâmica familiar”.* (Tia Anastácia)

*“É você conversar sobre questões da vida, sobre enfrentamento das condições de vida, de cidadania, luta pela justiça social, dos direitos humanos”.* (Emília)

*“Promover saúde é promover a vida! Tu fica mais vivo!”* (Dona Benta)

*Cria assim um vínculo afetivo!”* (Tia Anastácia)

Emília, durante os encontros, falou sobre a necessidade de desenvolver a autonomia dos grupos e usuários do sistema de saúde. Ficou clara a importância disso para diminuir a dependência que a comunidade tem do sistema de saúde e assim possa adquirir saúde. Mônica compreendeu que era papel do profissional da saúde desenvolver a autonomia dos usuários, concordando com Campos<sup>2</sup>, que afirma que desenvolver autonomia deveria ser uma das atribuições do sistema de saúde.

*“A gente também vai trabalhando a questão da autonomia!”* (Mônica, referindo-se à condução de grupos)

*“Hoje tem um monte de gente atrás de mim porque sabe que a gente é resolutivo, mas ela também tem poder para ir lá lutar... Essas pessoas precisam ter autonomia! Eu fico pensando em caminhos para isso”.* (Emília)

Paulo Freire<sup>11</sup> aborda essa ideia de desenvolver a autonomia a partir da educação popular. Para ele, o educador não deve desrespeitar a curiosidade, linguagem, gosto estético do aprendiz, nem deve ironizá-lo ou minimizá-lo: “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”<sup>11</sup> (p. 35).

O grupo compreendeu que, para promover saúde, é necessário saber qual a necessidade da comunidade e para isso é necessário ouvi-la. Ficou claro também que, como profissionais da saúde, precisamos respeitar o conhecimento do outro e aprender junto com a comunidade.

*“Eu acho que a primeira coisa é ver a necessidade da comunidade”.* (Narizinho, referindo-se a como fazer um grupo).

*“Trazer a comunidade para dentro das reuniões para você ouvir a opinião deles”.* (Emília, referindo-se a como saber da necessidade da comunidade).

*“É importante o reconhecimento do saber do outro”.* (Tia Anastácia)

A ideia que foi construída é a de que, para promover saúde, é necessário ver o indivíduo além do foco biológico. Durante as discussões, o grupo concluiu também que desenvolver grupos nas unidades pode ser um instrumento para promover saúde, mas a promoção não ocorre somente no grupo, ela pode ocorrer em qualquer ambiente do sistema de saúde.

*“Um grupo é um instrumento enorme para promoção de saúde”.* (Dona Benta)

*“A questão da promoção ultrapassa o grupo”.* (Dona Benta)

Promover saúde, conforme as discussões nas reuniões, abrange as condições de vida, de cidadania, moradia e dinâmica familiar. Promoção de saúde pode ser compreendida como um processo que leva à promoção do enfrentamento, do afeto, da discussão, do ouvir, do aceitar, do opinar e do oferecer, ou seja, promover saúde é promover a vida. Para isso, é necessário desenvolver a autonomia dos grupos e indivíduos, ouvir a comunidade para compreender suas necessidades, resgatar e aprender com o saber que a população possui e ver a saúde como um todo.

### Características de um grupo

Nos encontros surge a diferença entre grupo e agrupamento, como descrito por Zimerman e Osório<sup>8</sup>. As características de agrupamento que surgiram foram:

*“É assim aquela fala técnica”.* (Emília)

*“Fala alguma coisa que não interessa à pessoa”.* (Narizinho)

*“O objetivo não é construído pelas pessoas que estão lá”.* (Tia Anastácia)

*“E não chega a um resultado! Tu faz, faz e não vê resultado”.* (Narizinho)

*“Não tem continuidade”.* (Tia Anastácia)

*“As pessoas não se sentem construindo algo”.* (Dona Benta)

De acordo com Zimerman e Osório<sup>8</sup>, num agrupamento, as pessoas não desenvolvem vínculos afetivos e não constroem objetivos juntas. Em nossas reuniões, surgiram ainda outras características de agrupamento: não é resolutivo, apresen-



ta uma fala mais técnica, isto é, não adequada à realidade de quem está ouvindo, tende a abordar assuntos que não estão relacionados à vida das pessoas e é fragmentado, isto é, sem continuidade.

Quanto às características de grupos, a primeira apontada nas reuniões é que por meio deles se pode fortalecer a coletividade:

*“O grupo traz isso de energia e tira a gente da solidão”. (Mônica)*

*“Grupo te dá essa capacidade de enfrentamento... O enfrentamento é outro quando você enfrenta com o outro. As questões vão continuar acontecendo, mas o jeito que você olha e enfrenta, é diferente quando você tem um grupo em que você confia”. (Emília)*

Os encontros nos fizeram compreender que a coletividade é importante porque promove troca, redes de apoio e capacidade de enfrentamento. A necessidade do ser humano de se relacionar em grupos foi evidenciada por Zimerman e Osório<sup>8</sup>, que acreditam que, por natureza, o ser humano tende a formar grupos, e a sua existência está condicionada aos seus relacionamentos grupais. Esses autores argumentam que é necessário preservar separadamente as identidades de cada pessoa que compõe um grupo<sup>8</sup>. Essa característica também apareceu nas discussões que fizemos:

*“Aquilo que eu quero não dá para esquecer também”. (Dona Benta)*

*“Se não tem uma pitada nossa, a gente também se desmotiva. Se eu chego no grupo e não tem nenhuma pitada minha... eu não tenho paixão e não tenho afetividade... eu não me envolvo e não deixo ninguém se envolver”. (Tia Anastácia)*

Outra característica de grupos que surgiu nos encontros é que os objetivos são construídos coletivamente, também confirmando Zimerman e Osório<sup>8</sup>, que entendem que, para se tornar um grupo, é necessário transformar os “interesses comuns” das pessoas em “interesses em comum”:

*“O objetivo é construído junto!” (Mônica)*

Outra conclusão a que chegamos foi que um conjunto de pessoas pode se tornar um grupo, mas para isso é necessário tempo:

*“Eu acho que tem uma coisa importante: o tempo. Eu acho que o tempo é muito importante. Como a gente às vezes é imediatista. Às vezes, a gente vai fazer um grupo e quer que já na primeira vez seja assim como a gente pensa”. (Dona Benta)*

*“O vínculo é importante, e para criar o vínculo é importante tempo”. (Eu)*

O tempo aparece como algo importante para criar vínculo. Zimerman e Osório<sup>8</sup> sugerem que uma das características do grupo é que nele existe sempre alguma forma de interação afetiva. Assim, concluímos que os grupos devem reforçar o vínculo entre as pessoas, gerando o sentimento de pertencimento.

*“Porque as pessoas têm que se sentir bem... sentir “eu pertenço a esse grupo, eu faço parte”. (Emília)*

*“A ideia é elas irem aos poucos se sentindo parto do grupo”. (Emília)*

O trabalho em grupos deve ainda trazer algo que tenha utilidade prática na vida daqueles que participam dele:

*“O que falar tem que ter a ver com a vida deles”. (Dona Benta)*

*“A gente só participa daquilo do que a gente tira proveito... quando tu vai num grupo, tem que sentir que alguma coisa ele impacta na tua vida”. (Dona Benta)*

Para Freire<sup>11</sup>, o ponto mais importante da formação de um educador é a reflexão crítica sobre a prática: mesmo o discurso teórico, que leva à reflexão crítica, deve estar fundamentado na prática. Para isso, a linguagem é muito importante. Assim, concluímos que é fundamental, em um trabalho de educação popular, abrir espaços para o diálogo entre profissionais da saúde e pacientes.

*“Linguagem acessível para o diálogo”. (Dona Benta)*

*“O grupo deve ser dialógico”. (Dona Benta)*

Nas reuniões conversamos também sobre a importância de o grupo suportar as diferenças:

*“O grupo precisa suportar as diferenças”. (Mônica)*

*“Essas diferenças precisam ser costuradas com as minhas diferenças e eu vou tecer essa colcha”. (Tia Anastácia)*

Zimerman e Osório<sup>8</sup> abordam essa questão quando declaram que duas forças contraditórias convivem constantemente em um grupo: uma que tende à coesão e outra que tende à desintegração. Argumentam que, com o tempo, ocorre uma distribuição de papéis entre os membros. Durante nossas reuniões, chamamos isso de responsabilização:

*“Se a gente acredita em alguma coisa, a gente vai até o fim. Agora, porque não deu certo você vai deixar um afundar sozinho? Não! A gente vai todo mundo junto chorar e levantar todo mundo junto. É ruim quando num grupo você tem uma ideia, a ideia não dá certo e daí começa todo mundo: “mais a ideia não foi minha”... É isso que eu falo, tem que ter corresponsabilização”.* (Emília)

Quanto à metodologia de um grupo, concluímos que ele deve ser planejado, ter um tamanho limite, o formato de um círculo para facilitar o diálogo, e, portanto, deve ser dialógico. Deve ter dinâmica de apresentação quando isso for necessário para acolher quem está chegando e deve seguir uma metodologia problematizadora.

*“Sempre alguém tem que parar para organizar primeiro... o planejamento é importante”.* (Emília)

*“Acho que um grupo assim, quanto menor, dez era um bom tamanho, porque daí há troca, vínculo e afetividade. Assim, nós nos transformamos”.* (Tia Anastácia)

*“Sentar em círculo”.* (Emília)

*“A apresentação [...] aumenta o senso de pertencimento”.* (Mônica)

*“Não deve ser aquela coisa de ir alguém lá na frente, falar e ir embora”.* (Narizinho)

Portanto, nas reuniões que se desenrolaram, concluímos que os grupos fortalecem a coletividade sem excluir a individualidade; necessitam de tempo para se desenvolver e passam por algumas fases em seu desenvolvimento; têm uma metodologia que pode ser mais adequada; apresentam objetivos compartilhados; desenvolvem autonomia; precisam gerar o sentimento de pertencimento; devem estar adequados à realidade de quem os frequenta; precisam ter uma linguagem contextualizada; devem ser planejados; suportam diferenças; estimulam a corresponsabilização.

## CONCLUSÕES

Promoção de saúde e prevenção de doenças são conceitos distintos. A promoção tende a atuar na organização social e psicológica para, através disso, gerar mudanças. Já a prevenção atua no controle de doenças, mantendo o foco em aspectos biológicos. Sabemos que a promoção de saúde extrapola o grupo e que pode ser praticada em todos os âmbitos do cuidado em saúde. No entanto, o grupo torna-se instrumento especial para a promoção de saúde porque permite o desenvolvimento de elos comunitários antes inexistentes. Considero de suma importância o resgate da coletividade na sociedade em que

vivemos, na qual o individualismo enfraquece os relacionamentos interpessoais e, assim, enfraquece também o próprio ser humano.

No entanto, os grupos a que me refiro devem apresentar algumas características específicas que os tornem verdadeiramente grupos e não agrupamentos. Entendo que meros agrupamentos têm pouca possibilidade de mobilização social para o enfrentamento de condições que determinam a saúde. Assim, defendo que grupos devem ter as características citadas neste trabalho para que possam promover saúde, tais como vínculo afetivo, valorizando o saber da comunidade, abertura para um diálogo que possibilite problematizações, objetivos construídos juntos para responder a uma necessidade real, adequação da linguagem para compreensão de todos e estímulo ao desenvolvimento de autonomia. Enfim, acredito que grupos construídos segundo os princípios da educação popular, sugeridos por Freire<sup>11</sup>, têm melhores condições para promover saúde.

Por fim, acredito também que esse conteúdo deva ser ensinado nas escolas de saúde, na graduação ou na pós-graduação, a todos os profissionais que se disponham a trabalhar com comunidades. Percebo a grande dificuldade dos profissionais em desenvolver grupos de promoção de saúde por falta de conhecimento sobre o conceito de promoção, dificuldade de respeitar os saberes da comunidade, inadequação de métodos e muitos outros motivos. Essas dificuldades poderiam ser amenizadas se fossem implantadas disciplinas que abordem educação popular nas grades curriculares ou criados projetos de extensão de promoção de saúde, além de se fomentar essa discussão em centros acadêmicos e em outros espaços coletivos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Constitution of the world health organization. 45 ed. New York; 2006.
2. Campos GWS, Campos RTO. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, org. Tratado de saúde coletiva. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88.
3. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
4. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1):163-77.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
6. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. [capturado 24 fev. 2016]. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1986.
8. Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de Promoção da Saúde de Idosos. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(6):1352-8.
10. Figueiredo MFS, Rodrigues JFN, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev. bras. enferm 2010; 63(1):117-21.
11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessário a pratica educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
12. Moré CLO, Ribeiro C. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010. [ultimo acesso em 24 de fev. 2016]. Disponível em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/195/MOD%2013.pdf?sequence=1>>
13. Alves LHS, Boehs AE, Heidemann ITSB. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. Texto Contexto Enferm 2012; 21(2):401-8.
14. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):115-20.
15. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev. bras. enferm 2010; 63(3):397-403.
16. Banckes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O mundo da saúde 2011; 35(4):438-42.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Siegrið Kurzawa Zwiener dos Santos: redação do texto; coleta de dados. Marco Aurélio Da Ros: orientação do trabalho. Ambos: elaboração o desenho do estudo; elaboração das hipóteses; estruturação do método de trabalho; revisão da literatura; análise e interpretação dos dados.

### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marco Aurélio Da Ros

Universidade do Vale do Itajaí

Secretaria do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho – Bloco F6, Sala 311 - 3º piso – Rua Uruguai, nº 458, Itajaí – SC – Email: [siegrid1982@yahoo.com.br](mailto:siegrid1982@yahoo.com.br)