

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Ana Caroline Secco

**OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO DISPOSITIVOS  
DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2018**

**Ana Caroline Secco**

**OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE  
CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Dorian Mônica Arpini

**Santa Maria, RS, Brasil**

Secco, Ana Caroline  
OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE  
CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA / Ana Caroline Secco.- 2018.  
150 p.; 30 cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2018

1. Atenção Básica 2. Práticas grupais 3. Grupos de  
Promoção de Saúde I. Arpini, Dorian Mônica II. Título.

Ana Caroline Secco

**OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE CUIDADO  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovado em 26 de março de 2018:



---

Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientador)



---

Carmem Lúcia Colomé Bech, Dra. (UFSM)



---

Vera Lúcia Pusini, Dra. (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

*Aos entrevistados, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar comigo suas histórias; e aos participantes do grupo “De bem com a vida”, e a equipe da Unidade Santos pela calorosa acolhida.*

*À professora Mônica, que sempre se mostrou uma mestre sensível e generosa, agradeço imensamente pela acolhida, pelas trocas, por todo o aprendizado, e principalmente por acreditar em mim. Obrigada por ser um exemplo e fonte de inspiração, por fazer a diferença na minha caminhada e por permear a nossa relação com afeto.*

*A Amanda, por dividir a casa e a vida comigo. Obrigada por compartilhar os momentos de alegria e de tristeza, por mostrar que eu sou mais forte e capaz do que acreditava ser, e por ser uma constante na minha vida.*

*À Rafaela, por dividir comigo esse momento de mestrandia. Agradeço pela parceria e pela amizade que levarei para a vida.*

*Ao grupo NEIAF, agradeço pelos encontros, aprendizados e o convívio nesses dois anos.*

*À equipe da tutoria da Psicologia: Mônica, Patrícia M., Rafaela, Patrícia, Pâmela, Catheline e Leonardo, pelas importantes discussões e provocações presentes em nossos encontros, e por ajudarem a renovar a esperança na potência da Psicologia e da Saúde Pública.*

*Às Políticas Públicas de educação e ao Cnpq, especialmente, por possibilitarem e subsidiarem minha chegada até aqui.*

*Ao meu pai, por me apoiar nesse percurso.*

*Aos meus amigos, que durante esse processo foram continentes, agradeço pela amizade sincera e pelo imenso carinho. Em especial Jéssica, Gabriela, Vanessa, Gabriela C., Renata, Jaqueline, Daiane, Fabiana, Ana P. A., Bruna, Guilherme, Vinícius e Simone (in memoriam). Agradeço pela torcida, apoio e por tornaram meus dias mais leves.*

*A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse concluir mais essa etapa do meu processo formativo, deixo aqui expressa minha gratidão e carinho.*

*Sou grata, assim, à todas as trocas estabelecidas e encontros possibilitados a partir dessa experiência do mestrado, os quais foram muito importantes e transformadores para mim.*

## RESUMO

### OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Os grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes. Podem ser divididos em diversas modalidades, sendo o Grupo de Promoção de Saúde (GPS) caracterizado por ser uma intervenção coletiva e interdisciplinar, que está a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida de seus participantes. A presente pesquisa buscou conhecer e compreender a história e os significados atribuídos à participação em um GPS por seus integrantes, bem como o papel da equipe para a efetivação dessa modalidade de cuidado. Para isso, realizou um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas com 10 participantes de um GPS e de observações de quatro encontros do respectivo grupo. Os dados foram triangulados e analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados foram apresentados em dois artigos. O primeiro artigo apontou como resultado o comprometimento dos profissionais com as práticas grupais, evidenciando que esses parecem realizar um trabalho vivo em ato, marcado pelo acolhimento, afeto, vínculo, respeito e reconhecimento dos usuários como protagonistas de seu cuidado e história. Já os resultados do segundo artigo demonstraram que o GPS passou por algumas transformações ao longo de sua trajetória de 20 anos, apresentando uma pluralidade de atividades desenvolvidas. Além disso, entre os significados atribuídos, a integração e a interação se destacam por terem sido fortemente enfatizadas pelos participantes, bem como o caráter educativo, pois os participantes relataram que saíram do grupo com mais conhecimento e informações, sentindo-se, dessa forma, mais fortes e empoderados. Dessa forma, os resultados apresentados demonstram que a realização de GPS na Atenção Básica, quando construídos coletivamente, por meio de trocas afetivas e valorização do outro, podem ser inclusivos e proporcionar um espaço legítimo de fala, de produção de sentidos, vida, saúde e subjetividade, evidenciando que esse tipo de prática pode ser um dispositivo de cuidado, capaz de consolidar um processo de produção de saúde e fortalecimento das Políticas Públicas, especialmente do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Palavras-chaves:** Promoção da saúde; Assistência à saúde; Atenção Primária, Grupos.

## ABSTRACT

### THE HEALTH PROMOTION GROUPS AS CARE DEVICES IN PRIMARY HEALTHCARE

Groups might be defined as areas in which different people, concepts, values and culture coexist and interact. They might be divided in several categories. As for the Health Promotion Groups (HPG), they are perceived as a collective and interdisciplinary intervention, which works in favor of autonomy and the continuing development of health levels and the living conditions of its participants. This research sought to know and comprehend the history and meanings attributed to the participation in a HPG by its members, as well as the role of the team for the accomplishment of this type of care. Therefore, a qualitative study was carried out, with the usage of semi-structured interviews of 10 participants of a HPG, besides the observations of four meetings of such group. Data were triangulated and analyzed through thematic content analysis. The results were presented in two articles. The first article resulted in the commitment of the professionals to the practices of the group, demonstrating that they seem to perform a live work in act, marked by a proper welcoming, affection, bond, respect and acknowledgement of the users as leading roles of their care and their history. As for the results of the second article, it was showed that the HPG had passed through some transformations along its trajectory of 20 years, presenting a plurality of activities. In addition, among the meanings attributed to the group, integration and interaction are highlighted since they were strongly emphasized by the participants, as well as the educational character, since the participants reported that they leave the group with more knowledge and information, feeling way stronger and empowered. Thus, the results show that the performance of HPG in Primary Care, when it is built collectively, through affective exchanges and valorization of the others, it might be inclusive and it might provide a legit space of speech, production of meanings, life, health and subjectivity, demonstrating that this type of practice might be a care device, capable of consolidating a process of health production and strengthening Public Policies, especially the Brazilian Public Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*).

**Keywords:** Health promotion; Healthcare; Primary Healthcare, Groups.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica à saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CCSH – Centro de Ciências Sociais e Humanas
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
- DCV - Doenças Cardiovasculares
- DM – Diabetes Mellitus
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GPS – Grupo de Promoção de Saúde
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- MDT – Estrutura e apresentação de Monografias, Dissertações e Teses
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PET/VS – Programa de Educação para o Trabalho/Vigilância em Saúde
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia
- RS – Rio Grande do Sul
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFSM – Universidade Federal de Santa Maria



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
Resumo .....	12
Abstract .....	13
Introdução.....	14
Processo saúde-doença e atenção básica: novos desafios .....	15
A prática grupal como dispositivo de cuidado para diabéticos e hipertensos .....	17
Considerações Finais.....	21
Referências .....	21
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>26</b>
3.1 Delineamento .....	26
3.2 Contexto da pesquisa.....	27
3.3 Participantes.....	27
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	29
3.5 Procedimento de análise dos dados.....	31
3.6 Procedimento .....	33
3.7 Considerações éticas .....	34
<b>4. ARTIGO 1 .....</b>	<b>36</b>
Resumo .....	36
Abstract .....	37
Introdução.....	38
Método .....	40
Resultados e discussão .....	45
Considerações finais .....	70
Referências .....	72
<b>5. ARTIGO 2 .....</b>	<b>77</b>
Resumo .....	77
Abstract .....	78
Introdução.....	79
Método .....	81
Resultados.....	85
Discussão.....	101
Considerações finais .....	113
Referências .....	116
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE E: RESUMO DOS REGISTROS DAS OBSERVAÇÕES.....</b>	<b>147</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a dissertação de mestrado intitulada *Os grupos de promoção de saúde como dispositivos de cuidado na Atenção Básica*.

Para sua apresentação, optou-se pela organização de dois artigos, o que é admitido institucionalmente, de acordo com o Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2015). Compreende-se que publicar a presente dissertação em tal formato é uma forma de ir ao encontro de um dos objetivos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), o qual tem por objetivo estimular a produção científica dos pesquisadores docentes e discentes nele inseridos.

Considerando tais apontamentos, esta dissertação foi estruturada em seis capítulos. O primeiro deles apresenta uma breve introdução que fará uma contextualização da trajetória acadêmica da pesquisadora, descrevendo as motivações que levaram à realização deste estudo. O segundo capítulo, por sua vez, aborda os aspectos teóricos envolvidos no estudo, os quais embasaram a construção dos dois artigos subsequentes. Esse capítulo também foi estruturado em forma de artigo científico, já tendo o mesmo sido publicado em periódico científico.

No terceiro capítulo, é apresentada a trajetória metodológica realizada pela pesquisadora para a construção desta pesquisa. O estudo foi qualitativo, de caráter exploratório, e utilizou como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação do grupo. Os dados coletados foram analisados através da análise de conteúdo temática.

Por sua vez, os dois capítulos seguintes trazem os resultados e as discussões oriundas do trabalho de pesquisa, sob o formato de artigos científicos. O primeiro artigo desenvolvido tratou sobre as práticas grupais na atenção básica e o papel da equipe para a efetivação do cuidado. O segundo artigo abordou a temática referente à história do grupo de promoção de saúde e os significados atribuídos a ele por seus participantes. Por fim, no sexto e último capítulo, foram tecidas as considerações finais do presente estudo, retomando as questões trabalhadas nos artigos apresentados e expondo algumas das percepções da pesquisadora ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática de saúde pública, Atenção Básica e processos de prevenção e promoção de saúde nesses espaços surgiu há muito tempo, desde a graduação, a qual realizei na Universidade de Passo Fundo. Durante meu processo de formação, participei de um projeto denominado Programa de Educação para o Trabalho, Vigilância em Saúde - PET/VS. Esse programa foi fomentado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido no setor de vigilância epidemiológica - inicialmente na Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e posteriormente na 6ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. A participação nesse Projeto possibilitou a minha aproximação com as doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão, bem como com a questão da violência, de modo que pude desenvolver ações de promoção e prevenção desses agravos.

Além disso, cursei, e mais tarde realizei monitoria da disciplina de Políticas Públicas, o que fortaleceu ainda mais a minha vontade em trabalhar com esse tema e estudar questões como: o papel da psicologia nesses espaços, os significados que o cuidado apresenta no imaginário dos usuários dos serviços, como facilitar a melhoria dos condicionantes de saúde que evitem o adoecimento nos grupos e comunidades, entre muitas outras indagações e questionamentos que apareceram ao longo do caminho.

Ao longo da formação em nível de graduação, participei de vários projetos de pesquisa e extensão, e quando concluí o curso de Psicologia já tinha claro que seguiria trabalhando com pessoas, e que não pararia meu processo de formação. Iniciei então a Residência Multiprofissional em Saúde, Ênfase em Cardiologia, em parceria com a Universidade de Passo Fundo, prefeitura municipal de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo. A estrutura da residência está dividida em 3 eixos, um eixo teórico e dois eixos teórico/práticos. Nos eixos teórico/práticos os locais de atuação foram o hospital e a Atenção Básica.

No hospital, com pacientes cardiopatas, trabalhei muito na perspectiva do auto-cuidado apoiado, nas mudanças de hábitos de vida, e na abordagem da psicoterapia breve de apoio. Avaliando o perfil epidemiológico desses pacientes, percebi que muitos deles, se não na sua totalidade, eram hipertensos e/ou diabéticos. Chegavam no hospital frequentemente por descompensação e complicações no quadro clínico, apresentando também outras comorbidades. Muitas vezes por desconhecimento, ou por falta de entendimento da importância de seguir as orientações oferecidas pela equipe de saúde, os pacientes não aderiam aos tratamentos propostos, gerando um número elevado de reinternações e agravamento da sua

condição, uma vez que tanto a diabetes quanto a hipertensão são fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças, principalmente de doenças cardiovasculares (DCV), as quais representam a principal causa de morte no país (BRASIL, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 11% da população sofre de diabetes mellitus (DM) e cerca de 32%, de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essa estimativa sobe gradativamente com a idade: mais da metade dos indivíduos entre 60 e 69 anos possuem hipertensão e, ao passar dos 70 anos, a porcentagem fica ainda mais alarmante: 75% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA [SBC], 2010). Isso resulta para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto anual de cerca de 11 bilhões de reais com tratamentos diretos e indiretos para esses pacientes com condições crônicas. Com o devido tratamento e controle da HAS e DM seria possível uma redução de gastos de cerca de R\$ 841 milhões de reais anuais para o governo, com diminuição nos índices de morte, hospitalizações e incapacidade decorrente desses agravos (ALVES; CALIXTO, 2012).

As doenças crônicas constituem um problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, correspondendo a 72% das causas de mortes. Já se estimou que, para cada incremento de 10% na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o crescimento econômico fica reduzido em até 0.5%. Isso impacta fortemente a economia por meio de seus efeitos não só sobre o consumo e a poupança (formação de capital) familiar, a produtividade e a oferta de trabalho, como também na educação dos indivíduos (BRASIL, 2013; GOULART, 2011).

Acredita-se, que produzir reduções nos riscos das DCNT, em torno de 2% ao ano, possa aumentar o crescimento econômico em até 1% ao ano, após uma década. No Brasil, isso traria ganhos anuais estimados em 16 bilhões de dólares, muito mais do que seria gasto com as principais intervenções de prevenção e tratamento dessas doenças (GOULART, 2011), uma vez que elas requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, na minha prática, a falta de adesão ao tratamento tanto farmacológico, como não farmacológico, foi uma das principais dificuldades encontradas no tratamento dos pacientes crônicos, especialmente pela adesão ao tratamento dessas doenças implicar mudanças nos hábitos de vida, em especial ao que tange à alimentação e a práticas de exercício físico, bem como no manejo do estresse e no uso adequado das medicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES [SBD], 2015; SBC, 2010).

Conforme indicado anteriormente, o segundo local de práticas da residência multiprofissional foi a Atenção Básica. A proposta e as atividades desenvolvidas lá se diferiam

das realizadas no hospital, tendo um caráter mais preventivo do que curativo, partindo da noção de território e de comunidade. Nesse cenário, realizei uma série de atividades, incluindo atividades em grupo, e percebi o quanto essa era uma possibilidade importante de inserção da psicologia, bem como de prevenção de doenças e agravos e fortalecimento da autonomia dos usuários do serviço. Especialmente na Atenção Básica, as práticas grupais parecem permitir o investimento nas pessoas e no coletivo, favorecendo o estabelecimento de vínculo e a troca de saberes e a capacidade de cuidar de si, por conta da potencialidade dos grupos em oportunizar as relações, as trocas, o compartilhar de experiências, podendo possibilitar a ressignificação de vivências e de outros aspectos da vida.

Apesar da potencialidade das práticas grupais desenvolvidas por psicólogos na Atenção Básica, essa não é uma realidade tão frequente, pois as possibilidades de inserção desse profissional poucas vezes apontam para uma atuação mais direta junto aos usuários e comunidade, como um membro da equipe multiprofissional de uma área de pequena abrangência territorial. Normalmente a inserção dos psicólogos nesse cenário dá-se por meio do apoio matricial, sendo que esses profissionais trabalham numa perspectiva de instrumentalização de diversas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que estas possam melhor atender as demandas que se apresentam no seu cotidiano (NEPOMUCENO; BRANDAO, 2011).

Assim sendo, apesar de a realização das práticas grupais na Atenção Básica, na maioria das vezes, não contar com a presença de psicólogos, essas práticas acontecem, são uma responsabilidade da equipe de saúde e comumente são desenvolvidas por profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros.

Dessa forma, buscou-se conhecer um Grupo de Promoção de Saúde, que contasse com a participação de sujeitos diabéticos e hipertensos, a fim de compreender o significado da participação nesse grupo para seus participantes, quais os impactos dessa participação em termos de repercussões no cotidiano dos participantes, quais os motivos que trouxeram os participantes e os mantiveram vinculado ao grupo, entre outros.

Nesse sentido, espera-se que os achados dessa pesquisa possam contribuir para a compreensão dos significados atribuídos aos grupos de promoção de saúde por seus participantes, bem como para a compreensão do papel da equipe nessa modalidade de cuidado.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente pesquisa será apresentado em formato de artigo científico, estando organizado em dois tópicos principais. No primeiro são tecidas algumas considerações sobre processo saúde-doença e atenção básica - novos desafios; no segundo aborda-se as práticas grupais desenvolvidas na atenção básica com pacientes crônicos. O presente artigo foi publicado no periódico *Mudanças: Psicologia da Saúde* no ano de 2017.<sup>1</sup>

### **Os grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de diabetes e hipertensão**

#### **Resumo**

As doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Tipo 2 representam um importante problema de Saúde Pública, são de longa duração e comumente exigem acompanhamento multidisciplinar permanente e intervenções contínuas. O presente artigo objetiva refletir acerca da possibilidade de os grupos na atenção básica serem um dispositivo de cuidado para pacientes com diabetes e hipertensão por meio de uma revisão de literatura crítica-reflexiva não sistemática. O artigo se organiza em dois tópicos: no primeiro são tecidas algumas considerações sobre processo saúde-doença e atenção básica - novos desafios; no segundo aborda-se as práticas grupais desenvolvidas na atenção básica com pacientes crônicos. O trabalho com grupos ainda é um desafio para algumas equipes de saúde, porém quando as práticas grupais se efetivam através de uma perspectiva relacional e interativa em que os problemas e as soluções são compartilhados num ambiente empático, seguro e contentor, essas têm se mostrado estratégias importantes e efetivas de promoção de saúde e autocuidado.

**Palavras-chave:** Grupos; Atenção Básica; Doenças Crônicas.

**The Groups as a care device in AB for working with patients with Diabetes and**

---

<sup>1</sup> SECCO, A. C.; PARABONI, P.; ARPINI, D. M. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com Diabéticos e Hipertensos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2017.

## Hypertension

### Abstract

Chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus represent an important Public Health problem, are long lasting and commonly require permanent multidisciplinary follow-up and continuous interventions. The present article aims to reflect on the possibility of the groups in the primary health care being a care device for diabetics and hypertensives, based on aspects found in the literature. The article is organized in two topics, the first one is some considerations on the health-disease process and primary health care: new challenges, and then the group practices developed in primary health care with chronic patients. Working with groups is still a challenge for some health care teams, but when group practices are carried out through a relational and interactive perspective in which problems and solutions are shared in an empathic, safe and moderate environment, these have shown important and effective strategies of health promotion and self-care.

**Keyword:** Groups; Primary health care; Chronic diseases

## Introdução

As doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) representam um importante problema de Saúde Pública e estão entre os agravos de saúde mais comuns na população brasileira (Freitas & Garcia, 2012). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC] (2010), cerca de 11% da população sofre de diabetes e, cerca de 32%, de hipertensão arterial. Essa estimativa sobe gradativamente com a idade: mais da metade dos indivíduos entre 60 e 69 anos possuem hipertensão e, ao passar dos 70 anos, a porcentagem aumenta de forma alarmante: 75%. Isso resulta para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto anual de cerca de 11 bilhões de reais com tratamentos diretos e indiretos para esses pacientes crônicos. Com o devido tratamento e controle da HAS e DM seria possível uma redução de gastos de cerca de 841 milhões de reais anuais para o governo, com diminuição nos índices de morte, hospitalizações e incapacidade decorrente desses agravos (Alves & Calixto, 2012).

As doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão são de longa duração e, em geral, exigem acompanhamento multidisciplinar permanente, intervenções contínuas e requerem que grandes recursos materiais e humanos sejam despendidos, gerando encargos ao sistema público e social (Brasil, 2015). Elas requerem também intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (Brasil, 2013).

Nesse sentido, se faz necessário o desenvolvimento de ações que vão desde a prevenção, promoção e recuperação da saúde, a fim de melhorar a qualidade, e aumentar a expectativa de vida dos usuários do serviço de saúde portadores desses agravos. Entre as ações preventivas possíveis de serem realizadas com pacientes crônicos, as ações em grupo tem sido as mais indicadas, pois são de baixo custo, abrangem maiores populações se comparadas às intervenções individuais e estão em conformidade com as diretrizes da saúde pública e os princípios básicos de universalidade, integralidade da atenção e controle social. Proporcionam, ainda, a reconstrução de crenças, estimulam a motivação e a autoeficácia dos participantes. Nos grupos são utilizados processos e técnicas voltadas para a aprendizagem, o que auxilia na democratização do acesso à saúde, estimula a inclusão da comunidade nos cuidados e favorece a atenção integral aos sujeitos, conforme suas necessidades específicas, crenças e costumes (França, Biaginni, Mudesto, & Alves, 2012; Murta, 2008; Rasera & Rocha, 2010).

Dessa forma, o presente artigo objetiva refletir acerca da possibilidade de a prática grupal na atenção básica ser um dispositivo de cuidado para pacientes com diabetes e



hipertensão, problematizando algumas dificuldades encontradas para sua efetivação, por meio de uma revisão de literatura crítica-reflexiva não sistemática.

O corpo do trabalho apresenta uma revisão teórica organizada em dois tópicos. No primeiro, serão tecidas algumas considerações sobre processo saúde-doença e atenção básica - novos desafios e no segundo a discussão centra-se nas práticas grupais desenvolvidas na atenção básica com pacientes crônicos.

### **Processo saúde-doença e atenção básica: novos desafios**

Um dos grandes marcos nas mudanças do conceito saúde-doença se funda na definição da Organização Mundial da Saúde de que a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (World Health Organization [WHO], 1946). Esse conceito amplia a perspectiva de saúde, considerando-a como fruto da relação entre um conjunto de fenômenos físicos, psíquicos e socioeconômicos a que estão submetidos os indivíduos (Rutsatz & Câmara, 2006). Ou seja, a saúde é resultado de um processo de produção social e sofre influência das condições de vida, acesso a bens e serviços e é construída coletiva e individualmente, por meio de ações de governo, da sociedade e de cada indivíduo.

Partindo do conceito de determinante social da doença, o social se faz presente como um dos fatores para a compreensão do processo saúde-doença, mas também para pensar questões referentes aos comportamentos, levando para a discussão a reflexão da cultura de classe e os significados do adoecimento para cada sujeito e coletividades. Isso abre novas perspectivas em relação a intervenções de caráter psicossocial, tendo como fundamento conceitos como risco, vulnerabilidade, coconstrução de sentidos e o uso de estratégias de cuidado diversificadas como grupos e rodas de conversa (Spink & Matta, 2010).

Historicamente, buscou-se propor um novo modelo técnico-assistencial, *pari passu* com as crescentes mobilizações visando à redemocratização do país. Embasado na luta dos movimentos sociais, principalmente no da reforma sanitária, que teve influência importante para a construção do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e sua consolidação como uma política de estado por meio da Constituição Federal (1988). O texto constitucional referenda os princípios básicos e as diretrizes do SUS como Universalidade, Equidade, Integralidade da Atenção, Descentralização, Participação Popular e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado (Andrade, Pontes & Martins Junior, 2000; Spink & Matta, 2010, Souza & Santos, 2012). Contudo, para que esses princípios e diretrizes entrassem em vigor, e o SUS fosse implantado, foi necessário a homologação das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142

(1990). O SUS é considerado bem mais que um arranjo institucional, mas trata-se de um projeto civilizatório que pretende produzir mudanças de valores da sociedade, tendo a saúde como eixo transformador (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2007).

Considerando o conceito de hierarquização, a atenção à saúde no SUS está distribuída em três níveis: a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), organizada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); a média complexidade, composta por serviços especializados e a alta complexidade, que corresponde ao atendimento hospitalar (Brasil, 2003; Brasil, 2006).

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de complexidade de atenção à saúde do SUS. É a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde e deve considerar o sujeito de forma integral, em sua complexidade, inserido em um contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Conforme a PNAB, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que tem a finalidade de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2011). Preconiza que sejam realizadas continuamente nos serviços ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de agravos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

Em consonância com essa política, a Estratégia Saúde da Família (ESF) também apresenta como principal propósito a reorganização da prática da atenção básica à saúde. Também, propõe a substituição do modelo tradicional de assistência que prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (Brasil, 2011). Tem como um de seus principais objetivos o controle das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, causadoras de elevados custos econômicos e sociais, assim como agravos e complicações à saúde. A ESF utiliza como estratégia de enfrentamento a oferta de apoio aos usuários do SUS na gestão e cuidado do adoecimento crônico, por meio da educação em saúde (Mendes, 2012).

Nesse sentido, para acompanhamento da evolução e prevenção dessas doenças e agravos, estratégias de saúde pública focalizadas nos grupos populacionais de maior risco comportamental, alimentar e/ ou ambiental têm sido implantadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essas estratégias baseadas no uso da tecnologia de grupo, por meio do desenvolvimento de ações para educação em saúde, prevenção de agravos e treino

de habilidades como forma de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares (DCV) como diabetes e hipertensão, traduzem a tentativa de mudança do modelo de assistência prestada à população (Munari, Lucchese & Medeiros, 2009; Ribeiro, Cotta & Ribeiro, 2012).

Com a finalidade de minimizar os impactos decorrentes da HA e DM e considerando que a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os usuários e serviço (UBS) são imprescindíveis ao sucesso do controle dessas afecções, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS) na atenção primária (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Esse plano estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização da assistência desses usuários no SUS e foi aprovado e regulamentado pela Portaria / GM nº 16, de 03/01/2002. Teve como principais objetivos: investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico, proporcionar vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promover a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade às pessoas com HA e DM. Dessa forma, considera que o acompanhamento na atenção primária pode evitar o surgimento e progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (Brasil, 2002; Brasil, 2004; Silva, Souza, Santos, Jucá, Moreira, Frota & Vasconcelos, 2011).

Pode-se perceber que as políticas e diretrizes de saúde pública tem se preocupado com a temática das doenças crônicas, especialmente a diabetes e hipertensão. Estão considerando os determinantes sociais de saúde, buscando potencializar os espaços coletivos de construção de sentidos, apostando na potencialidade das trocas de experiências e estreitamento dos vínculos, como alternativa de enfrentamento para o adoecimento e possibilidade de efetivação do autocuidado.

### **A prática grupal como dispositivo de cuidado para diabéticos e hipertensos**

Na literatura atual, alguns estudos relatam os benefícios a partir da introdução dos grupos no projeto terapêutico de pessoas com HA e DM (Favoreto & Cabral, 2009; Santos Maciel, Coelho, Marques, Neto, Lotif & Ponte, 2015; Maffaccioli & Lopes, 2011; Melo & Campos, 2014; Silva, Feldmam, Lima, Nobre & Domingues, 2006; Silva, Rotemberg, Vianna, 2004). Esses estudos, em seus resultados apontam que a tecnologia de grupo quando bem empregada, tem levado a uma diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e

demanda pelas consultas médicas, além de ser uma importante estratégia para o fortalecimento do autocuidado desses pacientes crônicos (Mendonça & Nunes, 2015).

Munari e Furegato (2003) colocam que a convivência com um grupo composto por pessoas com problemas semelhantes permite a troca de dúvidas, ansiedades, fantasias e inseguranças, auxilia a lidar e a conviver melhor com a doença e favorece o sentimento de não estar sozinho, o que é de grande valor terapêutico para seus participantes (Antônio, 2010).

Os grupos compostos por pessoas com o mesmo diagnóstico vêm se mostrando como uma estratégia efetiva de cuidado, na medida em que aproximam pessoas que estão vivenciando situações vitais semelhantes e partilham uma identidade grupal (Antônio, 2010; Fernandes, 2007). Heleno e Antonia (2004), realizaram estudo com pacientes com diabetes tipo 2 que tinham dificuldades com o controle da glicemia. Com eles foi realizado um grupo de reflexão, nos quais eram apresentados temas sobre compreensão da doença, suas consequências, possibilidades de controle e experiência emocional vivida pelo grupo. Em cada encontro era medida a glicemia de jejum. Constatou-se que esse tipo de trabalho pode auxiliar as pessoas com diabetes, melhorando o controle glicêmico e assim aumentando a qualidade e expectativa de vida desses sujeitos.

Pela possibilidade de se receber devolução/retorno e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas, o grupo tem funcionado como agente facilitador do processo de mudança, pois contribui para a reabilitação de pessoas portadoras de doença crônica e favorece o processo de aceitação do viver com essa condição (Borba, Ramos, Marques, Linhares, Leal & Ramos, 2011; Fernandes, 2007). Em grupo, é possível aprofundar discussões e ampliar conhecimentos de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e vivendo mais harmonicamente com sua condição de saúde (Silva, Francioni, Natividade, Azevedo, Sandoval & Di' Lourenzo, 2003; Ribeiro & Vasconcelos, 2014). Nesses espaços, muitas vezes as informações sobre a patologia ou sobre os medicamentos, por exemplo, aparece como aspecto secundário, a partir do momento propiciado ao compartilhar das experiências (Soares, 2005).

Dessa forma, os serviços de saúde devem ser espaços para a construção de uma clínica ampliada, cuja doença não seja o foco, mas apenas uma parte da vida humana. Nesse sentido a clínica ampliada pode ser entendida como uma transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados. Isso pode ocorrer através da articulação e diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento e da necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde. Além disso, a clínica

ampliada compreende o estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde, priorizando os aspectos relacionais e uma escuta qualificada, bem como a elaboração conjunta do projeto terapêutico (Campos, 2003; Campos, 2013; Cunha, 2005; Brasil, 2009, Ribeiro & Vasconcelos, 2014, Souza & Santos, 2012).

Nessa modalidade de cuidado, especialmente quando tratamos de doenças crônicas, é fundamental que as indicações da equipe de saúde sejam associadas à participação do indivíduo, como agente ativo que cuida da sua própria saúde. As ações desenvolvidas por esses profissionais devem incorporar ações de cuidados à saúde que possam superar a clínica limitada à cura de doenças e passem a valorizar o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos dos processos de saúde-doença (Machado & Vieira, 2009).

Assim, as práticas grupais têm se destacado na construção de conhecimentos de forma inovadora, no estreitamento da relação da equipe com o usuário e na troca de experiências comuns desenvolvidas através do diálogo. Contudo, nem todos os serviços de saúde encontram-se preparados para atuar nessa lógica de cuidado.

Estudos têm apontado que muitos serviços de saúde têm embasado suas práticas em modelos prescritivos, com enfoque no controle e prevenção da doença, reproduzindo a lógica individual nas práticas grupais. Além disso, em muitos serviços de saúde, percebe-se também uma falta de capacitação dos profissionais para a coordenação dos grupos (Fernandes, 2007; Fernandes, Soares & Silva, 2008; Mendonça & Nunes, 2015; Munari, Lucchese & Medeiros, 2009). Essas dificuldades contribuem para a possibilidade de insucesso da atividade de grupo, a qual pode se dar em decorrência da utilização da concepção bancária de educação em saúde, através da transmissão de conhecimento técnico, sem considerar o saber popular, onde as demandas são geradas pelos profissionais e não pelos usuários (Pereira, Pelzer, Lunardi & Siqueira, 2007).

Em contrapartida, a possibilidade de articulação entre os conhecimentos técnicos e o saber popular, ao estreitar as relações entre os profissionais e os usuários do serviço através da produção coletiva de saúde, pode ser considerada como uma alternativa importante de potencialidade terapêutica no campo grupal (Maffacciolli & Lopes, 2011).

A necessidade de integração entre profissional de saúde e o usuário é imprescindível para que o objetivo do trabalho com grupos seja alcançado. Para obter êxito no trabalho grupal é necessário interesse e comprometimento das pessoas com essa atividade. Também, é essencial que o coordenador de grupo relativize seu conhecimento e suas experiências, estando aberto

aos novos conhecimentos que serão construídos com os integrantes do grupo que irão orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro (Silva, et al., 2003).

Para isso, torna-se necessário que o coordenador seja devidamente capacitado, pratique a comunicação adequadamente e estimule a evolução do grupo (Fernandes & Loés, 2003). O profissional de saúde, seja enfermeiro, psicólogo, dentista, agente comunitário de saúde, ao atuar como coordenador ou facilitador de uma atividade de educação em saúde desenvolvida em grupo, deve se colocar na posição de mediador dessa atividade (Felipe, 2011). O facilitador deve ser sensível, ter domínio e manejo da técnica de grupo, assim como conhecimento sobre o sistema de cuidado popular, a dimensão sociocultural deste e sua repercussão nos hábitos de vida e de tratamento do usuário (Fernandes & Loés, 2003).

O papel de coordenador de grupos se encontra atrelado à própria concepção de mundo, de grupo e de homem dos profissionais que o exercem. Entretanto, apesar dessa concepção nem sempre estar explicitada ela vai permear as práticas grupais, sendo importante que o profissional não conduza o processo exclusivamente de acordo com seu modo de pensar impondo aos outros seus valores e concepções de certo e errado, mas que possa levar em consideração que o grupo é um espaço para coconstrução de sentidos (Andaló, 2001; Felipe, 2011).

Nessa perspectiva, acredita-se que

...para a efetivação das transformações da prática de grupo, espera-se que o profissional lance mão de conhecimentos teóricos e práticos para a construção de um novo saber-fazer que resgate o grupo, como espaço social, possibilidade operativa e humanizadora para si e para os clientes, numa perspectiva crítica e transformadora (Fernandes, Soares & Silva, 2008, p. 341).

Desse modo, produzir relações interativas, pautadas na solidariedade entre os membros de um grupo, pode ser positivo para o cuidado em saúde. O grupo promove uma permuta de experiências criadoras de significados para o adoecimento e suas representações, uma vez que a interação permite socializar as representações que uma doença possui no ideário das pessoas, forma de simbolização que também influencia as condutas e práticas do usuário (Almeida, Moutinho & Leite, 2014; Gazzinelli, Gazzinelli, Reis & de Mattos Penna, 2005).

Nesse sentido, o trabalho com grupos favorece a coconstrução da autonomia e da facilitação de uma percepção mais crítica da realidade, bem como o desenvolvimento de estratégias que mobilizam forças de seus membros no sentido de proporcionar mudanças, as quais repercutem não somente no indivíduo, mas na família e até na comunidade (Diógenes, Moreira, Ellery & Ribeiro, 2016; Fernandes, 2007).

## Considerações Finais

Conforme exposto, estimular a construção de conhecimentos por meio de uma perspectiva relacional e interativa em que os problemas e as soluções são compartilhados num ambiente empático, seguro e contendor, tem mostrado ser uma estratégia importante e efetiva de promoção da saúde e autocuidado. Trabalhar com grupos ainda é um desafio para algumas equipes de saúde, porque muitas vezes estas seguem trabalhando numa lógica “profissional centrada”, sem levar em consideração os anseios, necessidades e demandas dos usuários, executando suas atividades de maneira mais prescritiva do que interativa. Além disso, muitos profissionais da área da saúde, incluindo psicólogos, durante sua formação tem pouco contato com a saúde pública, com as práticas desenvolvidas na atenção básica, especialmente as práticas grupais, o que distancia o profissional dessa realidade. Isso abre a possibilidade de discussão sobre os desafios da formação dos profissionais de saúde, assunto que poderá ser discutido em reflexões futuras. Assim, salienta-se a importância da realização de pesquisas que contemplem outros aspectos e perspectivas sobre as práticas grupais na atenção básica, para o avanço das discussões nesse âmbito.

Ressalta-se, também, que o presente artigo não se propôs contemplar a totalidade de estudos científicos acerca do tema abordado, mas sim fazer um recorte sobre a possibilidade das práticas grupais como dispositivo de cuidado para pacientes crônicos no cenário da atenção básica. Conclui-se que ao se trabalhar com grupos é necessário reconhecer que cada encontro de cuidado é único e singular, e por isso exige dos profissionais e usuários uma abertura para a emergência da criatividade, da reflexão e do diálogo.

## Referências

- Almeida, E. R., Moutinho, C. B., & Leite, M. T. D. S. (2014). A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde debate*, 38(101), 328-337.
- Alves, B. A., & Calixto, A. A. T. F. (2012). Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, 255-260.
- Andaló, C. S. A. (2001). O papel de coordenador de grupo. *Psicologia USP*, 12(1):135-52.
- Andrade, L. O. M. D., Pontes, R. J. S., & Martins Junior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 85-91.
- Antônio, P. (2010). A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.

Borba, A. K. D. O. T., Ramos, R. S. P. D. S., Marques, A. P. D. O., Linhares, F. M. P., Leal, M. C. C., & Ramos, V. P. (2011). *Health education: operative group experience for diabetic elderly people*. *Journal of Nursing UFPE on line*, 5(11), 2675-2681.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal.

\_\_\_\_\_. *Lei Orgânica da Saúde - Lei N.º 8080*. (1990). Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União.

\_\_\_\_\_. *Lei N.º 8.142*. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2002). *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. (2003). *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2004). Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política nacional de atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2009). *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n.º 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2015). *Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DAnT)*. Brasília.

Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. *Saúde paidéia*, São Paulo: HUCITEC; p. 51-67.

Campos, R. O. (2013). *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.



- Cunha, G.T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Diógenes, J. M. P., Moreira, A. E. M., Ellery, A. E. L., & Ribeiro, M. T. A. (2016). Psicologia comunitária e atenção básica em saúde: contribuições para abordagem com grupos. *Sanare, Sobral* - v. 15, n.01, 32-38.
- Favoreto, C. A. O., & Cabral, C. C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 7-18.
- Felipe, G. F. (2011). *Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso*. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Ceará.
- Fernandes, M. T. O. (2007). *Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural*.
- Fernandes, M. T. O., & Loés, R. R. (2003). *O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos* [monografia]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.
- Fernandes, M. T. D. O., Soares, S. M., & Silva, L. B. (2008). Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(3), 335-341.
- Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. (2007). A Reforma Sanitária é uma Reforma Solidária. *Boletim do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira*. Brasília. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde em dez. 2007.
- França, C. L., Biaginni, M., Mudesto, A. P. L., & Alves, E. D. (2012). *Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar*.
- Freitas, L. R. S. D., & Garcia, L. P. (2012). Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(1), 07-19.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., dos Reis, D. C., & de Mattos Penna, C. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Health education: knowledge, social representation, and illness. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 200-206.
- Helena, M. G. V., & Antonia, C. (2004). Promoção e educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 189-194.
- Machado, M. D. F. A. S., & Vieira, N. F. C. (2009). Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 174-179.
- Maffaccioli, R.; Lopes, M. J. M. (2011). Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 973-982, 2011.

Melo, L. P., & de Campos, E. A. (2014). “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 980-987.

Mendes, E.V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mendonça, F. D. F., & Nunes, E. D. F. P. D. (2015). Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. educ. saúde*, 13(2), 397-409.

Munari, D. B.; Furegato, A. R. F. (2003). *Enfermagem e grupos*. Goiânia: ABEditora.

Munari, D. B., Lucchese, R., & Medeiros, M. (2009). Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8, 148-154.

Murta, S. G. (2008). A prática grupoterápica sob o enfoque psicoeducativo: uma introdução. In Murta, G. S. (Org.). *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos*. Goiânia: Porã Cultural.

Pereira, Q. L. C., Pelzer, M. T., Lunardi, V. L., & Siqueira, H. C. H. D. (2007). Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & contexto enferm*, 16(2), 320-5.

Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.

Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., & Ribeiro, S. M. R. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares [The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 7-17.

Ribeiro, K. S. Q. S., & Vasconcelos, E. M. (2014). As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 2), 1453-1462.

Rutsatz, S. D. N. B., & Câmara, S. G. (2006). O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, (23), 55-64.

Santos Maciel, M., Coelho, M. O., Marques, L. A. R. V., Neto, E. M. R., Lotif, M. A. L., & Ponte, E. D. (2015). Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família-NASF. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 117-122.

Silva, T. R., Feldmam, C., Lima, M. H. A., Nobre, M. R. C., & Domingues, R. Z. (2006). Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 180-189.

Silva, J. P., Rotenberg, S., & Vianna, E. C. (2004). Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. *Cad. saúde colet.*,(Rio J.), 12(2), 119-136.

Silva, D. G. V. D., Francioni, F. F., Natividade, M. S. L., Azevedo, M., Sandoval, R. D. C. B., & Di' Lourenzo, V. M. (2003). Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & contexto enferm*, 12(1), 97-103.

Silva, D. B., De Souza, T. A., Dos Santos, C. M., Jucá, M. M., Moreira, T. M. M., Frota, M. A., & Vasconcelos, S. M. M. (2011). Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família-*doi: 10.5020/18061230.2011. p16. Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(1), 16-23.

Spink, M. J. P., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 25-51.

Soares, T. C. (2005). “A vida é mais forte do que as teorias” o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(4), 590-601.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol*. 2010;95(1 supl.1):1-51.

Souza, L. V.& Santos, M. A. D. (2012). Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 22(3), 388-395.

World Health Organization (WHO). (1946). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva.

### 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo busca apresentar de maneira mais detalhada a trajetória metodológica desenvolvida ao longo da dissertação de mestrado, embora tal percurso também esteja apresentado nos artigos científicos que a compõem.

#### 3.1 Delineamento

Buscando atingir os objetivos propostos e compreender de forma mais ampla a vivência de um Grupo de Promoção de Saúde e as implicações deste para seus participantes, foi realizado um estudo de caráter qualitativo.

O método qualitativo foi escolhido pois pressupõe que a realidade é vista como uma construção social de significados, que deve ser olhada, através das significações e vivências subjetivas dos sujeitos, e do objeto de estudo, como um todo (GÜNTHER, 2006). Ou seja, nele, o significado subjetivo das situações é construído nas discussões e interações com/entre outras pessoas, nos contextos onde elas vivem e trabalham. O pesquisador buscará extrair sentido (ou interpretar) dos significados que os participantes/sujeitos atribuem ao mundo (CRESWELL, 2010), pois o homem se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2013). Dessa forma, Minayo (2013) coloca que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, valores e atitudes sob a ótica dos atores envolvidos, e que esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social.

Além disso, outro aspecto relevante sobre o estudo qualitativo que justifica sua utilização é o fato de ele se mostrar mais adequado a investigações de grupos e de histórias sociais, não tendo a finalidade de realizar apenas generalizações, mas compreender a riqueza das diferenças e diversidades. Nesse sentido, permite elucidar processos sociais ainda pouco conhecidos, objetivando a construção de novas abordagens, novos conceitos e categorias durante a investigação, considerando a ótica e a vivência subjetiva dos atores envolvidos (MINAYO, 2014).

Cabe salientar, ainda, que o pressuposto epistemológico adotado foi a Sociologia Compreensiva, pois essa abordagem considera que as realidades sociais são construídas nos significados e através deles e “só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social” (MINAYO, 2013, p. 97). Considera o papel do indivíduo e da sua ação na

construção da realidade, buscando a captação da relação de sentido da ação humana. Por ação, compreende todo o comportamento humano ao qual a ação individual atribui um significado subjetivo. Dessa forma, Weber (1964, p. 33) coloca que a “ação é social, quando em virtude do significado subjetivo atribuído a ela pelos indivíduos, leva em conta o comportamento dos outros e é orientada por ele na sua realização”.

Esse pressuposto foi escolhido por estarmos tratando de grupos sociais, na medida em que o comportamento de um indivíduo pode influenciar o comportamento dos demais. Esse pressuposto busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão da realidade como resultado da ação humana objetivada, na qual a subjetividade é constitutiva e fundamento do sentido da vida social (MINAYO, 2013). Assim, para a sociologia compreensiva, o significado é o conceito central de investigação, assim como um dos pontos centrais que foi pesquisado no presente estudo.

### **3.2 Contexto da pesquisa**

A presente pesquisa foi realizada em um município do interior do Rio Grande do Sul, com participantes de um grupo de promoção de saúde vinculado a uma Estratégia de Saúde da Família deste município. Esse grupo já tem mais de 20 anos de trajetória e, inicialmente, tinha suas práticas voltadas para pacientes com condições crônicas. Atualmente é um grupo de promoção de saúde aberto à comunidade, coordenado pelos profissionais de saúde da respectiva unidade, especialmente pelas agentes comunitárias de saúde. A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo, oito agentes comunitárias de saúde, três residentes da residência multiprofissional, sendo elas fonoaudióloga, enfermeira e fisioterapeuta, e uma residente médica. O grupo tem uma frequência mensal e é realizado em um salão comunitário, denominado, pelos usuários do serviço e profissionais, de *capela*. Por não ser um grupo fechado, tem uma variância na quantidade de participantes, que oscilam entre 12 e 20 integrantes e, em média, tem duração de 2 horas.

### **3.3 Participantes**

Os participantes do estudo foram 10 usuários vinculados ao grupo de promoção de saúde, frequentes há pelo menos 6 meses, e que apresentavam diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica. Para a definição do número de participantes foi utilizado o

critério de saturação, que se dá quando as informações coletadas com certo número de participantes passam a se repetir, entendendo-se que o conteúdo de novas entrevistas não trará dados novos relevantes para o estudo (TURATO, 2013).

Procurando manter o anonimato dos participantes, ocultou-se qualquer informação que pudesse identificá-los. Dessa forma, os participantes foram apresentados com a letra P (participante), seguidas do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3...). Tal opção está amparada na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual pontua, nos incisos VII e VIII do artigo 3º, como princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, a privacidade dos participantes e a proteção de sua identidade, além da garantia da não utilização, por parte do pesquisador, de informações obtidas em prejuízo dos participantes.

Dessa forma, algumas características dos participantes serão apresentadas no quadro 1

Quadro 1: Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Ocupação	Diagnóstico	Tempo de participação no grupo
P1	F	75	Empregada doméstica aposentada	Hipertensão e diabetes	Desde o início - 20 anos
P2	F	78	Técnica de enfermagem aposentada	Hipertensão e diabetes	Cerca de 13 anos e 6 meses
P3	F	84	Costureira aposentada	Hipertensão	3 anos
P4	F	55	Dona de casa	Hipertensão e diabetes	18 anos
P5	F	58	Dona de casa	Hipertensão e Diabetes	10 anos
P6	F	49	Técnica de enfermagem desempregada	Hipertensão e diabetes	Cerca de 3 anos
P7	F	62	Costureira	Hipertensão e diabetes	18 anos
P8	F	71	Aposentada	Hipertensão	Cerca de 12 anos
P9	M	76	Operador de máquina aposentado	Hipertensão e diabetes	Desde o início - 20 anos
P10	M	55	Funcionário público aposentado	Diabetes	6 meses

Fonte: dados da entrevista, construídos pela pesquisadora.

Como observado no quadro 1, a maioria dos participantes são do sexo feminino - sendo apenas dois participantes homens. Mais da metade dos participantes são idosos, com idade média de 66,4 anos. Desses integrantes, sete apresentam 10 anos ou mais de participação no grupo, sendo que a média de participação é de 11,8 anos. Há sete participantes que apresentam concomitância de patologias, incluindo a hipertensão e a diabetes, sendo que apenas dois participantes possuem só hipertensão e um possui apenas diabetes. A respeito da ocupação, no momento das entrevistas seis participantes estavam aposentados, o que representa a maioria dos entrevistados, sendo que dos quatro restantes, duas participantes eram donas de casa, uma, estava desempregada e uma trabalhava em casa como costureira.

### **3.4 Instrumentos**

As informações postas em análise foram obtida através de entrevistas semiestruturadas e observações do grupo. A observação é feita sobre tudo aquilo que não é dito, mas é visto e captado pelo observador, e a entrevista tem como matéria-prima a fala dos interlocutores (MINAYO, 2013; MINAYO, 2014).

Nesse sentido, a entrevista é um dos recursos metodológicos mais utilizados em estudos qualitativos, pois constitui-se em uma técnica que possibilita uma “compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos dos indivíduos em contextos sociais específicos”. Além disso, fornece as informações para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, auxiliando a explorar em profundidade os pontos de vista dos entrevistados (GASKELL, 2005, p. 65). Pode ser realizada de maneira mais ou menos diretiva, de acordo com os objetivos do pesquisador. No caso da entrevista semiestruturada, ao combinar perguntas fechadas e abertas, permite ao entrevistado a possibilidade de falar sobre o assunto abordado sem se prender à indagação formulada, sendo essa a escolha feita no presente estudo (MINAYO, 2013; MINAYO, 2014).

Para realização desse tipo de entrevista, utilizam-se, normalmente, eixos norteadores e tópicos guia. Dessa forma, o roteiro da presente entrevista possui três eixos norteadores, sendo o primeiro relativo à inserção e participação no grupo, o segundo acerca dos significados da experiência de grupo no contexto de vida do participante e o terceiro referente às percepções e sentimentos em relação ao grupo (apêndice D).

Assim sendo, a entrevista constitui-se como uma forma privilegiada de interação social, através da qual tanto entrevistador como entrevistado estão, de distintas formas, envolvidos na produção do conhecimento (MINAYO, 2014; GASKELL, 2005).

Além da entrevista, lançou-se mão de outro recurso metodológico, a observação do grupo pesquisado.

Quanto à técnica de observação, existem diversas modalidades, as quais podem ser divididas quanto à estruturação e local (da observação), a ação do pesquisador no fenômeno e o número de observadores. A modalidade referente à ação do pesquisador no fenômeno pode ser dividida em observação participante ou não participante. Optou-se pela utilização da observação não-participante que, enquanto técnica qualitativa de investigação da realidade, caracteriza-se pela observação das atitudes e ações diversas dos sujeitos que estão sendo alvo de investigação, a fim de compreender determinada temática ou esclarecer pontos obscuros. É um tipo de investigação que leva ao questionamento da realidade em que o sujeito investigado constrói seus conhecimentos coletivos, na qual o investigador não participa ativamente da situação, apenas assiste as ações dos sujeitos para desvelar e permitir que estes tomem consciência de suas práticas individuais e sociais. Dessa forma, durante a realização dessa técnica o investigador assiste as ações dos sujeitos, registrando tudo que acontece na cena, buscando, assim, capturar as atitudes e ações diversas dos indivíduos que estão participando da investigação (FERREIRA; MOUSQUER, 2004; FERREIRA; SAMPAIO, 2005; LAKATOS; MARCONI, 2002).

O registro da observação pode ser feito por meio de um diário de campo, o qual pode facilitar o hábito de observar, descrever e refletir com atenção os acontecimentos, sendo considerado um dos principais instrumentos científicos para a realização dessa técnica. O diário de campo, desse modo, consiste em um registro completo e preciso dos fatos concretos e acontecimentos acerca de um determinado fenômeno e das interações estabelecidas entre os sujeitos observados, devendo estas anotações serem registradas no diário o quanto antes para garantir a fidedignidade do que se observa (FALKEMBACH, 1987). Dessa forma, para realização dos registros no diário de campo foram elencados alguns eixos temáticos norteadores, sendo eles: relação estabelecida entre o coordenador e os participantes do grupo, interação – relacionamento interpessoal entre os membros do grupo, forma de condução do grupo, temáticas/assuntos abordados, entre outros. Os registros das observações realizadas se encontram no apêndice E.

Além disso, a observação, quando empregada como método de coleta de informações, é versátil e pode ser utilizada isolada e independentemente ou ser conjugada a outras técnicas de coleta de dados (GIL, 1999). No presente estudo a observação foi utilizada de forma complementar à entrevista, a fim de possibilitar uma melhor compreensão do fenômeno



estudado, suas vicissitudes, potencialidades e limitações, através da combinação/triangulação de seus achados.

As entrevistas e as observações dos encontros do grupo foram realizadas nas dependências de uma capela comunitária, próxima da unidade de saúde a que o grupo se referencia, porém em momentos distintos. Foram realizadas quatro observações e dez entrevistas, sendo estas últimas realizadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas, mediante aceite em participar da pesquisa e permissão para gravação da mesma pelos participantes, realizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

### **3.5 Procedimento de análise dos dados**

O material resultante das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual se caracteriza por um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, que analisam as comunicações, decompondo-as e elencando-as em unidades de sentido para, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade. O seu foco é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 2010).

Minayo (1998) afirma que a análise de conteúdo é realizada pelo pesquisador que busca compreender o significado das falas em seu contexto, não pela simples frequência das palavras, mas mediante o uso de inferências, conseguindo, assim, uma interpretação mais profunda, ultrapassando os significados manifestos.

Inicialmente, a análise do material coletado foi feita de forma individual, através de uma leitura atenta e exaustiva, na busca por aspectos que se sobressaíam.

Posteriormente, os dados foram analisados em sua totalidade dando origem às categorias de análise de conteúdo baseadas nos temas que se mostraram relevantes, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Esses temas foram a base para posterior organização das categorias e subcategorias, tendo essa subcategorização a finalidade de colocar em evidência, dentro da categoria, aspectos que merecem ser discutidos e que mantêm dependência temática com o tópico categorizado (TURATO, 2013).

O tema, segundo Minayo (2014), comporta um leque de relações, que podem ser apresentadas através de uma palavra, de uma frase ou um resumo e que apresentem relevância ou valores de referência presentes no discurso, o qual corresponde a uma unidade de

significação complexa de dimensões variáveis, sendo sua realidade de ordem psicológica e não de ordem linguística (RICHARDSON, 2010).

Essa análise de conteúdo temática apresenta três etapas, a saber: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, através de inferência e interpretação. A primeira etapa compreende a organização dos dados, o conhecimento do material e a elaboração de pressupostos iniciais. A segunda diz respeito à exploração dos dados e à identificação de núcleos de sentido. E a última etapa visa à busca de sentidos e/ou relações entre as categorias, através do diálogo entre os temas e objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (BARDIN, 2010; GOMES, 2012).

Por fim, para a análise do material, foram incluídos os dados do diário de campo, os quais são complementares aos achados das entrevistas e passaram pelos mesmos procedimentos, sendo analisados individual e exaustivamente e depois no conjunto. Posteriormente, essas informações foram cruzadas com as resultantes das entrevistas, realizando-se, assim, a triangulação das duas técnicas. A triangulação se propõe a produzir um conhecimento mais amplo e aprofundado da temática pesquisada, consistindo na combinação e no cruzamento de diferentes pontos de vista através do uso de múltiplas técnicas de coleta de dados (MINAYO, 1996).

Após o processo de análise e triangulação do material, foram elencadas quatro categorias, que foram divididas em subcategorias e apresentadas em dois artigos. O primeiro artigo teve como categoria 1 o papel da equipe para a efetivação dos princípios e diretrizes da AB, estando dividido em quatro subcategorias: acolhimento e vínculo, relação com os profissionais médicos, resolutividade e importância dos territórios para as construções subjetivas. A categoria 2 do primeiro artigo abordou a importância dos agentes comunitários para a participação e permanência dos usuários no grupo, e teve três subcategorias, sendo elas: a importância do convite, cuidado como prática: o trabalho vivo em ato e investimento nas trocas: marcas que ficam.

O segundo artigo, também dividido em duas categorias, teve como primeira categoria os aspectos relevantes da história do grupo e como segunda categoria os significados atribuídos ao grupo de promoção de saúde. A primeira categoria está subdividida em duas: *“e são 20 anos de estrada”* e *“além de falar só do diabético e hipertenso, o grupo abrange outros temas”*. Já a segunda categoria deste artigo está dividida em três subcategorias, sendo elas: *“É uma troca de experiência, é uma troca afetiva”*, *“Eu sempre saio com uma coisa a mais aqui no grupo”* e *“...enquanto esse grupo continuar e eu tiver forças pra vir, estarei sempre aqui”*

### 3.6 Procedimentos

Em um primeiro momento, foi realizado o contato com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após aprovação institucional, o projeto e fundamentado nas diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução CFP nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 64990317.1.0000.5346.

Mediante o aceite por parte desse órgão, foi realizada uma busca (telefônica) em todas as unidades de saúde do respectivo município (exceto distritos rurais), a fim de descobrir quais delas ofereciam a modalidade de atendimento grupal para pacientes crônicos. Dentre todas as unidades contatadas (21), sete desenvolviam esse tipo de trabalho. Porém, alguns desses grupos tinham frequência trimestral ou eram realizados por acadêmicos da área da saúde de universidades da cidade. Assim sendo, a partir do levantamento desses dados, 4 unidades foram pré-selecionadas, sendo que a definição da escolha da unidade onde o estudo foi realizado se deu em razão de esta contar com a realização mensal de dois grupos, os quais eram realizados pela mesma equipe, porém em locais diferentes. Esse critério foi determinante, uma vez que ampliava as potencialidades desse campo e de participantes para a pesquisa.

Após a escolha do local, foi realizado o contato com a enfermeira responsável pela unidade, que prontamente, acolheu a proposta e, informalmente, autorizou a realização da pesquisa.

Sobre a inserção da pesquisadora no campo, esta foi apresentada ao Grupo de Promoção de Saúde em um dos encontros pela enfermeira da unidade e teve a oportunidade de explicar a proposta da pesquisa, pedindo permissão dos usuários para a realização das observações. Os participantes do grupo concordaram, não fazendo nenhuma ressalva. Dessa forma, após a permissão dos participantes, a enfermeira responsável assinou então o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice C) autorizando formalmente a realização da pesquisa no local.

Durante as observações, a pesquisadora ficava sentada junto com o grupo, fazendo anotações no diário de campo. Apesar disso, mesmo sendo uma observação não participante, a pesquisadora se integrou durante a realização de algumas atividades interativas propostas, bem como interagiu com os participantes, especialmente antes do início e após o término do grupo, pois esses são momentos nos quais todos os participantes costumam interagir e conversar.

Assim, ao final da primeira observação, e também nas observações subsequentes, a pesquisadora conversou com alguns usuários, e quando os mesmos se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo (frequentar o grupo há pelo menos 6 meses e apresentar diagnóstico de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica), os convidou para participar da entrevista. Além disso, a pesquisadora também solicitou para a equipe o contato de alguns participantes do grupo para que estes pudessem participar dessa outra etapa da pesquisa. As entrevistas foram agendadas na medida em que os convites foram aceitos, sendo surpreendente o fato de que todos os usuários convidados concordaram em participar e compareceram para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas na chamada capela, espaço pertencente a um salão comunitário, vinculado a uma igreja da região.

### **3.7 Considerações éticas**

Como referido anteriormente, o presente estudo está fundamentado nas diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução CFP nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Durante a pesquisa, foram respeitados os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, bem como os trâmites legais para realização de pesquisa com seres humanos.

Para a realização desta pesquisa, no que tange à participação na entrevista, os entrevistados foram amparados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice B). Esse documento foi elaborado pela pesquisadora e buscou informar em linguagem clara e compreensível os propósitos do estudo, os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, permitindo, dessa maneira, uma decisão autônoma, consciente e esclarecida dos sujeitos em participar ou não da pesquisa (BRASIL, 2012). O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante. Assim, conforme assegurado no TCLE, foi garantido a todos os participantes o sigilo em relação à sua identidade, com garantia de sua privacidade, bem como a possibilidade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso pudesse lhe trazer qualquer ônus ou prejuízo.

Já em relação às observações, após consulta, apresentação da proposta e concordância dos participantes, foi solicitado à enfermeira coordenadora do serviço de saúde que ela assinasse o TCLE (apêndice C) referente à presença da pesquisadora durante a realização de alguns encontros do grupo. A mesma assinou o respectivo termo em duas vias, ficando uma cópia com

a pesquisadora e uma cópia do termo, juntamente com uma cópia física do projeto com a profissional.

Quanto aos dados coletados, eles estão sob a responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, armazenados no Departamento de Psicologia da UFSM, Av. Roraima, 1000, Prédio 74B, 2º Andar – Sala 3208, CEP 97105-900, e serão destruídos cinco anos após a conclusão da presente pesquisa.

Considera-se que os riscos ao participar desta pesquisa foram mínimos, conforme diagnóstico do Conselho Federal de Psicologia (2000), que considera pesquisa de risco mínimo aquela que não submete os participantes a perigos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. Não foi observado nenhum incidente durante a realização das entrevistas e observações do grupo, sendo surpreendentes relatos, ao final das entrevistas, de vários participantes que manifestaram satisfação em participar da pesquisa, pois relataram ter sido importante falar sobre sua participação no grupo e sobre a importância deste em suas vidas.

Dessa forma, quanto aos benefícios da pesquisa, considera-se que em curto prazo a realização da pesquisa pode proporcionar um espaço de reflexão das vivências e dos desafios diários experienciados pelos participantes, a partir da escuta realizada pela pesquisadora. A médio e longo prazo, os benefícios podem decorrer das contribuições realizadas acerca da temática através dos resultados apontados pelo estudo e possíveis publicações decorrentes dele.

Por fim, salienta-se o compromisso com a devolução dos resultados, que será realizado após a apreciação desta dissertação pela banca avaliadora. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para os participantes, profissionais da equipe e Secretaria de Saúde do município onde a mesma foi realizada. Para a Unidade e a Secretaria de Saúde serão entregues cópias impressas da dissertação. Já os participantes e a equipe serão convidados a integrar um grupo a ser realizado no local onde a pesquisa foi feita, como forma de devolução coletiva e dialógica dos resultados. Será oferecido, também, um espaço para devolutiva de forma individual caso algum dos participantes tenha interesse.

#### 4. ARTIGO 1

### **PRÁTICAS GRUPAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: O PAPEL DA EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO**

#### **Resumo**

As atividades coletivas na Atenção Básica (AB), em especial as atividades grupais, têm grande importância para a consolidação de um serviço comprometido com a construção social da saúde e de novas práticas de cuidado. Podem ser ferramentas para estreitar os laços de confiança da população com a sua equipe, fortalecendo a relação usuário-profissional, tornando, assim, a população assistida corresponsável pela manutenção da sua saúde. O presente estudo procurou compreender o papel da equipe de saúde no campo das práticas coletivas, em especial da experiência de grupos na Atenção Básica, para a implementação de um modelo de cuidado pautado nos princípios e diretrizes do SUS. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com 10 participantes de um grupo de promoção de saúde e observações de quatro encontros do respectivo grupo. Os dados foram triangulados e analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram, na perspectiva dos participantes, que os profissionais de saúde da unidade em que o grupo ocorre parecem ser comprometidos com as práticas grupais, estabelecendo uma relação de vínculo, acolhimento, proximidade e cuidado com os pacientes. Além disso, a análise realizada evidencia que esses profissionais estariam realizando um trabalho vivo em ato, marcado pelo respeito, afeto e reconhecimento dos usuários como protagonistas de seu cuidado e história. Demonstra-se, assim, que a realização de grupos na Atenção Básica pode ser um dispositivo de cuidado, capaz de consolidar um processo de produção de saúde e fortalecimento do SUS.

**Palavras-chaves:** Atenção primária à saúde; serviços comunitários de saúde; equipe de saúde.

## GROUP PRACTICES IN PRIMARY HEALTHCARE: THE ROLE OF THE HEALTHCARE TEAM IN THE EFFECTIVENESS OF CARE

### Abstract

Group activities in Primary Healthcare (PH), especially group activities, are of major importance for the consolidation of a service that is committed to the social construction of health and new care practices. They might be tools to reinforce the bonds of trust of the population with the healthcare team, strengthening the user-professional relationship, making the assisted population also responsible for maintaining their health. This study sought to comprehend the role of the healthcare team in the field of collective practices, especially the experience of groups in Primary Healthcare, for the implementation of a model of care that is based on the Brazilian Healthcare System (*SUS*) principles and guidelines. Therefore, a qualitative research was carried out, through semi-structured interviews with 10 participants of a health promotion group and observations of four meetings of such group. Data were triangulated and analyzed through thematic content analysis. From the perspective of the participants, the results showed that the health professionals of the healthcare center in which the group occurs seem to be committed to group practices, establishing a relation of bonding, acceptance, closeness and patient-centered care. In addition, the analysis shows that these professionals were performing a live work in act, marked by respect, affection and acknowledgment of users as leading roles of their care and their history. It is demonstrated, therefore, that the performance of groups in Primary Healthcare might be a care device, capable of consolidating a process of health production and strengthening of *SUS*.

**Keywords:** Primary Healthcare; Community Health Services; Healthcare Team.

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que nasceu de uma luta política da qual participaram movimentos populares, associações de moradores, profissionais de saúde e vários outros atores sociais que, através do movimento da reforma sanitária, buscaram a construção de uma agenda de discussão positiva de direitos sociais (BARBIANI; RIGON DALLA NORA; SCHAEFER, 2016; NASCIMENTO; CORRREA, 2008). Teve sua consolidação como uma política de estado por meio da Constituição Federal de 1988, quando em seu artigo 196 afirma-se que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O texto constitucional também referenda os princípios básicos e as diretrizes do SUS como Universalidade, Equidade, Integralidade da Atenção, Descentralização, Participação Popular e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. Estes princípios e diretrizes entraram em vigor no cenário nacional com a homologação das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Considerando os princípios e diretrizes do SUS na busca de um cuidado integral à saúde, a atenção à saúde se encontra distribuída em três níveis: 1) Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), organizada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 2) a média complexidade, composta por serviços especializados e 3) a alta complexidade, que corresponde ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

A AB constitui o primeiro nível de complexidade de atenção à saúde do SUS, e é considerada a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde. Também referida como atenção primária à saúde, no Brasil passa a ser denominada AB, durante o processo de implementação do SUS. Refere-se a um conjunto de práticas, direcionadas a responder às necessidades individuais e coletivas em saúde, devendo considerar as pessoas de forma integral, em sua singularidade e complexidade, inseridas em um contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2012).

As ações na AB iniciam-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos, responsabilizando-se pela efetividade do cuidado e garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).



De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A Atenção Básica se desenvolve por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, com equipe multiprofissional, de forma que os saberes sejam somados e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos às populações pelas quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária em territórios definidos (BRASIL, 2017).

O cuidado da AB apresenta uma série de características como: ser um cuidado que opera por meio do trabalho em equipe; ser um cuidado geral, não restritivo a faixas etárias, tipos de problemas ou condições; ser acessível em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; ser integrado no sentido curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo de enfermidades; ser continuado; ser coordenado; ser confidencial; ser político, defensor dos direitos dos usuários em questões de saúde; ser orientado para coletividades (famílias, grupos e comunidades) e ter uma perspectiva de cuidado centrado na pessoa e não na enfermidade (CUNHA, 2004).

Dessa forma, os serviços de saúde, especialmente na AB devem ser espaços onde a doença não seja o foco, mas apenas uma parte da vida humana. Devem ser espaços para a construção de uma clínica ampliada<sup>2</sup> centrada no sujeito, em pessoas reais, levando em consideração a historicidade e a concretude da realidade de vida destes. A ênfase não deve mais ser colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente” (AMARANTE, 1996; CAMPOS, 2003).

O Programa Nacional de Humanização na Saúde (PNH), criado em 2004, aponta a necessidade da prestação de um cuidado acolhedor aos cidadãos, com uma melhor comunicação entre os profissionais e os usuários, a fim de "construir trocas solidárias e comprometidas, com a dupla tarefa de produção da saúde e produção de sujeitos" (BRASIL, 2010, p. 17). Por esse viés, é importante que o usuário se perceba como parte integrante do seu processo de cuidado, sentindo que tem autonomia e liberdade para interagir com os profissionais de saúde na busca conjunta pelas melhores opções de cuidado. Nesse sentido, as atividades coletivas realizadas na AB poderiam ser ferramentas para estreitar os laços de confiança da população com a sua equipe, fortalecendo a relação usuário-profissional com vistas ao desenvolvimento da

---

<sup>2</sup> A clínica ampliada pode ser considerada uma diretriz de atuação para os profissionais da saúde, que consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para uma melhor compreensão dos processos de saúde e adoecimento. Baseia-se na criação de vínculos, no compartilhamento de responsabilidades e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde (BRASIL, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007).

cidadania, tornando, assim, a população assistida corresponsável pela manutenção da sua saúde (TEIXEIRA et al. 2014).

As atividades coletivas na AB, em especial as atividades grupais, têm grande importância para a consolidação de um serviço comprometido com a construção social da saúde e de novas práticas de cuidado, apoiado pela participação social. Essas atividades coletivas frequentemente estruturam-se em ações educativas nas quais se preconiza um contato próximo e dialógico entre os usuários e os profissionais da equipe. Assim, ambos, de forma compartilhada, através desse diálogo e do intercâmbio de saberes, podem construir conhecimentos e compromissos que contribuam para a reorientação do modelo assistencial, com bases na concepção ampliada do processo saúde-doença (ALVES, 2005; TEIXEIRA et al., 2014). Desse modo, espera-se dos profissionais da AB que desenvolvam conhecimentos e práticas baseadas em uma perspectiva integrada de análise dos problemas e encaminhamento das soluções, buscando estimular a participação da população no controle social e incentivando ações coletivas, comunitárias e de atenção integral às famílias e comunidades (LOCHNECKEL et al., 2009; MARSIGLIA, 2004).

Assim sendo, o presente artigo procurou compreender a importância da equipe de saúde, no campo das práticas coletivas, em especial da experiência de grupos na atenção básica, para a implementação de um modelo de cuidado pautado nos princípios e diretrizes do SUS. Cabe ressaltar que esse artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Os Grupos de Promoção de Saúde como um dispositivo de cuidado na Atenção Básica” que buscou compreender o significado da participação em grupos de saúde para sujeitos diabéticos e hipertensos.

## **Método**

### *Delineamento*

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo exploratório. A pesquisa qualitativa busca trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, valores e atitudes sob a ótica dos atores envolvidos, considerando esse conjunto de fenômenos humanos como parte da realidade social (MINAYO, 2013). Dessa forma, o método qualitativo foi escolhido, pois pressupõe o entendimento da realidade como uma construção social de significados, que deve ser olhada através das significações e vivências subjetivas dos sujeitos (GÜNTHER, 2006).

### *Instrumentos*

A produção de informações postas em análise foi obtida através de entrevistas semiestruturadas e observações de um grupo de promoção de saúde.

A entrevista é um dos recursos metodológicos mais utilizados em estudos qualitativos, pois constitui-se de uma técnica que possibilita uma “compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos dos indivíduos em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2005, p. 65). Pode ser realizada de maneira mais ou menos diretiva, de acordo com os objetivos do pesquisador. No caso da entrevista semiestruturada, ao combinar perguntas fechadas e abertas, permite ao entrevistado a possibilidade de falar sobre o assunto abordado sem se prender à indagação formulada, sendo essa a escolha feita no presente estudo (MINAYO, 2013; MINAYO, 2014). Para realização desse tipo de entrevista, utiliza-se normalmente eixos norteadores e tópicos guia. Dessa forma, o roteiro da presente entrevista apresentou três eixos norteadores, sendo o primeiro relativo à inserção e à participação do paciente no grupo, o segundo acerca dos significados da experiência de grupo no contexto de vida do participante e o terceiro relativo às percepções e sentimentos em relação ao grupo. Neste artigo, a ênfase será dada nos dois últimos eixos, pois abordam com maior profundidade os aspectos escolhidos para a discussão. Além da entrevista, lançou-se mão de outro recurso técnico metodológico que foi a observação do grupo pesquisado. Nessa técnica o investigador não participa ativamente da situação, apenas assiste as ações dos sujeitos, registrando tudo que acontece na cena, buscando, assim, capturar as atitudes e ações diversas dos indivíduos que estão sendo alvo de investigação (FERREIRA; MOUSQUER, 2004; FERREIRA; SAMPAIO, 2005; LAKATOS; MARCONI, 2002). O registro da observação pode ser feito por meio de um diário de campo, o qual pode facilitar o hábito de observar, descrever e refletir com atenção os acontecimentos, sendo considerado um dos principais instrumentos científicos para a realização dessa técnica (FALKEMBACH, 1987). Dessa forma, para realização dos registros no diário de campo também foram elencados alguns eixos temáticos norteadores, sendo eles: relação estabelecida entre o coordenador e os participantes do grupo, interação – relacionamento interpessoal entre os membros do grupo, forma de condução do grupo, temáticas/assuntos abordados, entre outros.

As entrevistas e as observações dos encontros do grupo foram realizadas nas dependências de uma capela comunitária, próxima da unidade de saúde, porém em momentos distintos. Foram realizadas quatro observações e dez entrevistas, sendo estas últimas realizadas

individualmente, gravadas e posteriormente transcritas, mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Contexto da pesquisa*

A presente pesquisa foi realizada em um município no interior do Rio Grande do Sul, com participantes de um grupo de promoção de saúde, vinculado a uma Estratégia de Saúde da Família deste município. Esse grupo já tem mais de 20 anos de trajetória e inicialmente tinha suas práticas voltadas para pacientes crônicos. Atualmente é um grupo de saúde aberto à comunidade, coordenado pelos profissionais de saúde da respectiva unidade, especialmente pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo, oito agentes comunitárias de saúde, três residentes da residência multiprofissional, sendo elas fonoaudióloga, enfermeira e fisioterapeuta, e uma residente médica. O grupo tem uma frequência mensal é realizado em um salão comunitário, denominado capela. Por não ser um grupo fechado, tem uma variação na quantidade de participantes, que oscilam entre 12 e 20.

### *Participantes*

Os participantes do estudo foram 10 usuários vinculados ao grupo de saúde, frequentes há pelo menos 6 meses, e que apresentavam diagnóstico de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica. Para a definição do número de participantes foi utilizado o critério de saturação, que se dá quando as informações coletadas com certo número de participantes passam a se repetir, entendendo-se que o conteúdo de novas entrevistas não trará dados novos relevantes para o estudo (TURATO, 2013).

Procurando manter o anonimato dos participantes, ocultou-se qualquer informação que pudesse identificá-los. Dessa forma, os participantes foram apresentados com a letra P (participante), seguida do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3, etc.).

Algumas características dos participantes serão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1: Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Tempo de participação no grupo	Diagnóstico
P1	F	75	Desde o início - 20 anos	Hipertensão e diabetes

P2	F	78	Cerca de 13 anos e 6 meses	Hipertensão e diabetes
P3	F	84	3 anos	Hipertensão
P4	F	55	18 anos	Hipertensão e diabetes
P5	F	58	10 anos	Hipertensão e Diabetes
P6	F	49	Cerca de 3 anos	Hipertensão e diabetes
P7	F	62	18 anos	Hipertensão e diabetes
P8	F	71	Cerca de 12 anos	Hipertensão
P9	M	76	Desde o início - 20 anos	Hipertensão e diabetes
P10	M	55	6 meses	Diabetes

Fonte: dados da entrevista, construídos pela pesquisadora.

Como observado no quadro 1, a maioria dos participantes são do sexo feminino - sendo apenas dois participantes homens. São, na sua grande maioria, idosos com idade média de 66,4 anos. Destes integrantes, sete apresentam 10 anos ou mais de participação no grupo, sendo que a média de participação é de 11,8 anos. Há sete participantes que apresentam concomitância de patologias, incluindo a hipertensão e a diabetes, sendo que apenas dois participantes possuem só hipertensão e um possui apenas diabetes.

### *Procedimentos*

Em um primeiro momento, foi realizado o contato com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após aprovação institucional, o projeto é fundamentado nas diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução CFP nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 64990317.1.0000.5346.

Mediante o aceite por parte desse órgão, foi realizada uma busca (telefônica) em todas as unidades de saúde do respectivo município, a fim de descobrir quais delas ofereciam a modalidade de atendimento grupal para pacientes crônicos. A partir do levantamento desse dado, uma das unidades foi escolhida, pois contava com dois grupos, que são realizados em locais diferentes, o que ampliava as possibilidades de campo e participantes para a pesquisa. Após a escolha, foi realizado o contato com a enfermeira responsável pela unidade, que autorizou a realização da pesquisa.

Para a inserção da pesquisadora no campo, esta foi apresentada ao grupo em um dos encontros pela enfermeira da unidade e teve a oportunidade de explicar a proposta da pesquisa, pedindo permissão dos usuários para a realização das observações. Nessa mesma ocasião fez o convite para quem quisesse participar também da etapa de entrevistas. Ao final das observações, a pesquisadora abordou alguns usuários convidando-os para participar dessa outra etapa da coleta dos dados, e também solicitou para a equipe o contato de alguns usuários que se encaixassem nos critérios de inclusão (frequentar o grupo há pelo menos 6 meses e apresentar diagnóstico de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica) do estudo. Todos os usuários convidados concordaram em participar e compareceram para a realização da entrevista, sendo realizada uma entrevista com cada participante.

#### *Procedimento de análise dos dados*

O material resultante das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual se caracteriza por um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, que analisam as comunicações, decompondo-as e elencando-as em unidades de sentido, para, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade. O seu foco é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 2010).

Inicialmente, a análise do material coletado foi feita de forma individual, através de uma leitura atenta e exaustiva, na busca por aspectos que se sobressaíam. Posteriormente os dados foram analisados em sua totalidade dando origem às categorias de análise de conteúdo baseadas nos temas que se mostraram relevantes, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Esses temas foram a base para posterior organização das categorias e subcategorias, tendo essa subcategorização a finalidade de colocar em evidência, dentro da categoria, aspectos que merecem ser discutidos e que mantêm dependência temática com o tópico categorizado (TURATO, 2013).

Por fim, para a análise do material, foram incluídos os dados do diário de campo, os quais são complementares aos achados das entrevistas e passaram pelos mesmos procedimentos, sendo analisados individual e exaustivamente e depois no conjunto. Posteriormente essas informações foram cruzadas com as resultantes das entrevistas, realizando-se, assim, a triangulação das duas técnicas. A triangulação se propõe a produzir um conhecimento mais amplo e aprofundado da temática pesquisada, consistindo combinação e cruzamento de diferentes pontos de vista através do uso de múltiplas técnicas de coleta de dados (MINAYO, 1996).

## **Resultados e discussão**

Os resultados serão apresentados em duas categorias. A primeira categoria versa sobre o papel da equipe de saúde para a efetivação dos princípios e diretrizes da atenção básica, e conta com quatro subcategorias, que abordarão as temáticas do acolhimento e vínculo, relação com os profissionais médicos, resolutividade e importância dos territórios para as construções subjetivas. Já a segunda categoria aborda a importância dos agentes comunitários de saúde para a participação e permanência dos usuários no grupo, e está dividida em três subcategorias, sendo elas: a importância do convite, cuidado como prática: o trabalho vivo em ato e investimento nas trocas: marcas que ficam.

### **1) O papel da equipe de saúde para a efetivação dos princípios e diretrizes da atenção básica**

Acredita-se que um dos achados mais relevantes encontrado neste estudo foi a importância dada pelos participantes aos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), não apenas no tange ao trabalho executado dentro do grupo, mas também em relação ao cuidado percebido e estabelecido com os usuários/comunidade de uma forma geral. Os participantes da pesquisa identificam os profissionais da equipe como referência e a unidade como resolutiva. Afirmam que se sentem muito satisfeitos com o cuidado ofertado e em suas falas expressaram um movimento em defesa da equipe, evidenciando que o estabelecimento de vínculo parece estar de fato consolidado.

Esses aspectos serão abordados de acordo com algumas subcategorias que foram elencadas a partir dos relatos e da análise das entrevistas dos participantes e observações realizadas pela pesquisadora.

#### **1.1 Acolhimento e vínculo**

Essa categoria tem a premissa de que acolher bem faz com que o vínculo do usuário com o serviço se efetive. Os participantes expuseram aspectos relevantes referentes a essa perspectiva, manifestando que se sentem acolhidos e que construíram um vínculo forte com a ESF.

A PNAB (Brasil, 2017, p. 72), no que diz respeito às atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, em seu artigo VI, considera como responsabilidade destes:

Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

Pode-se perceber esse vínculo, através da fala de diversos participantes. A participante 1, ao se referir à equipe, verbaliza: *“muito me ajudaram. Desde o início, sempre foram muito, muito boas... E é isso que eu tenho a dizer, que é muito, muito bom. Já fui muito bem atendida ali e tudo”*. Da mesma forma a Participante 3 relata: *“consulto ali no postinho. Me trato ali. Até gosto muito. Tá muito bom.... pra mim tá bom, eu não tenho queixa. A participante 1 continua *“... e agora tem tudo assim, tem esse acolhimento assim, que é muito bom tudo. Tá muito bom, muito”*. (p1)*

No processo de consolidação do modelo de atenção à saúde, de reorganização das práticas de cuidado e de qualificação da assistência, o acolhimento, assim como exposto pelos participantes do presente estudo, tem proposto a inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, configurando-se como diretriz contributiva à materialização dos princípios do SUS, particularmente os da integralidade da atenção à saúde, universalização do acesso e equidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; GUERRERO et al., 2013).

O acolhimento, estabelecido por meio da Política Nacional de Humanização (2010), não se resume apenas em ações isoladas e pontuais, mas compreende processos de responsabilização e criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Possibilita, assim, a abertura para recepção das demandas dos usuários, e visa o encontro destes com os trabalhadores de saúde (PASCHE, 2010).

Nesse sentido, no campo da saúde, o acolhimento deve ser entendido como uma diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde, bem como uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Caracteriza-se, portanto, como uma diretriz ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, na medida em que propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010; PASCHE, 2010). Dessa forma, inscreve-se como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade, um lugar de exercício da alteridade, que vai além do processo de reconhecimento do outro e de suas



diferenças, singularidades e saberes, mas que considera a lógica do outro, o seu "ponto de vista" e legitima o seu conhecimento e as suas necessidades e demandas de saúde (BRASIL, 2010; CAVALCANTE FILHO et. al., 2009; GUERRERO et al., 2013).

Nessa perspectiva, na fala da participante 4, pode-se perceber o quanto se sente acolhida, no sentido proposto pela legislação e o quanto manifesta que a equipe é eficiente e aberta na resolução de suas demandas:

*“eu gosto muito, tanto da equipe do posto ali, são excelentes, são ótimos pra mim, a hora que eu precisá eu vô lá verificar a pressão, tão sempre prontos, alguma dúvida, alguma coisa que eu percise eu vô lá tão sempre pronto... e aqui (grupo) também, se a gente quer esclarecer alguma dúvida, alguma coisa eles tão sempre pronto também. É muito bom”. [...] “...tava dizendo pra [nome de uma profissional da unidade] ontem, vocês me conhecem de longe, mas qualquer coisinha que perciso, tô lá. E eu sou muito bem atendida ali. Tanto pela equipe de enfermagem, médico... olha, pra mim excelentes profissional. Porque nunca deixaram assim, de eu precisá, chega lá e não me atende. Sempre fui bem atendida”. (p4)*

Assim, Oliveira et al. (2016) apontam o acolhimento como um mecanismo de inclusão, uma forma de atenção à demanda espontânea, que promove uma ‘escuta qualificada’, servindo de elo entre a necessidade do usuário e as várias possibilidades de cuidado. Por conseguinte, foi possível evidenciar que o acolhimento realizado pelos profissionais de saúde pode se constituir como um mecanismo efetivo de vinculação, permanência e satisfação dos usuários nos serviços de saúde. A realização dessa acolhida possibilita que o serviço se constitua como uma importante referência para os usuários, que, conforme evidenciado, a ele se reportam por se sentirem cuidados e investidos pelos profissionais.

Parece que essa equipe, na busca da efetivação de um modelo de cuidado mais humanizado através de suas práticas, tanto individuais como coletivas, tem procurado construir um vínculo positivo, incentivando a autonomia dos sujeitos e coletividades. Isso pode ser percebido pela fala dos participantes e também observado pela pesquisadora em algumas ocasiões, como, por exemplo, quando a equipe de profissionais pede para que os participantes do grupo escolham as temáticas a serem abordadas durante os encontros, ou quando a equipe se organiza como coletivo, junto com a comunidade para realizar eventos e construir uma liderança comunitária. Tal constatação encontra abrigo em Campos (2003), que afirma que para que haja vínculo positivo, os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência e capacidade de resolver seus problemas de saúde. A fala de vários participantes retrata a relação da resolutividade das demandas, com a proximidade e estabelecimento de vínculos positivos entre equipe e usuários.

A fala da participante 3, da mesma forma que outros participantes, também parece demonstrar que, além do acolhimento, teve suas necessidades atendidas através de atitudes resolutivas da equipe da unidade, tendo seu “querer” sido levado em consideração, como é possível perceber através do seguinte depoimento: *“agora mesmo, semana passada que eu vim ali pra fazer exame. Eu tava ruim assim de manhã. Tem dias que eu amanheço assim que parece que eu não vou caminhar com as minhas próprias pernas. Mas era dia de vim ali e eu fui. Cheguei ali quando abriram e já disse assim: queria que me atendessem em seguida porque eu não tô boa. Aí a [nome de uma agente comunitária] entrou ali, eu falei com uma enfermeira, aí ela disse, não, a gente lhe passa na frente. Aí a [nome da agente comunitária] entrou e pediu o que que tá acontecendo com a senhora, a senhora não tá bem? Não, não tô bem. Tô pedindo um favor pra não demorarem pra me atender pra mim ir pra casa, porque tô sem café, sem nada, é pior assim. Aí já me atenderam. Aí eu disse que queria marcar uma consulta, agendar uma consulta. Pode deixar que eu agendo. A [nome da agente comunitária] faz tudo ali pra mim. Como é que eu vou me queixar? De que? Pra mim tá bom ali. As pessoas às vezes se queixam. Eu não. Eu não tenho do que me queixar. Até agora não”*. (p3).

Da mesma forma, as participantes 5 e 8 também verbalizam não ter nenhuma queixa da equipe, muito pelo contrário. Nesse sentido, a participante 5 refere: *“Até não tenho queixa da área de saúde, quando todo mundo se queixa, eu não tenho queixa nenhuma porque eu tenho sido muito bem atendida. Né? E no posto eu me dou bem com todos eles ali, nunca tive... Nunca tive nenhum... Assim, uma queixa”*. [...] *“Eu acho que o que elas fazem dentro do recurso que elas têm, eu acho ótimo. [...] Elas não têm é condições de se doarem mais... Porque é bem fácil chegar ali “ah, porque eu queria isso” hoje. Mas atrás delas tem muita gente pra dizer o que que é que pode ser feito e o que que não pode né, porque todas elas tem alguém acima delas pra mandar. Então eu não tenho a menor queixa das gurias sabe... (p5)*

O reconhecimento à equipe também se expressa no depoimento da participante 8: *“a [nome de uma amiga] até comenta do atendimento do postinho como é que tá tudo... o quadro de enfermeira, enfermagem... as guria, eu não tenho queixa também das agentes de saúde, são bem esforçada. Elas se esforçam aqui pra fazerem crescer o grupo sabe... são bem esforçadas as gurias. A [nome de uma agente comunitária] ela não participa muito porque tem horário que ela tá ali trabalhando... mas a [nome da enfermeira da unidade] tem se esforçado bastante. Se não tem mais melhoria é por causa que não dá né, mas não porque elas não se esforcem... mas tem poucas condições né. Eu acho que não vai muito pra frente porque tem poucas condições. Dinheiro, sobre dinheiro, essas coisas... não é muito fácil. Depois o posto ali não dá pra fazer reunião, tem que fazer aqui [salão da capela comunitária]. [...] Não tem dinheiro.*

*Mas elas fazem de tudo pela gente. Eu acho que tá bom. Poderia continuar assim se não desse pra melhorar.*

A fala dessas participantes aponta para a satisfação e o reconhecimento que elas têm da equipe. Mesmo com a falta de recursos materiais, financeiros, de infraestrutura entre outros, referidos durante as entrevistas por alguns entrevistados, de uma maneira geral, estes reconhecem o empenho da equipe no cuidado, tanto a nível individual quanto coletivo. Isso fica evidente quando a p8 diz que “*Elas se esforçam aqui pra fazerem crescer o grupo sabe... são bem esforçadas as gurias [...] elas fazem de tudo pela gente*”, e a p5 fala “*Elas não têm é condições de se doarem mais*”. Esses aspectos também serão abordados com mais profundidade na próxima categoria, quando ficará evidenciado o papel fundamental da equipe na participação dos usuários no grupo de saúde.

Como já mencionado, as falas de vários participantes apontam para uma grande satisfação e reconhecimento da equipe, que é percebida como esforçada na tarefa de dar resposta às demandas trazidas pelos usuários. No contexto da atenção básica, um dos principais indicadores de qualidade do serviço é a satisfação do usuário que, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2017), deve ser monitorada através da oferta de meios de comunicação como a registro de elogios, críticas ou reclamações, caixas de sugestões ou canais eletrônicos, entre outros. Entretanto, para se poder abordar a temática da satisfação com os usuários de maneira adequada, é necessário levar em consideração o julgamento que os usuários possuem sobre esse indicador bem como as características dos serviços a partir de experiências de sua utilização. Assim, em grande parte das vezes, a perspectiva do usuário sobre os cuidados que são oferecidos, baseia-se em critérios subjetivos, implicando mobilização de processos de ordem cognitiva e afetiva (TEIXEIRA et al., 2013). Nesse sentido, o vínculo estabelecido entre equipe e usuários parece ser muito relevante para a satisfação dos usuários neste estudo, visto que os participantes expressaram grande satisfação e vinculação com a equipe.

Além disso, outro aspecto bastante presente nesse estudo, e indicativo de efetivação de vínculo, é o reconhecimento nominal dos profissionais da equipe. A grande maioria dos participantes, ao se referirem aos profissionais, falavam seu nome. Porém, a fim de se manter o sigilo e confiabilidade dos dados, o nome foi substituído por: nome e respectiva ocupação. Sobre esse aspecto, Ribeiro (2005) coloca que o usuário exerce melhor seu direito de cidadania, quando do conhecimento do nome, posto e atribuições dos responsáveis por ele, sendo que a nomeação dos profissionais de saúde deve ser considerada como um importante indicador de formação de vínculo.

Pode-se pensar que esse vínculo positivo que estamos trazendo e o reconhecimento da equipe por parte dos usuários tenha levado a um movimento de defesa dessa equipe, dos trabalhadores em saúde. Teixeira et. al. (2013) apontam que é indispensável para produção de vínculo que o usuário reconheça a equipe de saúde da família e seus componentes como responsáveis por sua assistência. Esse reconhecimento se expressa em diversos momentos, especialmente quando os participantes referem que a equipe faz todo o possível para atendê-los com rapidez e eficiência, constituindo-se como uma referência quando eles necessitam de algum cuidado.

Os participantes relatam não terem queixas dos profissionais, e sim elogios. Parecem entender e considerar que existem uma série de fatores externos que perpassam as práticas dos profissionais da saúde, que estão além de sua vontade, indo em defesa desses profissionais quando acontece alguma situação de cunho pejorativo com a equipe. Podemos exemplificar essa “defesa” por parte dos usuários, pela fala de alguns participantes: *“É sempre aquilo ali, porque a gente vê muitos aí, até no posto a gente vê, chegam lá já são meio bruto assim pra lidar... A [nome de uma agente] mesmo ali, às vezes ela não tem culpa né, mas tem muitos que são meio grosseiros com os outros, a pessoa né. Por exemplo, eu vou ali, se não dá não dá, é tal dia, é tal dia, aí eu vou, eu não vou tá discutindo com ela ali né. Porque não resolve discutir assim, pra mim não resolve. Os outros talvez acham que discutindo vão conseguir alguma coisa, mas na brutalidade é difícil né”*. (p9)

P7: *“E a [nome de uma agente de saúde] assim, o pessoal briga com ela, mas é o seguinte, o pessoal não tem paciência, e outra coisa, lidar com o público é muito difícil porque um pensa de um jeito outro pensa doutro, eu acho que as pessoas têm que ter paciência com ela, ali sim...”*.

P6: *“Foi segunda que eu fui ali consultar, consultar não, fazer triagem né. Porque o Dr. [nome do médico] tá de férias. É o direito dele, ele trabalha, tem que tirar férias. Ninguém vai trabalhar sem tirar férias. [...] Mas aí tava eu, uma senhora, uma outra senhora, e ela disse: ahh, o doutor tá de férias? Eu disse sim, ele não é escravo, e a princesa Isabel já liberou faz tempo”*.

A fala desses participantes parece deixar claro que eles percebem as dificuldades encontradas diariamente pelos profissionais de saúde no exercício de suas práticas, contudo, pode-se inferir que tal empatia em relação às possíveis limitações ou dificuldades da equipe estariam ancoradas no vínculo que mantém essas relações e no acolhimento que se efetivou.

Lidar com o público e atender as demandas que chegam até a unidade com resolutividade não é tarefa fácil, especialmente no difícil e atual momento de precarização e sucateamento dos serviços e o desinvestimento nas Políticas Públicas.

Sobre esse aspecto, Teixeira et al. (2013), em seu estudo qualitativo, descritivo exploratório, buscando avaliar o vínculo entre usuários e equipes, afirmam que a dificuldade de acesso destaca-se como um dos maiores motivos de insatisfação dos usuários nos serviços de saúde. Da mesma forma, Oliveira (2015), em seu estudo de revisão integrativa sobre a violência no trabalho aos profissionais de saúde da atenção básica, constatou entre vários achados que, na categoria autores da violência, os usuários aparecem como os principais perpetradores dessa violência (principalmente verbal), motivados em grande parte por situações que demandam atendimento desse usuário (ou de familiares) que não são dispensados prontamente, o que acaba deixando-os estressados e agressivos com os profissionais que prestam o cuidado. Juntamente a isso, o modelo de assistência no Brasil, em muitas ocasiões, fortaleceu a cultura nos serviços de saúde em que a qualidade na assistência está fortemente associada aos procedimentos técnicos, sendo a busca por esses procedimentos bastante frequente. Apesar disso, o conceito de resolutividade não se limita apenas em se ter uma conduta protocolar, mas consiste em oferecer possibilidades de se usar todos os recursos disponíveis para eliminar o sofrimento do usuário, que deve sair do serviço com a certeza de que tudo foi feito para solucionar seu problema (KANTORSKI et al., 2009).

Um dos pilares da AB/ ESF é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população. A criação de vínculo entre a equipe e a comunidade promove uma relação de confiança e respeito que garante não só maior qualidade do serviço prestado como o reconhecimento do profissional frente à população sob sua responsabilidade. Constrói-se por meio da identificação das necessidades, valorização da queixa, subjetividade, comunicação social, relação de escuta e de empatia com o usuário (BRUNELLO et. al., 2009; TEIXEIRA et. al., 2013).

No presente estudo, parece que os participantes, por se sentirem atendidos, acolhidos e terem nos profissionais uma referência, desenvolveram uma atitude de empatia com a equipe, expressando que não seria responsabilidade dos profissionais se algumas coisas não dão certo, ou não acontecem dentro do esperado/desejado, e que é necessário ter paciência. Conjuntamente a esse movimento de *defesa* e empatia com a equipe, os participantes verbalizaram também seu apreço pela mesma, o que pode ser confirmado no depoimento da participante 2: “... *eu gosto muito, muito daqui do posto. Eu gosto muito das gurias, elas são muito atenciosa com a gente, e gosto dos médicos. Esses doutor que tão aí são a coisa mais querida, o doutor aquele*

*barbudinho, é muito querido com a gente, muito bom. E as gurias também são tudo boa”.* (p2)  
 A p2 fala sobre sua relação com a equipe, dizendo que essa é muito boa e que se dá bem com as profissionais da equipe, o que também se evidencia na fala do participante 6, quando afirma: *“Eu acho que assim, eu me dou super bem com elas, eu chego ali no posto, me dou super bem com todo mundo ali do posto, mesmo com o doutor [nome do médico]”.* (p6)

Assim, dentro do escopo trazido pelas participantes e observado nos momentos de grupo pela pesquisadora, pode-se destacar que as relações construídas entre usuários e equipe se encontram fortalecidas, o que traz o retorno tão positivo expresso pelas participantes. Destaca-se, ainda, que essa relação parece expressar o que de melhor se poderia prever em termos de pressupostos e legislações atuais e da lógica de cuidado que a ancora.

## 1.2 Relação com os profissionais médicos

Como exposto acima, parece que os participantes do estudo sentem que estabeleceram uma relação de proximidade com toda a equipe de saúde, inclusive com a equipe de médicos. Tal aspecto parece ser relevante de destacar considerando que, por muito tempo, em função da hegemonia do saber biomédico e de relações verticalizadas, tal estreitamento não era tão comum. Os avanços teórico-conceituais e os arranjos políticos técnico-operacionais voltados à reestruturação da atenção básica são diversos e têm procurado inverter a lógica hospitalocêntrica, medicalizadora e baseada na reprodução de procedimentos médicos dos modelos assistenciais tradicionais (FAVORETO, 2002; FAVORETO, 2008). Essas mudanças têm buscado construir e implementar aspectos como:

a aproximação dos serviços das necessidades de saúde das populações; a integração das modalidades assistenciais de modo a aumentar a efetividade e melhorar a relação custo benefício das ações de saúde; as mudanças dos processos em saúde investindo numa relação horizontal e dialógica entre eles; assim como a incorporação de novos atores, saberes e práticas que desenvolvam, valorizem e legitimem as ações básicas e, particularmente, o trabalho de médicos generalistas (FAVORETO, 2008, p. 101).

Assim, em relação a essas mudanças de paradigma na lógica do cuidado, pode-se inferir que as participantes têm construído uma experiência diferenciada, na medida em que, além da participante 6 citada acima, que relata se dar bem com toda equipe, até mesmo com o médico, a participante 4 também diz: *“Ontem mesmo precisei falar com o Dr. [nome do médico] e fui lá...”* (p4), o que parece apontar para uma relação mais próxima e naturalizada com os médicos. Soma-se a isso, ainda, a fala da participante 7 trazendo um relato de uma experiência significativa: *“Agora os médicos vou te dizer..., não tem o que falar deles, magnífico, nós*

*tivemos um que eu tenho uma saudades até hoje, dois até, que era o doutor [nome de um médico] que era mesmo que um pai pra todo mundo, e uma vez ele me disse uma coisa assim que eu fiquei toda orgulhosa, ele disse assim pra mim, eu vou embora desse posto, mas vou entregar pro meu colega o melhor posto da cidade, ele disse assim, porque eu já tive outros posto, e ele disse, e a gente fica deprimido, que tu tá dando uma receita pra pessoa que tu tá sabendo que a pessoa não vai comprar o remédio, não tem como compra e aqui, e até mesmo o jeito das pessoas trata a gente, aí eu disse realmente. Ele fez algo por mim um dia que eu fiquei pasma, eu tava com essas histórias de pneumonia, e ele ... saiu do quarto bem quietinho, pegou o carro e foi lá na [nome de uma farmácia] pegou o remédio e me trouxe, e quando eu fui pagar ele, ele não aceitou, aí eu pensei, ah, esse remedinho é baratinho. Naquela época há anos atrás era quase vinte reais o remédio, digo meu Deus! Digo, não existe um médico assim!”. (p7)*

A relação médico-paciente tem sido alvo de vários olhares e críticas e sua importância tem sido reconsiderada no processo saúde-doença. Tem-se verificado que além da importância da qualificação técnica, também são necessárias outras habilidades, especialmente de inter-relacionamento para um bom atendimento em saúde. De maneira geral, principalmente no início do acompanhamento, o usuário não sabe muito bem avaliar a competência técnica do profissional, mas consegue fazer uma avaliação imediata da maneira com que foi atendido e cuidado (PINHEIRO, 2005).

Desse modo, as falas dos referidos participantes parecem demonstrar que estes se sentem bem atendidos e cuidados, evidenciando que a relação médico-paciente/profissional-paciente nesta unidade é uma relação mais horizontalizada, onde ambos se sentem reconhecidos e gratificados. Os usuários, por sentirem ter uma equipe de profissionais, incluindo médicos que se preocupam com eles e estariam dando o seu melhor, e os profissionais, também parecem se sentirem bem por sua relação com a comunidade. Tal aspecto pode ser inferido na fala da participante 4, quando ela refere que um dos médicos lhe disse que iria deixar para o seu colega o melhor posto da cidade, se sentindo feliz pela forma como era tratado ali. Cabe salientar que o presente estudo não se propôs a investigar como os profissionais da unidade se sentem em relação aos usuários, contudo, a partir das observações realizadas que permitiram uma certa aproximação com a equipe e o serviço, pode ser percebida uma certa reciprocidade nessa relação.

### 1.3 Resolutividade

A Atenção Básica possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para que isso seja possível, a PNAB recomenda a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes e que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados. Isso porque um dos atributos fundamentais da AB é a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para a resolução das necessidades de saúde da população, o que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva dos usuários (ALMEIDA et al., 2010; BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a regulação do acesso à assistência, ou regulação assistencial, tem como papel essencial promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2008, OLIVEIRA et.al, 2016).

Oliveira et al., 2016, em estudo sobre Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado, afirmam que existem duas dimensões complementares do processo microrregulatório: a microrregulação do acesso aos atendimentos ou ofertas da própria unidade (microrregulação interna) e a microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (microrregulação externa). Sobre a microrregulação interna, os resultados encontrados apresentam indícios de que a capacidade de escuta e de fazer ofertas alternativas para os usuários parecem ser influenciadas pelos modos como os trabalhadores dão sentido ao seu trabalho, partindo de como entendem a política de saúde e o papel da AB, funcionando ora como barreiras de acesso, ora como ‘aberturas’, modos de operar que são mais flexíveis, ‘pessoais’ e acolhedores.

Nesse sentido, a participante 1 conta: *“Eu sei que mudou muito, se viu muito esse posto, ainda mais agora depois que foi prali, daí ele tá muito diferente assim, bá, tá muito bem, organizaram os horários, que às vezes as pessoas iam pra lá eram 5 horas, 4 horas, esperando ali, um perigo na rua... chegava na hora davam tantas fichas e depois não tinha mais. E agora atende tudo melhor... Tem que agendar... pra nós, pros velhos, então tem um dia na semana assim também. Aí tu pode ir lá e agenda pra tal dia assim, aí de manhã ou de tarde, e aí é atendido. [...] Agora eles marcam, fazem né... porque primeiro era horrível né, a gente tinha que ir de madrugada pra lá. E depois às vezes não atendiam. Aí eles foram se resolvendo, foram*



*melhorando, e aí começaram mais tarde, agora eles coletam sangue todas as terças-feiras, a gente vem, coleta o sangue ali, daí na outra semana eles trazem o resultado do exame tudo. Mas eu uns quantos fiz no laboratório mesmo, quando estive muito amolada. E agora da diabete eu fazia lá né”.*

A participante 2 também fala sobre esse novo modo de organização: *“Agora a gente vai ali, deixa agendado. Faz os exames de sangue tudo, a gente não precisa chegar de madrugada pra fazer exames. E agora a [nome de uma agente comunitária], a enfermeira, a atendente, elas chegam na porta e dizem, não precisa vocês virem cedo, venham as oito horas. O primeiro que chega é o primeiro atendido. E isso aí fui eu que pedi. Eu que falei. E todo mundo vem aqui porque precisa”.* (p2)

Assim sendo, pode-se inferir, a partir das análises realizadas, que os profissionais da unidade básica estudada têm se esforçado para atender as necessidades de saúde da população, buscando fazer a regulação interna de seu funcionamento, o que parece ser visto como muito positivo pelos participantes entrevistados do grupo. Isso parece demonstrar que essa unidade/equipe de saúde tem conseguido colocar em prática algumas das diretrizes e princípios do SUS de maneira satisfatória, evidenciando ter entendimento do papel da atenção básica e de seu papel enquanto trabalhadores do SUS.

Ainda nessa seara, percebe-se que uma das várias diretrizes que essa equipe vem buscando fortalecer é a da resolutividade, que reforça justamente o argumento de que AB precisa ser resolutiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário. Para isso deve estar utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, “por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2017, p. 70).

#### 1.4 A importância dos territórios nas construções subjetivas

Outro aspecto que pôde ser evidenciado neste estudo é o papel comunitário que o grupo apresenta. O participante 9, quando questionado sobre sua participação no grupo, responde que começou e continua indo nele porque *“quase todo o pessoal são daqui e eu moro aqui pertinho, aí me convidaram né, aí fiquei no grupo e tô até hoje. [...] Às vezes conhece na rua também né e no grupo todos se conhecem também né, daí a pessoa fica amigo sempre um do outro... Na*

*rua diz adeus. [...] me sinto bem, converso com todo mundo tanto converso aqui (no grupo) e como converso nos outros lugares”.*

De acordo com Sacardo e Gonçalves (2007), a noção de território é fundamental para as ações de promoção de saúde, pois conhecê-lo é uma das condições para o planejamento das estratégias e políticas públicas de saúde. Para os referidos autores, o território não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada, mas se trata de um espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, pelas relações de pertencimento. O território seria então um espaço dinâmico, fluido, vivo, pulsante, mutante. Assim sendo, se torna fundamental conhecer o local, quem habita o território, as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades, enfim, como todo o emaranhado que compõe o território pode ser atendido em sua complexidade em direção à promoção de saúde.

Sobre esse aspecto, Guattari (1990) desenvolveu o conceito de territórios existenciais. Estes podem ser individuais ou de grupo e representam espaços e processos de circulação das subjetividades. São territórios que se configuram, desconfiguram e reconfiguram a partir das possibilidades e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. A concepção de territórios existenciais implica considerar as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, bem como a subjetividade dos trabalhadores de saúde – os que cuidam, pois tanto os profissionais de saúde quanto os usuários são atores sociais que estão em constante interação.

Esse conceito de território existencial, o qual é objeto por excelência da AB, diz respeito a um ambiente vivo, a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais, que não corresponde apenas a uma localização geográfica, um perfil populacional, mas que está para aquém e além disso. É um território que existe efetivamente em um espaço relacional, onde existem dinâmicas relacionais, no qual não se pode definir um sujeito isolado do outro, mas sim, considerando essa dimensão das relações estabelecidas entre as pessoas (GUATARRI, 1992; MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Nesse sentido, o grupo de saúde observado parece ser um território existencial para seus membros, pois ali circulam várias subjetividades, que por meio das interações realizadas se modificam, criando um espaço produtor de saúde e de reconhecimento. Esse território é comunitário, onde a maioria das pessoas se conhecem, o que fica exemplificado na fala do participante 9 *“porque aqui todo o pessoal todo são daqui né, cada um conhece os outros né. Às vezes conhece na rua também né e no grupo todos se conhecem também né, daí a pessoa fica amigo sempre um do outro... Na rua diz adeus”.*

A participante 5 também parece fazer menção a esse território existencial, de caráter comunitário que se materializa dentro do grupo de saúde.

*“O grupo tem agora essa função de unir a comunidade né? E sempre tem uma palestra, alguma coisa que vai acrescentar. [...] O que eu acho que é bem importante é quando tem as palestras, porque sempre tu vai tirar pontos positivos dali, né, pra tua vida, pro teu cuidado, pra tua saúde. Uma pelo momento de confraternização de convivência... Comunidade em si, porque o grupo é a comunidade. Então isso aí eu acho que é muito importante”.* (p5)

Essa participante verbaliza que o grupo tem a função de unir a comunidade em um espaço comum. Além disso, entende que ali os participantes vão sempre tirar pontos importantes para a sua vida, sua saúde e o seu cuidado. Ao dizer que o grupo é a comunidade, parece reforçar o caráter comunitário e relacional deste, pois ali também é ofertada a possibilidade de confraternização e convivência.

Barbosa (2009, p.88) conceitua comunidade dizendo que esta: “não é um lugar abstrato, mas é formada por diversos grupos inter-relacionados que constituem um tecido social vivo dinâmico e mutante”. Nesse sentido, o trabalho no contexto (comunitário) “implica atuar em grupos, compreendendo suas dinâmicas inseridas em um contexto sócio-histórico e cultural”.

Sobre esse aspecto, o grupo observado tem buscado inserir outras iniciativas que ocorrem no território entre as atividades ali propostas, valorizando as ações e personagens que compõem a comunidade. Em um dos encontros do grupo, foram convidados dois grupos de jovens da comunidade para se apresentarem, ambos vinculados a projetos sociais. Um deles era de meninas, que apresentaram um espetáculo de dança, e o outro era de meninos, que fizeram uma apresentação musical. Nesse dia, os participantes do grupo pareceram gostar bastante do encontro, pois além de apreciarem as apresentações, puderam cantar junto com a banda e interagir uns com os outros, em um momento de integração e descontração.

Também foram convidadas, crianças de uma turma de uma escola de educação infantil da região a se apresentarem em um dos encontros do grupo. As crianças tinham entre 4 e 5 anos e apresentaram músicas e coreografias com a temática de festa junina. Neste encontro, novamente os participantes do grupo pareceram gostar bastante da atividade e da interação com as crianças. Essa valorização da cultura local parece demonstrar que o grupo é um lugar democrático, onde os diversos movimentos e grupos da comunidade podem ter espaço, o que pode fortalecer um sentimento identificatório, e justificar a fala da participante ao dizer que o grupo é a comunidade.

Além disso, as agentes comunitárias parecem fazer movimentos no sentido de proporcionar aos usuários outras atividades, destinadas à população. A participante 6 assim declara: *“E eu também fazia aqui a ginástica. Aqui na capela eu fazia ginástica, que tem na segunda e na sexta-feira, que tem um grupo que faz aqui da comunidade. Que também pertence*

*ao posto, pois é a [nome de uma agente comunitária], as agentes de saúde que promovem, que chamam os usuários, junto com o grupo dos hipertensos e diabéticos”.* Esse grupo de ginástica é aberto e conta com a participação de alguns participantes do grupo de saúde observado, busca proporcionar um espaço de produção de saúde, com incentivo à atividade física.

As diretrizes da AB e da ESF tiveram como um de seus principais objetivos romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. Em suas proposições, colocam que os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde, através de ações interdisciplinares (ALVES; AERTS, 2011).

Como se pode observar, os profissionais responsáveis por esse grupo parecem levar em consideração as necessidades da comunidade e ofertar várias alternativas e estratégias de cuidado. Os profissionais, além de levar em consideração as necessidades da comunidade, parecem também levar em consideração os desejos e demandas dos próprios participantes do grupo, pois as temáticas abordadas ali são sugestões dos usuários. Nos grupos em que a pesquisadora fez observações, pode-se perceber que no final de cada encontro a equipe pede aos usuários se eles têm alguma sugestão, ou algum tema que gostariam que fosse discutido nos próximos encontros. Dessa forma, as pautas eram construídas coletivamente entre os profissionais e os participantes do grupo.

Sobre esse aspecto, Camargo-Borges e Mishima (2009, p.38) explicam que esse tipo de estratégia democrática, co-construída, é importante no contexto da AB, pois:

ao se colocar numa relação mais horizontalizada com o grupo, implicando-o também no processo de escolha das atividades coletivas na Unidade, o profissional de saúde dá liberdade e legitimação para o grupo expressar suas preferências, tornando-o relacionalmente responsável nessa tarefa. Desta forma, vai criando neste grupo uma identidade que dá a ideia metafórica quase de um conselho comunitário deliberativo, com poder de voz e voto. Ao investir o grupo como um espaço para discussão e co-construção das atividades coletivas da Unidade, ativamente está se construindo um grupo com maior participação e vínculo, assim como uma equipe mais próxima da comunidade.

## **2) A importância dos agentes comunitários para a participação e permanência dos usuários no grupo**

Essa categoria será dividida em três subcategorias que irão falar a respeito do papel fundamental que a equipe tem na participação e na permanência dos usuários no grupo de promoção de saúde. Irá abordar como o cuidado em saúde se dá por meio de estabelecimento

do vínculo e das trocas afetivas, demonstrando que quando os usuários se sentem pertencentes, olhados e valorizados pela equipe a adesão ao grupo se torna mais efetiva.

## 2.1 A importância do convite

Outro achado bastante significativo dessa pesquisa diz respeito ao papel da equipe, em especial das agentes comunitárias de saúde, no despertar do desejo dos usuários em participar do grupo de saúde. As falas dos participantes parecem indicar que a equipe teria sido uma das principais responsáveis por fomentar esse interesse em grande parte dos entrevistados.

Podemos observar isso através da fala de vários participantes: *“Eu vim porque a [nome de uma agente comunitária] eu acho, é, foi a [nome da agente] que me trouxe, que ela viu que eu tava com problemas pra caminhar, e aí depois dividiram em partes, e aí a [nome de outra agente comunitária] que ficou minha agente daqui, aí eu continuei vindo”*. (p7) Outra participante diz: *“eu tenho a agente de saúde que é minha vizinha, a [nome da agente]. Ela vai na minha casa. Ela sempre me convida pra vir pro grupo. Aí eu comecei a vir”*. (p3)

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é considerada uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, sendo prioritária na consolidação e expansão da atenção básica à saúde no país. Cada equipe da ESF deve ser constituída minimamente por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, devendo ser responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de um território adstrito (BRASIL, 2017).

É função de toda a equipe de Saúde da Família, especialmente do Agente Comunitário de Saúde trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida pela microárea, cadastrar todas as pessoas desta e manter os cadastros atualizados. Ademais, também é função deste profissional desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades, através da orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na comunidade (BRASIL 2011; BRASIL, 2017). Nesse sentido, de acordo com a OMS (2010), os ACS são trabalhadores de base comunitária que ajudam os indivíduos e grupos das comunidades a acessar serviços de saúde e serviços sociais, pois são considerados o elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Dessa forma, o ACS é um importante instrumento na formação de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, com importante potencial para facilitar o acesso aos serviços ofertados na ABS, a partir de uma teia complexa de relações e interações. O requisito de ser morador da área de abrangência de que é responsável possibilita um contato próximo e permanente com as famílias, o que facilita a reorganização dos serviços de saúde, o trabalho de vigilância e promoção da saúde, fazendo com que este profissional se configure como um potente mediador das inúmeras demandas de saúde da população por ele atendida (GALAVOTE et al., 2011; LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014).

Assim sendo, parece que as agentes comunitárias dessa unidade têm conseguido efetivar o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, facilitando o acesso aos serviços ali oferecidos. Vários entrevistados referem que ficaram sabendo sobre a existência do grupo através dessas profissionais, as quais, através de visitas domiciliares e cadastramento desses usuários, fizeram o convite e a orientação para a participação dessa modalidade (grupal) de atendimento. Isso pode ser evidenciado pela fala da participante 6:

*“Acho que faz quase três anos que eu venho no grupo, porque a [agente comunitária] me convidou logo em seguida. Ela foi fazer meu prontuário logo que eu vim morar. Eu disse pra ela que eu era hipertensa e diabética, e ela me convidou pra mim vim fazer parte do grupo, aí eu vim praticamente em todos. O que eu não vim mesmo foi no dia das mães. Eu tava muito ruim, ruim, ruim mesmo. Fiquei muito sentida de não poder vir. O pessoal me disse, ah, tava muito bom”. Esta participante continua reforçando que sua participação no grupo teria tido influência da equipe de saúde da unidade, da forma como eles realizam o cuidado. Conta que veio ao grupo: “por causa da [nome da agente] agente de saúde, e daí eu sempre vim participando, que nem eu te disse... eu dentro do posto assim eu sempre procuro ser bem participativa, porque assim, eu vim da [nome de outro bairro na cidade], e tinha um posto totalmente desestruturado. Não assim do posto, mas pelas pessoas, agente de saúde, enfermeira, médico... sabe que uma coisa assim, aí eu cheguei aqui eu me encantei pelo trabalho das agentes de saúde, da [nome enfermeira] a enfermeira, do doutor [nome do médico], do trabalho que as agentes de saúde fazem aqui pelo grupo do hipertenso e diabético...”. (p6)*

A participante 2 também relata apreço pela participação no grupo: *“Eu venho pra participar porque eu gosto. Pra ver as pessoas. E também nem tanto porque eu gosto, pra participar. Eu venho porque me convidaram, e eu disse que vinha né. E aí eu penso, a pessoa vai lá em casa me convidar pra vim, olha, tal dia, deixa papelzinho pra mim botar na geladeira, e daí eu digo, mas eu vou ter, tenho que ir sabe, como é que uma pessoa vai me convidar e eu*

*não vou. E aí eu venho né. Por isso também que eu venho... Sempre me convidam, me deixam um papelzinho escrito...".* Nessas falas fica evidente o quanto para as participantes o investimento e o cuidado da equipe para com os usuários têm sido importantes, bem como a importância e centralidade que estes possuem para o serviço. Mesmo gostando de participar do grupo, a participante 2 refere que para ela o que mais conta é o empenho da agente em ir até a sua casa fazer o convite, deixar papelzinho para ela colocar na geladeira, isto é, demonstra sentir-se lembrada, valorizada e pertencente.

O participante 9 também parece atribuir sua participação no grupo à equipe: *“o médico mesmo né, e as gurias ali que trabalham ali... Aí acompanhei né, vim a primeira vez e segui sempre. E cada vez que tem grupo a [nome de uma agente comunitária] me avisa né, tal dia tem”*.

Praticamente todos os usuários relatam que chegaram até o grupo por meio de um convite, seja ele feito pelas agentes comunitárias de saúde (grande maioria), ou pelos outros profissionais da equipe. Pode-se inferir, portanto, que a equipe desempenha papel fundamental na divulgação e mobilização dos usuários para participação no grupo. Parece que esses profissionais, além de comentarem e sugerirem a participação do usuário no grupo, também mantêm uma atitude de interesse e investimento, mesmo quando a adesão ao mesmo não se dá de imediato. A participante 6 relata: *“agora mesmo os meus vizinhos ali, o seu [nome] e a dona [nome] eles relutaram muito. Ela tem 81 anos e ele 83 anos. E esse ano a [nome de uma agente comunitária] conseguiu que eles fizessem fisioterapia... Agora a [nome da agente] também conseguiu levar eles no café”*. O café diz respeito a uma atividade realizada pelo grupo de saúde, onde os participantes foram confraternizar em um café colonial, numa localidade próxima. Essa atividade foi realizada no encontro do grupo de saúde do mês de junho, sendo esse evento bastante comentado no encontro subsequente.

De acordo com a PNAB (2017, p. 73), uma das atribuições do ACS consiste em “informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados”. Nesse sentido, para além disso, a partir do que foi trazido pelas participantes, as agentes comunitárias parecem ter um compromisso com os usuários, no sentido de sempre lembrá-los dos encontros do grupo, bem como das demais atividades desenvolvidas na unidade/comunidade que possam ser de interesse para cada um deles.

Dessa forma, parece que o incentivo à participação no grupo e em outras atividades realizadas é um trabalho permanente, que tem gerado frutos, pois o grupo está consolidado há 20 anos. A fala da participante 4 exemplifica isso: *“...ela (nome de uma agente de saúde) sempre passa lá em casa uma vez por mês... ela passa lá em casa uma vez por mês lá em casa porque*

*ela sabe né. Às vezes ela nem vai em umas casas lá perto de casa, mas lá em casa ela não deixa de ir; porque sempre ela vai lá pra lembrar uma coisa ou outra, mas temo sempre se comunicando. O que tá se passando no posto, uma viagem, uma coisa ou outra ela tá sempre indo lá pra lembrar. [...] Quando tem uma novidade, qualquer coisa ela vai lá, me fala tudo, a gente comenta, mas é assim. Ela sabe que eu tô por dentro de tudo, que eu venho aqui né (grupo), que eu acompanho tudo... porque tem coisa que eu preciso saber né, uma reunião, uma coisa ou outra, ela sempre vai lá e me avisa”. (p4) Da mesma forma, os participante 5 e 9 também falam a respeito do empenho das agentes em avisar sobre o grupo e atividades: “A [nome de uma agente] me avisou que é semana que vem né”. (p5) “...e depois, algum dia, não, às vezes muda né, era na parte da manhã né. Às vezes muda, aí a [nome da agente] vai lá em casa me avisa olha, vai ser tal dia mas na parte da tarde. Quando muda de novo pra parte da manhã ela avisa, porque ela se dá muito comigo mora bem pertinho de mim né”. (p9)*

Percebe-se que os participantes, quando falam sobre serem avisados, lembrados de atividades pelas agentes parecem se sentir valorizados e próximos das mesmas, tanto no sentido concreto por morarem próximos, quanto a nível afetivo, como fica evidenciado na fala do p9, quando diz que “*ela se dá muito bem comigo*”.

A valorização da relação entre a comunidade e os ACS se constrói a partir do reconhecimento da relação de amizade e da proximidade entre eles. Essa proximidade favorece a realização de ações que considerem os usuários como seres humanos inseridos em um contexto sociocultural e como co-construtores do sistema de saúde a partir de uma relação mais horizontal (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Além disso, pode-se pensar, também, que esse cuidado, dado de forma integral e humanizada, considerando os usuários em sua singularidade, tenha favorecido que os usuários também se sintam pertencentes e comprometidos com o grupo, contribuindo para o aumento da credibilidade dessa equipe perante seus usuários. Isso porque um atendimento humanizado costuma despertar no usuário um sentimento que ele é importante para o profissional de saúde, o que aumenta a confiança e conseqüentemente o vínculo entre eles (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Assim sendo, parece ficar evidente a importância dessa equipe, especialmente das agentes comunitárias, na mobilização dos usuários para a participação e permanência no grupo de promoção de saúde. A participante 7 parece conseguir exprimir essa importância ao dizer: “... então acredito, quando elas querem elas conseguem, entendeu, e elas têm poder; eu conheço esse pessoal desde que eu vim pra cá, eu sei que elas têm poder [...] Então eu acho que a chave toda tá na mão delas, Por quê? Porque elas vão de casa em casa, elas conhecem pessoa por



*peessoa, tu entendeu, então assim se houver, como é que se diz uma, uma ajuda delas, eu acho que a coisa funciona”.*

## 2.2 Cuidado como prática: o trabalho vivo em ato

Durante a realização das entrevistas e das observações, percebem-se características muito importantes da equipe, tais como o cuidado, o afeto e a dedicação colocados em todos os momentos e atividades realizadas. Pode-se constatar, pelo relato da participante 3, a atenção com que as profissionais que organizam o grupo tratam os participantes: *“olha, o que mais me chama atenção assim é a atenção que essas gurias que organizam o grupo dão pras pessoas, elas dão uma atenção pras pessoas do grupo, essas agente de saúde”.* Da mesma forma, a participante 2 reconhece o cuidado da equipe em diversas situações, o que é possível perceber através deste depoimento: *“eu acho assim, sempre digo pros meus filho, e pro meu esposo, eu vejo no pessoal amor, carinho”.[...] “Eu vejo as pessoas que já tão com idade, com dificuldade, tudo né. E as gurias vão lá na porta, vem com o braço um em cima do outro, acho que isso me marca bastante. Acho muito bonito. Muito bonito o carinho, o abraço”.* (p2)

Assim, as participantes 2 e 3, corroborando a fala de outros participantes, também relataram sobre sua percepção da equipe como cuidadosa e afetiva com os participantes do grupo.

No campo da saúde, o cuidado é um conceito ampliado, que perpassa em algum grau todas as políticas públicas e abrange práticas de saúde diversas. Entretanto, para que essas práticas tenham como produto final o cuidado, faz-se necessário que, no interior dos serviços, o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, a resolubilidade, e a integralidade estejam sendo realizadas cotidianamente e permanentemente (FERRY et al., 2007).

Diversos autores afirmam que, em relação aos modos de produção de cuidado nos serviços de saúde, é preciso (re)construir algumas práticas predominantes, embasadas no modelo biomédico, a fim de que a finalidade do processo de trabalho nesse contexto seja a produção de um cuidado mais humanizado e relacional (MERHY, 2002; NASCIMENTO; MISHIMA, 2004; PESSINI, 2000).

Dessa forma, tanto Boff (1999) quanto Pessini (2000) definem o cuidado como uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento para com o outro. Boff (1999, p.33) refere que “O que se opõe ao descuido e ao descaso, é o cuidado”, e este é “uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Já Pessini (2000, p.236) afirma que “cuidar, mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante”. Assim, percebe-se que neste grupo, o cuidar tem um espaço importante dentro das práticas realizadas pelas profissionais, especialmente pelas agentes de saúde, o que parece facilitar o vínculo e uma relação de reciprocidade.

Lopes et.al. (2015) também corroboram essa conceituação de cuidado, quando explicam que alguns elementos desse cuidado, como reciprocidade, afetividade, atitude acolhedora e respeito com o outro aparecem como incentivadores da relação usuário-profissional. Sobre esse aspecto, a natureza das relações de reciprocidade entre usuários, que têm necessidades de saúde, e trabalhadores, que reconhecem essas necessidades, é a da produção de um processo onde há acolhimento do outro, compreensão e significação de suas singularidades bem como oferta de saberes em saúde que possibilitem ao profissional intervenções continuadas de vínculo, produção de autonomia e co-responsabilização pelo resultado destas intervenções. Isso porque quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, sendo este processo recíproco, vivenciado também por quem é acolhido (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Assim, pode-se pensar que as relações estabelecidas entre os participantes do grupo e os profissionais sejam relações de troca e reciprocidade. Os profissionais, na perspectiva dos usuários entrevistados, demonstram fazer o que está ao seu alcance, oferecendo um atendimento humanizado, e os usuários parecem retribuir esse cuidado, participando das atividades propostas pela equipe e tendo nela a referência para suas questões de saúde, fazendo até movimentos em sua defesa.

Franco (2006) afirma que o trabalho em saúde se dá a partir dos encontros entre trabalhadores e desses com os usuários. Esses encontros se caracterizam por serem fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e permanentes entre os sujeitos, que formam uma intrincada rede de relações. Assim sendo,

a realidade dentro de uma Unidade ou equipe de saúde, nos processos de trabalho, se produz por fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes que interagem entre si, não apenas no contato físico e comunicacional, mas em grande medida através de fluxos-conectivos que se dão também em nível simbólico, e vão operando os processos produtivos, que se estruturam em um dado tipo de organização de redes, que têm como centro nervoso o Trabalho Vivo em Ato, sendo esse o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vai acontecendo (FRANCO; MERHY, 2007, p. 10).

Dessa forma, Mehry (2003), ao descrever a produção do cuidado, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de 'tecnologias duras' as que estão escritas nas máquinas e nos instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas a

*priori* para a produção de certos produtos; de 'leve-duras' as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes, dependendo da forma como cada profissional trabalha e cuida do usuário; e 'tecnologias leves', que dizem respeito às relações produzidas no encontro entre usuário-trabalhador, as quais se materializam, especialmente por intermédio de um trabalho vivo em ato, nos momentos de fala, escutas, momentos de cumplicidade, acolhimento, resolutividade, entre outros. Esses momentos de encontro são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprio do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao seu modo de ser e agir, à sua subjetividade.

Ainda segundo Merhy (1998), as tecnologias duras, leve-duras e leves são tecnologias interdependentes e presentes na produção do trabalho em Saúde. Isso se dá porque a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às diferentes tecnologias, quanto a utilização dos diversos saberes que cada profissional de saúde detém. Esses diversos saberes se articulam em um emaranhado, que quando se relacionam com os usuários, produzem o cuidado em saúde.

Dessa forma, nos serviços de saúde, o que se busca é potencializar o trabalho cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o usuário no momento da assistência, ou “no espaço intercessor” (espaço do encontro entre o usuário e o profissional), realiza o trabalho vivo em ato (MALTA, MERHY, 2003). Nessa perspectiva, como uma das alternativas capazes de combater a reprodução de velhas práticas inócuas no campo da saúde, a reestruturação dos processos de trabalho, com a potencialização do “trabalho vivo em ato”, surge como fonte de energia criativa e criadora de uma nova configuração na assistência à saúde (FERNANDES, 2014).

Os participantes do estudo trouxeram relatos de como esses encontros parecem se fazer presentes em seu cotidiano de saúde, na medida em que reconhecem serem investidos de afeto e comprometimento por parte da equipe. Nesse sentido, pode-se perceber, a partir dos relatos dos participantes, a utilização de tecnologias consideradas ‘leve’ por parte da equipe, potencializando os momentos de encontro com o usuário, especialmente no grupo de saúde, como momentos produtores de vida, cuidado e vínculos.

Nesse sentido, cabe trazer o depoimento da participante 2: “ *E eu vejo as guria né. Enfeitam o salão... dá trabalho soprar balão, arrumar tudo pra nós. Ninguém dá um pila pra isso, é o amor da própria enfermagem né, e isso me marca bastante quando chego aqui e olho. De primeiro era tudo tão atirado. Pintaram, arrumaram a paróquia e tudo. Mas as guria vem mais cedo, e arrumam... aquela mesa, não sei se tu noto, aquelas rosas vermelhas, aquilo tudo*”

*custa dinheiro, custa trabalho pra fazer...*” (p2) A fala dessa participante, quando se refere às gurias, remete às agentes comunitárias de saúde, que coordenam o grupo desde sua criação há cerca de 20 anos. São elas que preparam o cenário e se responsabilizam desde o convite, a recepção, a organização e a execução das atividades do grupo. O restante da equipe também participa das atividades, porém as figuras de referência - coordenadores - são as agentes.

Durante as observações, a pesquisadora pode constatar que essas profissionais ajudam a “dar vida ao grupo”. Elas parecem efetivar dentro desse espaço de encontro e convivência o trabalho vivo em ato, que foi descrito anteriormente.

Cabe lembrar que primeira observação ocorreu no mês de março de 2017. O grupo estava realizando uma comemoração de aniversário, relativa aos 20 anos de existência do grupo. Nessa ocasião, além de ser confeccionada uma decoração festiva no local, foram realizadas homenagens e retomadas diversas lembranças marcantes e significativas da história do grupo, constituindo-se, este, em um momento de celebração. A equipe organizou um lanche saudável com salada de frutas e chá, para substituir o tradicional bolo de aniversário. Além disso, alguns participantes também trouxeram alguns comes e bebes para a confraternização, sendo a pesquisadora, nesse dia, apresentada ao grupo.

O horário de início do grupo é por volta das 14 horas, porém, como era a primeira observação, a pesquisadora chegou com antecedência. Neste dia e em todos os outros em que foram realizadas as observações, a equipe de agentes comunitárias já estava no salão muito antes do horário previsto para o início da atividade grupal, limpando, organizando e decorando o mesmo, bem como preparando o chá, as pipocas e lanches, que eram servidos durante os encontros. Quando a participante 2 fala: “*aquilo custa dinheiro, custa trabalho*”, de fato, realizar essas pequenas coisas, denota um investimento dessa equipe no grupo, que vai para além do valor material, dos gastos concretos, mas diz respeito a um valor simbólico, que ali está materializado. Durante as observações, em diversas ocasiões, a pesquisadora pode presenciar todo o investimento que essa equipe coloca no grupo, como, por exemplo, no encontro de julho, quando a equipe fez a decoração com bandeirinhas, com um bolo temático decorativo feito de pipoca, trazendo cartões temáticos juninos para a realização de um bingo, cujos prêmios eram a realização de visitas domiciliares de toda a equipe multiprofissional. Nessa ocasião, a pesquisadora pode observar a movimentação das agentes para que tudo ficasse bonito e bem feito. Elas foram buscar na venda mais próxima alguns ingredientes que faltaram, como cravo e saquinhos de pipoca, pagando com recursos próprios o material e ingredientes utilizados tanto neste, quanto nos demais encontros. Esse investimento da equipe parece ser reconhecido pela participante 2, que traz também outras falas que o exemplifica: “*sempre*

*quando eu saio daqui (grupo) eu fico pensando no que falaram, no que fizeram, sempre penso: que bonito, gostei. Aquele dia que nós viemos e as criança dançando, a música também. Aquilo me deixou muito, achei muito bonito, contei em casa. E outras vez que a gente vem, se reúne, cada um traz um pratinho, me marca muito e eu acho muito bonito, é ver as gurias da enfermagem e da saúde vinham nas cadeira alcançar as coisas pras pessoas, e eu acho muito bonito, porque eu acho que assim elas querem bem a gente, porque senão não iam tá se dedicando”. (p2)*

A participante 2 evidencia, através de sua fala, o cunho afetivo da relação estabelecida entre os usuários e os profissionais. Parece que ao reconhecer o investimento da equipe ela se sente também reconhecida por esta, pois se a equipe não valorizasse e quisesse bem os usuários, não teria o porquê de se dedicar. Essa dedicação também foi observada em diversos outros momentos. Um deles foi quando a enfermeira da unidade distribuiu para os participantes do grupo corujinhas personalizadas, como marcadores de livro, que ela mesma confeccionou. Essa parece ser mais uma demonstração de que, tal como referiram os participantes nas entrevistas, e pode ser observado pela pesquisadora, o investimento da equipe nos usuários se evidencia em diversas ocasiões e se dá por meio de uma relação permeada por afetos, nos momentos de encontro entre eles.

Os participantes do grupo reconhecem o empenho da equipe, o qual se traduz, mais uma vez, na fala do participante 10, que diz: *“Mas são essas coisas, essas pequenas coisas que no momento assim se tornam grande”*. Seriam essas as ações que constituiriam o trabalho vivo em ato (MALTA; MERHY, 2003).

### 2.3 Investimento nas trocas: marcas que ficam

Como foi referido, o grupo parece ter se constituído em um espaço de pertencimento e reconhecimento para seus participantes. A equipe tem realizado diversas ações para valorizar a participação de seus membros. Pode-se perceber a emoção com que os participantes relatam algumas situações em que foram reconhecidos pela equipe: *“Eu até tirei foto com a [nome da enfermeira]. Sem ser, acho que agora no final de ano, acho que tá lá pelo posto, tá pra lá a foto minha com ela. Porque eu fui a mais antiga, que tava participando ainda aqui. Eu ganhei um vaso assim com uma violeta muito bonita. Me deram sabe, entregaram. [...] eu nunca pensei que iam me chamar aqui na frente, e dizer que eu era assim a pessoa bem mais antiga que participava né... daí fui eu e outro senhor. Eu acho até que tá com a [nome da enfermeira] a foto. Porque no fim eu não fiquei. Era pra ter ficado, ter pedido pra ela, mas não... ela deve de*

*ter. Daí tiremo foto tudo, que era os mais antigo né, daí eu me senti realizada. Uma violeta toda florida, toda enfeitada, a coisa mais linda... Eu tenho até hoje minha planta lá em casa. E eu cuido bastante dela, porque é uma lembrança pra mim... coisa que eu não esperava. Ganhei ela de tantos anos participando aqui. Eu fiquei muito contente... é... eu continuo”. (p4)*

A fala desta participante traduz em palavras a felicidade que ela sentiu ao ser reconhecida, ao ter tirado uma fotografia com a enfermeira.

Os registros fotográficos são uma característica marcante deste grupo. Em vários encontros foram tiradas fotos com os convidados, com a equipe e com os próprios participantes, todos juntos. No dia das mães, foi feito um mural em formato de coração na entrada do salão, no qual foram fixadas fotos das mães com seus filhos. O mural era para todos os integrantes do grupo, assim, tanto as mães participantes, quanto as profissionais que eram mães puderam colocar suas fotos ali. Além disso, em outro encontro, a equipe também confeccionou e apresentou ao grupo um mural feito com as fotos tiradas no passeio do café colonial (já descrito anteriormente) que foi a atividade realizada pelo grupo no mês de junho. Nesse dia, as pessoas iam até o mural, buscavam fotos onde apareciam, conversavam sobre o passeio, sendo esse mais um momento importante de troca. A equipe, nessa ocasião, informou aos participantes do grupo de que todas as atividades realizadas, principalmente os passeios e viagens, teriam registros fotográficos e que, caso algum dos usuários quisesse acesso, era só procurar a equipe.

Sobre o uso de fotografias, Cavalcante e Freitas (2007) também se utilizavam deste dispositivo em trabalho realizado com um grupo na atenção básica. Registravam em fotografia os encontros e atividades desenvolvidas pelos participantes, sendo essas imagens expostas posteriormente na unidade. Para eles, isso permite tornar pública a atividade do grupo para a comunidade, dando assim maior visibilidade e possibilidade de reconhecimento desse espaço pela população.

Além disso, ainda sobre a participação no grupo, a participante 4 conta que foi chamada até a frente, juntamente com outro colega que também era antigo no grupo. Seu colega, que também participou da pesquisa e lembra dessa ocasião relata: *“até elogiam eu muito aí, por tanto tempo né, tantos anos. Entrei quando iniciou e até agora tô aí... Pesquisadora: e como o senhor se sentiu quando te elogiaram? Participante: me senti bem até né. Um dia tava aqui no grupo e me mostraram, fulano e fulano tavam quando iniciou o grupo, quem a gente era, me senti bem, né”. (p9) Diz ainda: “por exemplo eu venho aqui seguido [...] desde que iniciou. Falto só quando não pode mesmo pra não ir, me dou bem com todas elas as gurias, e os homens também que vem me sinto bem”.*

Outra participante também conta que é bastante antiga e foi convidada pela equipe a compartilhar com os colegas algo de sua vivência naquele contexto. Relata: *“Ainda quando eu vim as gurias disseram assim, como eu sou bem antiga aqui, se eu tinha alguma coisa pra dizer. Daí eu disse que a gente aqui não é mais pobre, a gente aqui somos pessoas ricas”*. (p2) Essa participante, ao ser convidada a falar, parece sentir-se autorizada a dar sua opinião. Ao perguntar para essa participante se ela tinha algo a dizer, a equipe autoriza que ela possa dar a sua colaboração, compartilhando o seu saber. Parece que, ao valorizar o usuário, essa equipe está efetivando um dos princípios do SUS que é a participação popular, valorizando o saber popular, adquirido ao longo da vida, das experiências vividas por cada usuário. Sobre esse aspecto, Soares (2005) afirma que a experiência de compartilhar, de ouvir e ser ouvido favorece mecanismos de identificação e empatia, especialmente quando se trata de grupos.

Neste grupo, em especial, o compartilhar é uma constante, com o incentivo para a participação de todos. A equipe, ao dar um lugar de fala para os participantes, autoriza os demais a também fazê-lo, numa espécie de “espelhamento”. Nesse sentido, a participante 6 assim declara: *“eu me vejo assim eu me vejo uma pessoa participativa, colaborativa assim como te disse, porque eu mesmo já perguntei pra [nome de uma agente de saúde]. Eu disse: [nome da agente] como eu sou no grupo? Ela me disse: olha [nome da participante 6], tu é uma pessoa boa no grupo. Tu é uma pessoa participativa, tu interage, tem gente que começou no grupo que não falava, não perguntava, teve pessoas que começaram a perguntar mais nos grupo, tanto no nosso, como no da fisioterapia porque tu pergunta mais, talvez porque tu tem um pouquinho mais de conhecimento da área, então tu espicula um pouco mais, então as pessoas fazem outra pergunta, em cima da resposta da tua, porque aí elas buscam mais um interesse”*. Assim, esse trecho da fala da participante, em que ela conta a respeito de uma conversa que teve com uma agente comunitária, parece evidenciar que a sua participação pode ter motivado outros colegas do grupo a participarem também.

Da mesma forma, pode-se observar que a equipe também incentiva que os participantes falem o que pensam, considerando, assim, que eles têm o quê dizer, que sua voz tem valor. Não é ao acaso que a participante 2, quando tem oportunidade, diz que ali no grupo *eles não eram mais pobres, eles eram ricos*. A fala nos faz pensar no valor simbólico que o grupo tem, um valor de pertencimento, de reconhecimento dos usuários pela equipe e da equipe pelos usuários, num processo de valorização e respeito mútuo. Trata-se de uma riqueza simbólica da experiência, de natureza afetiva, relacional e de base comunitária.

O valor do conhecimento fica evidente, mais uma vez, na fala de outro entrevistado que, ao contrário da maioria dos outros participantes, é o mais novo no grupo. Ele diz: *“e ela*

*comentou aquilo dali né. E direcionou a minha pessoa né... Então aquele dia, eu estava sentado deste lado e ela tava aqui, e ela disse, ah, e o seu [nome do participante 10] também tá participando e papapa. Então isso aí me chama a atenção, isso aí me deixa com bastante orgulho de poder... as pessoas reconhecem né. [...] As pessoas têm aquele conhecimento, aquela maneira de pensar, de agir, de traduzir o que sente. Então eu fiquei bem feliz com a dona ali, fiquei bem feliz com ela, por ela se lembrar né. Então eu acho que o grupo é isso aí. Ele nos traz boas recordações. Apesar de fazer pouco tempo que eu tô aqui no grupo, mas sempre que a gente sabe uma coisa ou outra do grupo, a gente tá sempre interagindo com as gurias, tipo a [nome de uma agente], o pessoal ali do PSF, então pra gente faz parte e é importante participar”.* (p10) O participante 10, em sua fala, diz que o grupo traz boas recordações, mesmo com pouco tempo de participação. Da mesma forma, a participante 2 diz que se sentiu realizada ao receber a flor e que a flor toda florida, enfeitada, para ela é uma lembrança, que ela cuida com muito amor. A participante, ao cuidar da flor, parece, também em um sentido simbólico, estar retribuindo o cuidado que sente da equipe, do grupo. Não é só a flor que está toda enfeitada, é o salão que é decorado, são as agentes comunitárias que além de fazer a decoração do espaço, no grupo “junino” vieram vestidas a “caráter”, é o investimento afetivo que circula naquele espaço.

#### Considerações finais

O presente artigo se propôs a discutir a importância da equipe para a efetivação do cuidado na atenção básica, especialmente na seara das práticas grupais. Pode-se perceber que os profissionais de saúde, especialmente as gentes comunitárias, têm uma grande importância, tanto na entrada, quanto na permanência dos usuários no grupo de promoção de saúde observado. Parece que os profissionais dessa equipe buscam aproximação e estreitamento dos vínculos com os usuários, por meio de uma relação mais horizontalizada, que valoriza os usuários e os coloca como co-construtores do próprio grupo e de seus processos de cuidado.

As práticas dos profissionais que coordenam esse grupo parecem estar afinadas com os preceitos da saúde pública, da atenção básica e do conceito ampliado de saúde. Este grupo é um território existencial, onde circulam várias subjetividades que, ao interagirem, modificam-se e se (re)constróem. O grupo apresenta um caráter comunitário e parece dar subsídios para a comprovação de que a ‘tecnologia leve’ de cuidado pode ser revolucionária.

Desse modo, sobretudo em tempos nos quais se vive uma crise de valores que assola vários segmentos da sociedade, aproximar-se de uma experiência tão marcada por relações construídas no cuidado é, sem dúvida, reconhecer essa experiência como um ato de resistência



que deve ganhar visibilidade, evidenciando que sim, é possível fazer políticas públicas, como preconiza a legislação.

A aproximação com o grupo pesquisado levou à constatação de que é possível construir práticas grupais e coletivas no campo da saúde, em especial na atenção básica, locus do estudo, ancoradas numa concepção ampliada de cuidado, sendo essa uma das principais contribuições deste trabalho.

Reconhecer essa possibilidade é ampliar o olhar para que outras tantas experiências possam se constituir, pois se espera, através do compartilhamento deste estudo, fomentar práticas pautadas na construção coletiva e cuidadosa, com valor para as relações e o acolhimento.

As limitações do estudo estão no fato de este estar circunscrito a um universo, apesar de a pesquisa qualitativa que pautou o desenho metodológico do estudo justificar essa decisão. Sugere-se, dessa forma, a realização de outros estudos em outros contextos, considerando que a realidade brasileira é ampla e plural, de forma que outras realidades e práticas possam ser conhecidas.

## Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ.* v. 9, p. 39-52, 2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 319-325, 2011.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, CR.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

BARBOSA, M. I. S. Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 8, n. 1, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 18055-18059, 1990a.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde (BR), Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 29-41, 2009.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. *Saúde paidéia*, São Paulo: HUCITEC; p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAVALCANTE, P. M. T.; FREITAS M. C. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Pacatuba – CE. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 92-99, jan./abr.2007.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 315-328, 2009.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica* [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

FALKEMBACH, E. M. F. *Diário de Campo: um instrumento de reflexão. Contexto e Educação*. Universidade de Ijuí, v. 2, n. 7, julho /set, p. 19-24, 1987.

FAVORETO, C. A. O. *Saúde da família: do discurso e das práticas*. 2002, 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FERNANDES, W. R. Gestão do trabalho em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 115-123, 2014.

FERREIRA, V. R. T.; MOUSQUER, D. N. Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da UNC*, v. 1.2, n. 1, p. 54-61, 2004.

FERREIRA, T. H.; SAMPAIO, C. C. Pedagogia hospitalar: uma observação não-participante em classe seriada do hospital Santo Antônio. In: Reunião Anual da SBPC, 57<sup>a</sup>. *Anais - Fortaleza, CE - 2005*.

FERRI, S. M. N. et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FRANCO, T. F. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: LAPPIS, CEPESC – IMS/UERJ, Abrasco; p. 459-473, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

GALAVOTE, H. S. et al. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitoria (ES, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GIOVANELLA, L. *Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro, CEBES, 2002.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. 13. ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.

GUATTARI, F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013 .

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: está é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 222, n. 2, p. 201-210, 2006.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 4,594-601, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. *Técnicas de Pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas. Cap. 3, p. 87-92, 2002.

LANZONI, G. M. M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev. Rene*. v. 15, n. 1, 2014.

LOCH-NECKEL, G. et al, Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1463-1472, 2009.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan-mar, 2015.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 919-930, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Rev. Mineira Enferm.*, v.7, n.1, p.61-6, 2003.

MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou. *Rev Bras Saúde Família*, v. 5, n. 7, p. 30-41, 2004.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R., organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998.

MERHY, E. E. *Saúde: Cartografia do Trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson E. et al. (Orgs.) *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, p. 15-36, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, S. M. Enfermagem e o cuidar - construindo uma prática de relações. *J.Assoc. Bras. Enferm.*, v.46, n.2, p.12-5, 2004.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.

OLIVEIRA, T. K. *Revisão integrativa sobre violência no trabalho contra os profissionais de saúde da atenção básica*. Trabalho De Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

OLIVEIRA, L. A. et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, abr-jun, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review. Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Pakistan; 2010.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Ministério da Saúde. *Caderno Humaniza SUS*, v. 1, p. 63-71, 2010.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. *O Mundo da saúde*, v. 24, n. 4, p.235-6, 2000.

PINHEIRO, L. M. H. A importância da Psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2005.

RIBEIRO, E. M. *Concreticidade do vínculo do/no Programa da Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiros em uma realidade de implantação do Programa [tese]*. Santa Catarina: Centro de Ciências, Universidade de Santa Catarina; 2005. 287f.

SACARDO, D.P.S.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org.) *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, p. 111-129, 2007.

SOARES, T. C. "A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicol. ciênc. prof.* [online], v. 25, n.4, p.590-601, 2005.

TEIXEIRA, C. et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 16, n. 4, 2014.

TURATO, E. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

## 5. ARTIGO 2

### SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À UM GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: O PONTO DE VISTA DE USUÁRIOS PARTICIPANTES

#### Resumo

O presente artigo buscou conhecer e compreender a história e os significados atribuídos à participação em um grupo de promoção de saúde (GPS) por seus integrantes. Esse tipo de grupo compreende uma intervenção coletiva e interdisciplinar, que está a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida de seus participantes. Para isso, realizou um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas com 10 participantes do grupo e observações de quatro encontros do respectivo grupo. Os dados foram triangulados e analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram que o GPS passou por algumas transformações ao longo de sua trajetória de 20 anos, apresentando uma pluralidade de atividades desenvolvidas. Além disso, o grupo parece incitar em seus participantes o desejo de continuar vindo no mesmo, tendo entre os significados atribuídos ao grupo a integração e interação se destacado por terem sido fortemente enfatizadas pelos participantes. Para eles, participar do grupo significa interagir com outras pessoas, fazer amizades, ter momentos de lazer, conviver com pessoas diferentes, e aprender com elas. Dessa forma, o caráter educativo também se mostrou significativo, uma vez que os participantes relataram que sempre saiam do grupo com algo a mais, com mais conhecimento e informações, sentindo-se dessa forma mais fortes e empoderados. O grupo de promoção de saúde, evidencia assim, que as práticas grupais quando construídas coletivamente, por meio de trocas afetivas, e valorização do outro, podem ser inclusivas e proporcionar um espaço legítimo de fala, de produção de sentidos, vida, saúde e subjetividade.

**Palavras-chaves:** Saúde; Promoção da saúde; Assistência à saúde; Grupos.

## MEANINGS ATTRIBUTED TO A HEALTH PROMOTION GROUP: THE POINT OF VIEW OF PARTICIPATING HEALTHCARE USERS

### Abstract

This article sought to comprehend the history and meanings attributed to the participation in a health promotion group (HPG) by its members. This type of group comprises a collective and interdisciplinary intervention, which works for the autonomy and the continuing development of health levels and the living conditions of its participants. Therefore a qualitative study was carried out, through the usage of semi-structured interviews with 10 participants of the group and observations of four meetings of such group. Data were triangulated and analyzed through thematic content analysis. The results showed that the HPG passed through some transformations along its 20 year trajectory, presenting a plurality of activities. In addition, the group seems to provoke in its participants the desire to continue coming to the meeting, presenting among the meanings attributed to the group the integration and interaction highlighted since they were strongly emphasized by the participants. For these healthcare users, participating in the group means interacting with other people, making friends, having leisure time, socializing with different people, and learning from them. In this way, the educational character was also significant, since the participants reported that they always leave the group with something more, with more knowledge and information, feeling stronger and empowered. The health promotion group, therefore, shows that group practices, when built collectively, through affective exchanges and valorization of the others, might be inclusive and provide a legit space of speech, meaning production, life, health and subjectivity.

**Keywords:** Health; Health promotion; Healthcare; Group.



## Introdução

O ser humano é gregário e só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sua essência consiste no fato de todo o indivíduo ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como, por exemplo, a de ser reconhecido pelos outros, com os quais ele é compelido a conviver (ZIMERMAN, 1997). Assim sendo, ao se considerar o homem como um ser que se humaniza a partir de suas relações sociais e das condições em que se encontra, nas atividades em grupo têm-se a oportunidade de construir um processo de mediação, que propicia o encontro do sujeito com a realidade, com outros e consigo mesmo (SCHLINDWEIN; SOARES, 2007).

Nesse sentido, o homem pode ser compreendido como um sujeito histórico, social e culturalmente situado, inserido em uma teia de relações sociais, políticas, econômicas, educacionais e simbólicas, caracterizada pelas interações com outros sujeitos e instituições, sendo essas interações mediadas pela linguagem e geradoras do agir no mundo (MELO et al., 2011).

Nesse aspecto, os grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes, onde cada ator se diferencia e se reconhece no outro, por meio da dinâmica estabelecida, tendo a possibilidade de falar e de ser compreendido, sentir e ser sentido, indagar e ser indagado, afetar e ser afetado, com intuito de estabelecer um processo que gere reflexão e aprendizado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Dessa forma, Osorio (2003) conceitua grupo por um conjunto de pessoas que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados e são capazes de se reconhecer em sua singularidade.

Apesar da conceituação ampla de grupo proposta pelo autor acima citado, Zimerman (2000) aponta que os grupos podem ainda ser divididos em diversas modalidades. Porém, qualquer intento classificatório partirá de um determinado ponto de vista, que tanto pode ser a vertente teórica, como o setting instituído, a finalidade a ser alcançada, os integrantes, o tipo de vínculo com o coordenador, e assim por diante. No campo da psicologia, os grupos podem ser divididos majoritariamente em grupos operativos ou terapêuticos. Neste estudo, contudo, considerando que o grupo observado não é conduzido por profissionais psicólogos, mas por outros profissionais de saúde, sendo de caráter multiprofissional e interdisciplinar, entende-se que a melhor forma de o definir corresponde à modalidade de grupo de promoção de saúde

(GPS), tendo em vista também os objetivos e o contexto onde o mesmo é realizado, ou seja, na Atenção Básica (AB) em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Essa escolha se justifica, pois os grupos de promoção de saúde são uma intervenção coletiva e interdisciplinar, concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida de seus participantes. São fundamentados no conceito positivo de saúde, e constituídos por um processo grupal, no qual seus participantes caracterizam-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa de promoção da saúde. Nesse sentido, os GPS podem propiciar um espaço favorecedor de vínculos afetivos entre a equipe de saúde, os participantes e a comunidade, visando a longo prazo a formação de uma rede de suporte social, estimulando uma participação mais ativa e criativa na sociedade. Nesses grupos, “a construção de relações sociais cooperativas a fim do desenvolvimento contínuo da autonomia”, bem como a promoção de saúde são os objetivos fundamentais (SANTOS et al., 2006, p.348).

O termo promoção de saúde (PS) passou por inúmeras conceituações ao longo do tempo. Dentre as definições mais antigas está a proposta por Wislow, que caracteriza a PS como

um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WISLOW, 1920, p. 23).

Atualmente, o conceito moderno de promoção de Saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde em 1986, após a divulgação da carta de Ottawa. É entendido como um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde através de uma combinação de ações: do Estado, nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, com o reforço das ações comunitárias; dos indivíduos, com o desenvolvimento das habilidades; de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais, entre outras (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde pode ser entendida, então, como uma das estratégias de produção da saúde, que se articula a outras políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, contribuindo para a construção de ações que respondam às necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades (BUSS, 2000; BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde se apresentam como uma das intervenções potencialmente decisivas na promoção da saúde, pois se fazem a partir da análise,

problematização e proposição dos profissionais de saúde, juntamente com os usuários, sendo todos sujeitos do processo (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Desse modo, a educação em saúde configura-se como um processo que propõe novas formas de agir e de produzir a integralidade em saúde, tendo importância fundamental na construção de vínculos entre o profissional e a população, de forma a estabelecer uma aproximação entre o conhecimento científico e os saberes populares (MACHADO et al., 2007; VASCONCELOS, 2004; SICARI et al, 2014). Assim sendo, a educação em saúde desponta como um caminho integrador do cuidar, constituindo-se um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, capaz de provocar mudanças e contribuir para a transformação da realidade social (CATRIB et al. 2003).

Nesse sentido, da mesma forma que nas ações de promoção de saúde, as práticas grupais na Atenção Básica frequentemente estruturam-se em ações educativas nas quais se preconiza um contato próximo e dialógico entre os usuários e os profissionais da equipe, bem como a formação de vínculos entre eles (ALVES, 2005; TEIXEIRA et al., 2014).

Além disso, as práticas grupais na Atenção Básica, especialmente os GPS, possibilitam também a criação de um espaço de acolhimento, escuta e identificações, além de momentos de lazer, trocas de experiências e interações. São espaços capazes de transformar de modo significativo as relações sociais de seus participantes, na medida em que os encontros grupais podem possibilitar novos relacionamentos, amizades e a ampliação da rede social de apoio (SANTOS; CARDOSO; 2008; TAHAM; CARVALHO, 2010).

Desse modo, o presente artigo buscou conhecer e compreender a história e os significados atribuídos à participação em um grupo de promoção de saúde por seus integrantes.

## **Método**

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. A pesquisa qualitativa valoriza a subjetividade e aplica-se, principalmente, ao estudo das relações, representações e percepções humanas, buscando interpretações dos significados que as pessoas atribuem a um determinado fenômeno (MINAYO, 2006).

A produção de informações postas em análise foi obtida através de entrevistas semiestruturadas e observações do grupo. As entrevistas foram conduzidas a partir de tópicos guia estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo, sendo o primeiro relativo à inserção e participação no grupo, o segundo acerca dos significados da experiência de grupo no contexto de vida do participante e o terceiro relativo às percepções e sentimentos em relação ao grupo.

Neste artigo, apesar de todos os tópicos serem em alguma medida abordados, a ênfase será dada no segundo, pois compreende os significados atribuídos à participação no grupo. Além disso, para a realização das observações também foram elencados alguns eixos temáticos norteadores, sendo eles: relação estabelecida entre o coordenador e os participantes do grupo, interação – relacionamento interpessoal entre os membros do grupo, forma de condução do grupo, temáticas/assuntos abordados, entre outros.

As observações dos encontros do grupo e as entrevistas foram realizadas em momentos distintos, sendo estas últimas realizadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas, mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O material resultante das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual se caracteriza por um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, que analisam as comunicações decompondo-as e elencando-as em unidades de sentido, para, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade. O seu foco é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 2010).

Inicialmente, a análise do material coletado foi feita de forma individual, através de uma leitura atenta e exaustiva, na busca por aspectos que se sobressaíam. Posteriormente os dados foram analisados em sua totalidade, dando origem às categorias de análise de conteúdo baseadas nos temas que se mostraram relevantes, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Esses temas foram a base para posterior organização das categorias e subcategorias, tendo essa subcategorização a finalidade de colocar em evidência, dentro da categoria, aspectos que merecem ser discutidos e que mantêm dependência temática com o tópico categorizado (TURATO, 2013).

Além disso, para a análise do material, também foram incluídos os dados do diário de campo, resultante das observações, os quais são complementares aos achados das entrevistas e passaram pelos mesmos procedimentos, sendo analisados individual e exaustivamente e depois no conjunto. Posteriormente, essas informações foram cruzadas com as resultantes das entrevistas, realizando-se, assim, a triangulação das duas técnicas. A triangulação se propõe a ter um conhecimento mais amplo e aprofundado da temática pesquisada, consistindo na combinação e no cruzamento de diferentes pontos de vista através do uso de múltiplas técnicas de coleta de dados (MINAYO, 1996). Ao final do processo de análise, realizou-se a interpretação dos dados, relacionando-os aos referenciais teóricos apropriados (GOMES, 2012).

A presente pesquisa foi realizada em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul, nas dependências de uma capela comunitária, próxima da unidade de saúde à qual o grupo de promoção está vinculado. O grupo apresenta mais de 20 anos de trajetória. Em seus primórdios, tinha suas práticas voltadas para pacientes com condições crônicas, contudo, atualmente é um grupo de promoção de saúde aberto à comunidade, o qual apresenta uma frequência mensal e certa variância na quantidade de participantes, que oscilam entre 12 e 20.

Os participantes do estudo foram 10 usuários vinculados a este grupo, frequentes há pelo menos 6 meses, e que apresentavam diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica. Para a definição do número de participantes, foi utilizado o critério de saturação, que se dá quando as informações coletadas com certo número de participantes passam a se repetir, entendendo-se que o conteúdo de novas entrevistas não trará dados novos relevantes para o estudo (TURATO, 2013). Além disso, procurando manter o anonimato dos participantes, ocultou-se qualquer informação que pudesse identificá-los, de modo que esses são apresentados com a letra P (participante), seguida do número que representa a ordem das entrevistas (P1, P2, P3, etc.).

Algumas características dos participantes serão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1: Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Ocupação	Diagnóstico	Tempo de participação no grupo
P1	F	75	Empregada doméstica aposentada	Hipertensão e diabetes	Desde o início 20 anos
P2	F	78	Técnica de enfermagem aposentada	Hipertensão e diabetes	Cerca de 13 e 6 meses
P3	F	84	Costureira aposentada	Hipertensão	3 anos
P4	F	55	Dona de casa	Hipertensão e diabetes	18 anos
P5	F	58	Dona de casa	Hipertensão e Diabetes	10 anos

P6	F	49	Técnica de enfermagem desempregada	Hipertensão e diabetes	Cerca de 3 anos
P7	F	62	Costureira	Hipertensão e diabetes	18 anos
P8	F	71	Aposentada	Hipertensão	Cerca de 12 anos
P9	M	76	Operador de máquina aposentado	Hipertensão e diabetes	Desde o início 20 anos
P10	M	55	Funcionário público aposentado	Diabetes	6 meses

Fonte: dados da entrevista, construídos pela pesquisadora.

Como observado na tabela 1, a maioria dos participantes são do sexo feminino - sendo apenas dois participantes homens. São, na sua grande maioria, idosos, com idade média de 66,4 anos. Desses integrantes, sete apresentam 10 anos ou mais de participação no grupo, sendo que a média de participação é de 11,8 anos. Há sete participantes que apresentam concomitância de patologias, incluindo a hipertensão e a diabetes, sendo que apenas dois participantes possuem só hipertensão e um possui apenas diabetes. A respeito da ocupação, seis participantes são aposentados, o que representa a maioria dos entrevistados, sendo que dos quatro restantes, duas participantes são donas de casa, uma, no momento, estava desempregada e uma trabalha em casa como costureira.

Para a realização da pesquisa, em um primeiro momento, foi realizado o contato com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após aprovação institucional, o projeto é fundamentado nas diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução CFP nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 64990317.1.0000.5346.

Mediante o aceite por parte desse órgão, foi realizada uma busca (telefônica) em todas as unidades de saúde do respectivo município, a fim de identificar quais delas ofereciam a modalidade de atendimento grupal para pacientes crônicos. A partir do levantamento desse dado, uma das unidades foi escolhida, pois contava com dois grupos, que são realizados em

locais diferentes, o que ampliava as possibilidades de campo e participantes para a pesquisa. Após a escolha, foi realizado o contato com a enfermeira responsável pela unidade, que autorizou a realização da pesquisa.

Para a inserção da pesquisadora no campo, esta foi apresentada ao grupo, em um dos encontros, pela enfermeira da unidade e teve a oportunidade de explicar a proposta da pesquisa, pedindo permissão dos usuários para a realização das observações. Nessa mesma ocasião, fez o convite para quem quisesse participar também da etapa de entrevistas. Ao final das observações, a pesquisadora abordou alguns usuários convidando-os para participar dessa outra etapa da coleta dos dados e também solicitou para a equipe o contato de alguns usuários que se encaixassem nos critérios de inclusão (frequentar o grupo há pelo menos 6 meses e apresentar diagnóstico de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica) do estudo. Todos os usuários convidados concordaram em participar e compareceram para a realização da entrevista.

## **Resultados**

Os resultados serão apresentados em duas categorias. A primeira aborda aspectos relevantes da história do grupo, estando também dividida em duas subcategorias. A primeira das subcategorias trata sobre os 20 anos de estrada do grupo e a segunda versa sobre a pluralidade das atividades desenvolvidas no mesmo, as quais abrangem outros temas para além da diabetes e hipertensão. Já a segunda categoria diz respeito aos significados atribuídos ao grupo de promoção de saúde e apresenta 3 subcategorias. A primeira diz respeito as trocas e interação, a segunda abrange o sentimento de sair com conhecimento, com algo a mais do grupo, e a terceira e última fala acerca do desejo dos participantes em continuar frequentando o grupo.

### **1) Aspectos relevantes da história do grupo**

#### *1.1 “E são 20 anos de estrada”*

Durante a primeira observação do grupo, este estava comemorando 20 anos de história. Foi um encontro festivo, com a participação de várias pessoas, sendo que vários participantes falaram sobre suas lembranças, história do grupo, bem como sobre suas motivações e vontade de continuar participando do mesmo. Além disso, para além dos discursos feitos no dia do

aniversário, durante as entrevistas, vários participantes contaram também um pouco dessa história.

A participante 1 conta sobre o início do grupo: *“o grupo quando iniciou eu fui das primeiras, que vim, que assistia. Era no tempo do meu marido. Nós ajudava, nós fazia tudo que podia. [...] Aí tinha uma parte aqui, e depois foram, assim, só as paredes sabe, aí depois é que foram colocando janela, que colocaram forro, que colocaram piso. Era piso bruto quando começou. Aí começou, mas aí uns ajudavam, uns não ajudavam, então tudo... mas nós somos dos primeiros, dos primeiros. [...] eu tinha um vizinho que ele, essas janela, essas coisas, era um amigo nosso, ele que deu, ele que ajudou, um dava um cimento, um dava um tijolo, aí foi indo que formô. [...] e aí que foi começando, foi se formando, foi aumentando aqui, aí começaram a fazer almoço, fazer assim eventos pra ir tirando dinheiro sabe, pra ir guardando, e aí depois foi fazendo a cozinha, depois foi feito essa lado aqui, tudo essas coisa... [...] e às vezes eles faziam almoço, assim. às vez, uma vez até um padre fez um almoço aqui. Convidaram pra vir. Não posso me lembra o nome da criatura. Ajudemo a fazê essa igreja. [...] assim ó, por causa que tinha uma vizinha minha ali, que ela era, aí depois ela entrou. Também iam nas casas visitá primero. Começaram assim sabe. E aí iniciaram essas coisas das agentes de saúde, e aí foi indo... e aí formaram o grupo, iniciaram, aí tinha a igreja, aí muitos convidavam, vamos fazer alguma coisa assim assim, e aí as pessoas vinham, às vezes nem vinham no posto, porque às vezes vinha médico assim, as pessoas vinham pra ver a pressão, pra ver essas coisas, e foi como formô...”*

As falas da participante 1 contam sobre como o grupo teve início, todo o movimento comunitário que foi feito para que ele pudesse acontecer. O grupo é realizado em um salão comunitário, chamado de capela, que foi construído com a ajuda da população da própria comunidade. Foi uma construção coletiva, onde várias pessoas contribuíram de alguma forma. A participante 1 afirma também que as pessoas vinham no grupo para verificar a pressão, por causa do médico. Essa característica inicial do grupo foi apontada também por outros participantes, que relataram que no início a participação no grupo estava vinculada à entrega de medicamentos e especialmente à presença do médico nos encontros.

A participante 2 verbaliza que *“antes era entregue até a medicação no grupo, aí vinha e já pegava medicação. Aí falavam sobre os cuidado que a gente tinha que tê com os problema da doença, tudo. Vinha, às vezes vinha gente de fora, não só o médico e as enfermeira. Às vezes vinha gente de fora.”*

Da mesma forma, a participante 5 comenta sobre a entrega da medicação no grupo, o que segundo ela parecia positivo, pois o grupo tinha esse “plus” a mais, que parecia fazer com



que os participantes se comprometessem a participar dos encontros. Ela conta: *“Porque antes as medicações eram entregue no grupo, a gente se reunia e era entregue no grupo. Aí tinha presidente, tinha vice-presidente, tinha tesoureiro, tinha secretário do grupo... Né? A gente fazia ata, tinha tudo organizadinho... Então a gente se via obrigado a vir pra pegar a medicação. [...] Então até mesmo por uma obrigação a gente vinha né, e começou a participar. E houve uma época que o grupo era bem grande mesmo sabe? Pessoal participava bastante, era bem interessante. Se fazia festas... Viagens... Viagem elas fazem, mas aí convidam sabe, tudo... [...] como não tem aquela obrigação de vir pra poder pegar o remédio, muita gente não participa mais como era antes né... E aí que tu vai... Vai caindo e vai ficando... Na realidade é isso, a gente se acomoda naquilo ali... Porque eu vou na farmácia pegar a medicação... E aí não tem aquele... Aquele compromisso, aquela coisa de... Fortalecer o grupo”*.

A fala dessa participante parece remeter a um certo saudosismo, de uma época de outrora, na qual havia a impressão de uma maior participação no grupo, sendo que essa seria em função da distribuição da medicação. Os participantes 9, 2 e 7 também parecem partilhar dessa impressão de que teria havido uma diminuição na participação do grupo ao longo do tempo, especialmente quando acabou a distribuição de medicação nos encontros. Um dos participantes verbaliza: *“mas esse grupo aqui agora tá pouco. Não sei se é por causa do remédio, porque eles davam remédio, porque eles davam o remédio e traziam tudo aqui. Chegava aquele dia elas vinham aqui traziam, traziam a receita né, aí levavam, mas agora terminou né”*. (p9) Da mesma forma, os outros dois participantes relatam: *“tá muito pouco o grupo aqui, tinha muito mais gente, vinham os homens também, aí os doutor favam sobre próstata, sobre idade...Não é mais aquele grupo que vinha homem, vinha mulher, vinha criança, enchia tudo aqui, agora tá muito pouco. É muito pouco, homem mesmo é pouquíssimo”*. (p2)

*“depois assim olha o que dificultou mais a situação é que antes eles davam remédio aqui, depois não deram, não tem mais remédio o posto, aí o pessoal não vem.”* (p7)

Para os entrevistados, além da questão da entrega da medicação, outro dificultador da adesão ao grupo é o trabalho. Como os encontros do grupo acontecem em horário comercial, alguns usuários, em função de suas atividades laborais, não conseguiam participar. Vários participantes fazem relato nesse sentido: *“eu tive uma época trabalhando, eu não podia vim porque tava trabalhando, costurando muito”*. (p7)

*“só que teve muito tempo que eu não podia vim porque eu trabalhava, mas assim, o momento que eu podia, alguma vez ou outra saía mais cedo do serviço, às vezes chegava já tavam atendendo, tava quase no final... ao menos quando eu podia eu sempre vinha. [...] é*

*porque hoje em dia assim, muita pessoa, muita gente trabalha muito... aí tem uns que dizem: 'ah, eu não venho porque eu trabalho, porque isso, porque aquilo...' (p1)*

*“só que antes eu não participava do grupo porque eu trabalhava. Aí era dia de semana e eu não vinha. Mas faz três anos que eu parei de trabalhar e agora eu participo”. (p3)*

*“Eu trabalhava assim todo dia, não tinha quase tempo né. Antes quando eu trabalhava eu não vinha né, ele (marido) que vinha. [...] como ele tava aposentado há mais tempo daí ele vinha né”. (p4)*

*“ah, esse grupo eu já sei há muitos ano que existe, eu fui convidado várias vezes pra vir né, mas justamente os horários não coincidiam com o meu trabalho. Então eu sempre sabia que tinha esse grupo, que até inclusive na época isso aqui enchia. Mas aí trabalhando... digo, eu sei que é uma hora, duas horas, mas não [...] não podia vir; não podia vir; mas eu sempre prometia, no momento em que eu me aposentar eu vou participar do grupo. E agora vim”. (p10)*

Nesse sentido, em função da dificuldade em conciliar o trabalho com a participação no grupo, a maioria dos usuários que participam do grupo são idosos, pois com o avanço da idade e a aposentadoria, apresentam mais tempo livre para frequentar grupos e cuidar melhor da sua saúde.

Além disso, como pode ser percebido anteriormente, alguns usuários, especialmente os mais antigos, apresentam um sentimento saudoso pelo grupo, pelo formato que o grupo apresentava há um tempo atrás. Pode-se perceber isso pela fala de alguns deles sobre a “Caixinha”, prática que existiu em outra época, que não está mais sendo feita. A “Caixinha” era uma contribuição espontânea que os participantes davam normalmente para o tesoureiro do grupo. Esse recurso financeiro era usado para subsidiar atividades, viagens, alimentação, entre outros. Nessa época, havia também presidente e vice-presidente, sendo realizadas periodicamente eleições para os cargos. Alguns dos entrevistados ocuparam esses cargos e contaram sobre essa a experiência.

Especialmente sobre a Caixinha, os participantes referem: *“Quando no início, na época era 1 real. O pessoal achava demais dá 1 real, e 1 real não era nada, aí um dava outros não davam e aí não quiseram mais pegar. Aquilo era para os passeio mesmo, pra sair assim, juntava aquele dinheirinho pra pagar o ônibus e aquilo ajudava já né”. (p9)*

*“Eu já tive assim, como é que se diz, eu cobrava a mensalidade [...] Ai eu que vinha com um caderninho, aí uns falavam hoje eu não tenho dinheiro, tal dia eu pago, e no fim foi indo, foi indo que a gente falava, e ficavam quieto ninguém falava mais nada. Ai eu disse pra Leda, olha eu vou parar porque não adianta, eu vou me esforço, e faço o que eu posso. Ajudo também na minha parte, agora se os outros não ajudam também não vou ajudar. [...] aí depois ninguém mais quis pagar, ninguém mais pagou. Ahh, faziam viagem, a gente saía fazer passeio sabe... era muito bom sabe. Era uma maravilha. Uma atividade assim né, um direito pras pessoas conhecer os lugares né. [...] Ai o ano passado fizeram, eu fiz um bolo do tamanho dessa mesa quase, com o dinheiro que eu tinha. [...] tinha até agora, quando foi agora essa última vez do grupo, o resto de dinheiro... [...] Ai então resolveram, o próprio médico disse quem sabe se fazia uma salada de frutas, até que fizeram uma enorme de uma salada, que sobrou ainda. E com o restante do dinheiro eu entreguei e disse, a hora que quiserem que eu peça novamente, que eu já cansei de pedir... daí tá parado agora. Mas eu sempre venho, trago o caderninho, trago a caneta”. (p1)*

Assim, a participante 1 conta sua experiência como tesoureira do grupo. Conta como era arrecadado o dinheiro, que servia de subsídio para a realização de algumas atividades, entre elas, o financiamento de viagens e festas, tornando essas ações mais acessíveis para todos. Ela conta que o último recurso desse fundo foi usado para a compra de materiais decorativos e alimentos que foram usados no encontro de aniversário do grupo. A pesquisadora participou deste momento e testemunhou o uso dos recursos para subsidiar custos do grupo quando, por sugestão do médico da unidade, foram servidos alimentos e bebidas naturais para os participantes.

Entretanto, apesar de a prática da “Caixinha” parecer ser valorizada pelos entrevistados, muitos participantes do grupo não contribuíam, sendo esse aspecto, para os participantes citados, significativo para que a prática fosse abandonada pela equipe. Outro aspecto referido à pesquisadora como importante para o fim dessa colaboração é o caráter público e o fato de o grupo ser vinculado a uma estratégia de saúde da família, sendo complicado a cobrança de valores dos participantes, pois isso iria contra os princípios e diretrizes do SUS. Assim, esse seria também um dos motivos pelos quais a equipe decidiu acabar com essa prática. Mesmo assim, apesar de a “Caixinha” ter acabado, ainda permanece para alguns usuários um sentimento saudoso de que *“Mas era bom se voltasse”*. (p1)

Além dessa mudança, o grupo, ao longo de sua trajetória, passou também por outras alterações. Entre elas, mudanças de horário, ficando durante esse ano no turno da tarde. Os participantes, de uma forma geral, preferiram que o grupo permanecesse nesse horário e

justificam sua preferência por questões logísticas. A fala das participantes 1 e 4 parecem exemplificar isso:

*“Agora era de manhã, e eu fazia um esforço. Só que agora começou a esfriar, e é muito ruim de manhã, porque aí tem que fazer almoço e tudo, é muito corrido. [...] então de tarde seria melhor, por mais que seja quente, mas é melhor. Que agora iniciou de novo, pra mim mesmo fica melhor”.* (p1)

*“seria muito importante a parte da tarde, pras pessoas mais virem né. Porque de manhã não é todo mundo que pode vim né. Agora, ficou bem melhor, que na parte da tarde a gente tem mais tempo pra conversar tudo né. Eu gostei bem mais agora que passou pra parte da tarde também. Por que de primeiro, um tempo, as reunião eram só pela parte da tarde. Aí foi mudado pra de manhã, mas daí mudou bastante, vinha menos gente, menos pessoal. E agora melhorou. Agora esse último tava bom né. Tinha bastante gente”.* (p4)

Os participantes 1 e 4, nos relatos acima apresentados, parecem demonstrar que o grupo vem sendo pensado pela equipe juntamente com os seus participantes. Mesmo que em algumas situações exista uma mudança nos moldes do grupo, estas parecem ser justificadas, e sempre que possível a equipe parece dar voz aos usuários, o que vai ficar evidenciado também na próxima categoria.

Assim sendo, como se pode perceber, algumas mudanças ocorridas no grupo são referidas como aspectos que dificultaram a adesão dos participantes. Porém, o que nos parece relevante destacar é que mesmo depois de 20 anos de seu início, o grupo se mantém ativo, tendo entre seus membros várias pessoas que participam desde sua criação. Isso é um dado relevante, pois muitos grupos de promoção de saúde e/ou comunitários acabam sendo desfeitos ao longo do tempo. Corroborando com isso, o participante 10 destaca: *“Mas no grupo em si, são 20 anos de estrada. E pra tá ativo um grupo há 20 anos, até que perderam poucos. Perderam poucos”.* Esse participante fala sobre os 20 anos de existência do grupo e reconhece que apesar de algumas perdas o grupo ainda permanece. Entretanto, mesmo que para esse participante a quantidade de perdas não tenha sido tão expressiva, para outros participantes, que integram o grupo há mais tempo, as perdas são sentidas de maneira mais intensa.

A participante 4 relata: *“olha, do nosso grupo assim, que faleceram muitos assim também né. Dos primeiros assim, que eram do meu tempo, que eram mais de idade uns quantos já faleceram. E daí assim né, a gente fica meio chocado né, mas né, fomos fazendo novas amizades depois né. E fomos indo, mas do grupo já foram uns quantos que a gente não tem mais participando. Mas o importante é ter ele seguindo tudo né, porque não foi parado, porque*

*não pode parar também né. Porque aqui a gente aprende muita coisa. Eu aprendi bastante coisa e acho que vou aprender mais ainda”.*

Da mesma forma, a participante 1 afirma: *“e o grupo tava junto, e começaram. Aí tinha muito poucos, depois tinha uns que tavam, mas muita dessas pessoas que ajudaram já se foram... Aonde muitos que começaram, que iniciaram já partiram há muito tempo, já morreram... mas faz parte da vida”.*

A fala dessas participantes remete ao processo de envelhecimento e da percepção da finitude. O grupo existe há 20 anos e nesse período algumas pessoas já se foram, faleceram. Essa materialização da morte no outro, parece lembrá-los também de sua própria finitude, podendo fazer com que o sentimento da perda seja sentido com maior pesar pelos participantes que frequentam o grupo há mais tempo.

Porém, a morte faz parte da vida, como aponta a participante 1. Assim, sobre a possibilidade de produção de vida, a participante 4 reconhece a importância do grupo nesse aspecto, no sentido de proporcionar aprendizagem, e de não ter se extinto, mesmo com as perdas que foram ocorrendo, pois na dinâmica da vida, na medida em que perdemos algumas coisas, conquistamos outras. A participante evidencia isso ao dizer que, mesmo perdendo alguns membros, outros foram entrando e novas amizades foram sendo construídas.

Da mesma forma, o participante 5 corrobora essa dinâmica, dizendo: *“porque sempre tá chegando mais um né. Ou é aqueles que vinham, os mais idosos muitos já não vêm mais. Mas sempre vai chegando mais alguém, mais alguma pessoa que vai conhecer, ou que tu vai interagir ali, vai conversar né”.*

Assim, mesmo com alguns atravessamentos, o grupo continua acontecendo, tendo uma teia de relações e significados, que o “mantém firme”. É sobre isso que a próxima categoria vai tratar, sobre os significados atribuídos a esse grupo de saúde por seus participantes. Antes, porém, serão descritas as atividades que são realizadas no grupo, as quais parecem ser muito importantes para a permanência dos participantes.

### *1.2 “Além de falar só do diabético e hipertenso, o grupo abrange outros temas”*

O presente grupo de promoção de saúde, no decorrer de seus encontros, realiza diversos tipos de atividades. Realiza atividades informativas, educativas, recreativas, de convivência, de estímulo aos sentidos, em suma, de produção de saúde, vida e subjetividades. Ao longo do tempo, o molde das atividades variou, tendo sido modificado de um modelo mais verticalizado, com palestras, fala de médicos e distribuição de medicação, para um modelo mais interativo, e

de convivência. Mesmo com uma tendência maior de se trabalhar assuntos relacionados com as doenças crônicas, as atividades e temáticas parecem sempre ter sido plurais neste grupo.

A participante 6 diz: *“mas o grupo é muito bom, sabe. Ele interage muito, porque o grupo além de falar só do diabético e do hipertenso, o grupo abrange outros temas da saúde”*. Essa participante continua dizendo que no grupo também foram realizadas outras atividades, como, por exemplo, um dia de beleza: *“as gurias já trouxeram o pessoal da [nome de uma universidade], da estética, fazer limpeza de pele, ensinaram como limpar o rosto tudo, um dia de embeleze”*. (p6)

Sobre esse dia em especial, a participante 8 também comenta que no grupo: *“já fizeram muitas diversões aqui, já fizeram aquele encontro de se arrumar, quem quisesse fazer cabelo, fazer unha... já teve. Foi gostoso”*.

Ainda sobre atividades percebidas como prazerosas, divertidas, pode-se considerar a realização de um bingo temático, como outro exemplo. Ele foi realizado no dia da comemoração da festa junina. Neste dia a equipe arrumou o salão com motivos temáticos, se vestiu “a rigor” e realizou um bingo temático junino, o qual tinha como prêmio uma visita domiciliar de toda a equipe de saúde da unidade. Sobre essa atividade, o participante 10 conta que:

*“tudo é positivo, até porque todos participam. A inteligência e o trabalho que eles fazem por exemplo, como agora por último fizeram a bingo, isso aí cativa, porque tu participa, todos participam do mesmo tipo de trabalho... como se diz, não é trabalho que se diz, é descontraí naquele momento, interage... atividade é a palavra certa né. Eu acho que ele (grupo) incita felicidade até. A gente vê aqueles casazinho de velho, jogando né, e bem ativo... ah, eu vou ganhar...”*.

Durante as observações realizadas, e especialmente nesse encontro, a pesquisadora pode perceber que os participantes se divertiram bastante, e a alegria trazida no discurso do participante 10 parecia se fazer presente no ambiente. Nesse dia, todos os presentes participaram e interagiram entre si. No final do bingo houve uma confraternização, com alimentos trazidos pelos participantes e feitos pela equipe (chá e pipoca), e logo após uma festa com danças juninas e brincadeiras.

As comemorações, celebrações e momentos festivos são uma marca bastante presente nesse grupo, tanto que vários participantes lembram desses momentos como sendo muito significativos para eles. Podemos perceber isso através da fala de vários deles, por exemplo:

*“Ah, o que me marcou assim, que eu lembro muito, eu tenho saudade das festas que a gente fazia (risos), das festas, da parte das palestras eu também gostava, a gente fazia festas*

*com quentão, pipoca pro grupo, os bailes gaúcho que faziam aqui, e na, na, tipo assim no sete de setembro o pessoal se pilchava, a gente quando ia fazer a festa junina também se, se fantasiavam e tal se vestiam, era muito, muito legal, então tem partes muito boas, eu acho que isso aí é uma coisa que na..., pra terceira idade assim é interessante. Porque às vezes as pessoas tão, tem umas bem velhinhas assim que não tem, muitos anos não fazem isso, não vê, não sabe..., pessoas que às vez não sai de casa, só ficam ali, olhando novela e tal sestando de tarde, eu não tenho muita paciência pra isso, pra tal da sestia de tarde (risos), não..., eu acho isso interessante”. (p7)*

Da mesma forma a participante 5 lembra com carinho das: *“ festas que a gente fez, de uma viagem que a gente fez pra Ijuí que eu participei, porque eu não... Não... Sabe, aquela... Eu fui, as gurias vão... Iam pra praia... Os eventos que a gente fazia, a gente já fez... No grupo, já fez no grupo festas maravilhosas, que a gente teve... Mais três grupos vinham nos visitar... Então foi uma época muito boa”. (p5)*

*“...e a gente faz bastante assim, festinha, a gente traz cada um um prato, a gente faz bastante assim... compartilha coisa assim sabe... é bem, é bem agradável mesmo. E agora no próximo não sei, acho que a gente vai ter a viagem no café... vai ter um café colonial que nós vamos ir. A gente se encontra aqui pra ir participar desse outro lugar do café... parece que é no dia 8, mas não é certo ainda a [nome de uma agente de saúde] disse. Que aí a gente se reúne aqui e vai pro café”. (p4)*

Esse evento do café colonial parece ter sido significativo tanto para os participantes, quanto para a equipe, pois alguns participantes trouxeram em suas falas esse episódio assim como equipe, no encontro subsequente, fez uma fala referente ao evento.

A participante 2 relata: *“Fomos no café colonial lá em [nome da localidade], duas vez nós fomos. Fomos também no museu, fomos lá em [nome da localidade], naquela água bonita que tem. Nós viajemo bastante, graças a deus”. (p2)*

Como já mencionado, os momentos festivos foram uma constante no grupo, percebidos como muito significativos. Além desses momentos, outra atividade também foi bastante lembrada, as viagens que o grupo realizou.

A participante 4 fala: *“olha, foi bastante viagem que a gente fizemos. A gente foi na [unidade de saúde do bairro X] numa viagem ali, nos encontremo tudo ali... a gente saía bastante, conversava com os outros grupos... agora que a gente não tá saindo muito. Aí era muito bom assim. A gente se reunia aqui, daí ia visitar os outros grupos... Aqui da [nome de dois grupos visitados] a gente conversava, levava um prato de doce ou salgado que nem aqui.*

*A gente compartilhava todo mundo junto, e era muito bom. Agora que a gente não tem ido quase né. Aí a gente se reúne mais é aqui agora. É, foi muito bom. A gente saía, conversava, era muito bom... tinha que voltar de novo aquele tempo”.*

Essas participantes lembram com carinho desse tempo passado, quando sentiam, pela diversidade de atividades realizadas, que o grupo era bastante ativo. Verbalizam que era um tempo que deveria voltar. Nesse sentido, a equipe tem feito um movimento para retornar com essas propostas, sendo o evento do café colonial, descrito anteriormente, um dos exemplos dessa mudança.

Além dessas atividades festivas e de integração, outro tipo de atividade também apareceu na história do grupo, apresentando um lugar de destaque. Foram as atividades de cunho educativo. Sobre elas, o participante 8 conta: *“elas dão palestra. Agora das últimas vezes acho que não falaram sobre alimentação, mas já falaram sobre alimentação adequada por causa da hipertensão, e os diabéticos mesmo. [...] já veio pessoas que não eram daqui, já vieram dar palestras que foram interessantes, que a gente aprendeu a se cuidar melhor”.*

Da mesma forma, o participante 2 fala: *“O enfermeiro dava aula sobre diabete, para de comer isso aqui, dava aula, ensinava. Ele dizia porque diabético não pode comer tal coisa, porque isso faz mal, esse tu pode, esse tu não pode, aí eles explicavam bem. [...] o mês azul que é dos homens aí vinha bastante. O mês rosa é da mulher. Aí vinham e davam palestra sobre câncer de mama, câncer de útero, palestra sobre o que fazer, como prevenir e pros homens também, no mês de outubro eles davam sobre estômago, câncer de estômago, de próstata. Falavam sobre sexo, sobre relação, tudo né”.*

Pode-se perceber que esse tipo de atividade também é importante e parece ter ajudado os participantes em seu autocuidado. Por esse motivo, e por ter sido um assunto bastante trazido pelos participantes, esse aspecto será melhor abordado na próxima categoria.

Assim sendo, as falas dos participantes parecem demonstrar que há uma pluralidade de atividades que são desenvolvidas no grupo pela equipe da unidade. Com isso esse grupo promove inúmeras possibilidades, permitindo que esses usuários possam experienciar diversos momentos de trocas e vivências significativas.

## **2. Significados atribuídos ao grupo de promoção de saúde**

### *2.1 “É uma troca de experiência, é uma troca afetiva”*



O grupo de promoção de saúde observado parece desempenhar uma importante função na vida de seus membros. Muitos participantes referem a interação, integração e amizades como aspectos presentes e característicos do grupo, trazendo falas bem significativas no que diz respeito ao significado que esse espaço tem para cada um.

Sobre o significado do grupo, o participante 7 refere que: *“Eu acho que o significado seria amizade, e companheirismo, integração. Principalmente **integração**. [...] Eu diria assim, tu pode, tu deve ir no grupo, por quê? Não só pela integração. Tu vai aprendê, tu vai te comunicar com as pessoas, tu vai conhecer pessoas, tu vai ter amizade, tu vai ter proveito, tu não vai ficar só vendo tv”*. (p7)

Da mesma forma, a participante 2 diz *“como é que eu vou dizer, acho que significa se encontrar, dialogar, conversar, escutar o que o outro diz né, acho que significa isso, a união, a **vontade de tá junto**. [...] E o grupo, porque é um mundo de gente. E tudo se abraçando, falando da vida alheia, falando da gente mesmo... risos. É muito bom... Eu me sinto bem. Eu gosto de vim, eu me sinto bem. Eu não venho porque sou obrigada, eu venho porque eu gosto”*. (p2)

*“A medicação a gente não pega aqui né? Mas é interessante porque é tudo pessoas da comunidade... Né? É o momento pra conversar, pra brincar, sabe? Pra, como é que eu vou te dizer... Pra **interagir**. E pra ver pessoas que a gente não vê sempre”*. (p5)

Os participantes 7, 2 e 5 referem que a integração, a vontade de estar junto, conversar é o principal significado que o grupo apresenta para eles. Para além disso, reconhecem os benefícios do grupo a quem participa, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

*“eu acho que o significado do grupo é realmente uma **integração**, pra que a gente possa se conhecer né. Tanto na pessoa, quanto nos problemas de cada um deles né. Acho que é mais ou menos isso. É o conhecimento um do outro né. Porque não é, eu não fico isolado, eu tô num grupo pra apresentar os meus problemas pro grupo, e o grupo também acatando os meus problemas, automaticamente cada um vai dizer também o que que tem né. Então, o significado do grupo é manter, ou seja, o significado do grupo seria acatar aquilo que cada um fala de si próprio, ou seja, se eu venho aqui e falo da diabete, outro vem ali e fala da hipertensão, outro vem ali e fala que tem problema de coração, como esses dias houve no grupo, então eu acho que o **significado do grupo é acolher tudo**. Pra depois fazer um resumo de tudo que foi feito, foi dito, fazer um resumo geral e apresentar olha, o grupo, o significado do grupo é esse aqui ó, é se manter a saúde em forma, é fazer um tratamento de tal maneira, é fazer exercício, é fazer caminhada, é fazer isso é fazer aquilo. Esse é o significado do grupo, é expor pra si próprio aquilo que poderá receber das instruções dos técnicos. Então os técnico,*

*pode ser de enfermagem, vem aqui e dizem olha, nós viemos aqui hoje pra levar pra vocês informação sobre medicamentos, o medicamento adequado pra tomar para a diabete, o medicamento adequado pra tomar pra hipertensão... então isso também é o significado do grupo, acolher e aprender”. (p10)*

*“eu acho que o sentido é que as pessoas quase não se encontram né, e nesse dia se encontram, **conversam, se alegram**, as vezes as guria mesmo promovem, não sei se foi nesse, acho que foi no outro, promoveram dança, apresentações, e as pessoas ficam mais alegres, mais feliz... acho que motivo. [...] eu acho que a gente gosta, a gente vem e fala com as pessoa, se sente bem mais... como é que eu vou falar, mais **forte** sabe... eu me sinto bem. Mais fortalecida parece que a gente sai daqui sabe... eu acho que é porque a gente se encontra, a gente conversa né, tem alguma coisa que a gente fala, combina, será que tá bom assim, será que dá pra mudar, eu acho que é por esse motivo”. (p8)*

*“Então o grupo nos dá o estímulo, nos dá um incentivo, nos dá uma força, e faz com que a gente se sinta bem. É uma troca, uma troca de experiência, em matéria disso aí... **é uma troca afetiva**”. (p10)*

*“me trouxe esperança, **vontade de viver**, acho que trouxe bastante... [...] porque a gente conversa e tudo, eu acho que trouxe bastante vantagem, bastante energia”. (p2)*

A fala de todos esses participantes tem em comum o fato de que para eles o grupo tem como significado a integração, o encontrar as pessoas, conversar, aprender, e acolher o que cada um tem para oferecer. A participante 8 e o participante 10 referem que o grupo proporciona vontade de viver, força, estímulo e incentivo, pois se sentem mais fortes, pelo encontro transformador com o outro.

O participante 10 reforça a importância do acolhimento, dizendo que este é a base para que o grupo permaneça. Diz que se sente acolhido e grato pelo que recebe do grupo, tanto dos colegas quanto da equipe:

*“o grupo é a mesma coisa, se tu chegar aqui no grupo, olhar meio em volta, tu entrar lá na porta e já nem te derem bola, tu vem a primeira vez e a segunda não vem mais. Então tu tem que ser recebida, ser estimulada a vir na primeira, na segunda e em quantas vezes for necessária. Então o grupo nos dá isso aí. E eu me sinto perfeitamente assim. Tanto com os participantes do grupo, quanto com os coordenadores né. [...] então eu só tenho mesmo é que*

*agradecer minha estadia aqui [...] porque eu quando entrei aqui a primeira vez, sempre fui bem acolhido e tudo né. [...] o momento que tu entrou naquela porta ali e tu viu o grupo aqui, e depois tá no meio do grupo sendo acolhido da forma como a gente é acolhido, ah isso é um incentivo. Pena que é de 30 em 20 dias. Mas o acolhimento é a base fundamental pra tudo. Olha só, como eu disse pra ti anteriormente, se tu chegar numa casa e ser bem acolhido tu volta. Se tu chegar numa casa e te receberem de cara virada e tal, é a primeira e última vez. Tu não volta mais”. (p10)*

Pode-se pensar que as falas trazidas representem a forma como os participantes do grupo percebem o significado que este tem para eles. Nesse sentido, parece que o grupo é um espaço coletivo de integração, de interação, de trocas, de acolhimento, que está permeado por afetos.

## 2.2 “*Eu sempre saio com uma coisa a mais aqui no grupo*”

Um outro aspecto bastante presente no grupo é o caráter informativo/educativo que o mesmo apresenta. Vários participantes trouxeram esse aspecto como significativo, contribuindo para um melhor autocuidado e empoderamento. Os participantes referem os benefícios individuais que a participação do grupo produz.

Pode-se perceber isso através da fala de diversos participantes. Para o participante 5, o grupo “*sempre traz algo novo pra que a gente possa desenvolver ali, se tu vai praticar aquilo ali, mais esclarecimento... Né, tudo ajuda. As palestras, se tu for analisar, tu sempre tu vai tirar aquilo dali. Alguma coisa tu sempre vai tirar embora não vá seguir à risca. Nem sempre tu vai seguir tudo à risca, mas... Sempre vai ser útil, todos os que vêm... Só vem acrescentando*”. (p5)

Da mesma forma, a participante 4 também afirma que “*É que cada grupo é uma palestra que tem, é um assunto. É bem variado. Todos os meses tem um tipo de assunto. [...] um tem apresentação, outro vem assim pessoa pra dá palestra, outros grupo assim tem vídeo sobre o mosquito da dengue, que foi passado bastante coisa que foi avisado. É tudo coisa boa né que a gente fica sabendo. E sobre diabete, hipertensão, bastante coisa... pra mim deu bastante diferença. Porque de primeiro eu ficava por fora, não sabia de nada né. Negócio de saúde essas coisas... Daí eu descobri bastante coisa, que a gente tem que verificar a pressão, tem que fazer exame, tem que ter acompanhamento médico, tudo né. A gente fica por dentro de tudo né. daí, verificar a pressão que é uma coisa bem importante né, de a gente ver, pra tratar... daí pra mim, mudou bastante. Eu achei uma grande vantagem, porque aqui a gente tá sempre por dentro. E tem pessoas assim que não tiram um tempo pra vir, aí não tá por dentro de nada que acontece daí né. Daí isso aí pra gente é muito bom, muito importante né.*

A participante 4 comenta sobre algumas das atividades educativas desenvolvidas na unidade, referindo que os temas são diversificados, sendo essa diversidade evidenciada na categoria anterior. A participante 4, entretanto, introduz um tema específico, que foi trabalhado em um dos encontros: a dengue causada pela picada de mosquito. O tema foi trazido pela equipe de saúde, que fez apresentação de slides, trazendo explicações e exemplos fotográficos de focos do mosquito, levantados na própria comunidade. Além disso, trouxeram também exemplos de boas práticas e modos alternativos de usar materiais que poderiam conter o foco do mosquito, todos também fotografados na própria comunidade. Esse trabalho foi realizado pelas agentes comunitárias numa tentativa de aproximar as práticas sanitárias do cotidiano e contexto das pessoas ali presentes. Ademais, também distribuíram material educativo/explicativo e construíram um cenário com focos comuns para o mosquito, mostrando como fazer para acabar com os mesmos. Os participantes se identificaram com a proposta e pareceram estar mobilizados, reconhecendo o trabalho da equipe.

Além disso, os participantes p5 e p4 admitem que aprenderam bastante com o grupo e que estão tirando proveito desse aprendizado para sua saúde e seu cuidado, ainda que o participante 5 diga não seguir à risca todas as orientações. Apesar disso, ambos parecem considerar o acesso via grupo do conhecimento muito importante, na medida em que sentem que estão levando conhecimento e “estando por dentro” das coisas.

Ainda sobre o conhecimento, a participante 1 comenta que: *“teve muita coisa, da própria doença, da própria diabete, da própria hipertensão assim, a gente as vez, muita coisas que o médico diziam, que as pessoa falavam, que perguntavam... [...] às vezes tão explicando, eles (colegas do grupo) não concordam, querem saber melhor, aquela coisa, sempre tem né, isso em tudo que é parte sempre tem né, uma pessoa que quer saber mais, outra quer saber menos, aquela coisa. Mas muita coisa ajudou muito... a gente vai mesmo pra casa pensando”*. (p1)

A fala dessa participante aponta para uma interatividade entre equipe e usuários, demonstrando que neste grupo existe uma troca de saberes, onde os participantes se sentem à vontade para conversar entre si, questionar e até não concordar com a equipe. Parece que cada um consegue se expressar à sua maneira, colocando sua singularidade no processo.

Além disso, parece que o que é tratado no grupo não se restringe apenas ao grupo, mas pode se ampliar para outros espaços. Isso pode ser exemplificado quando a participante 1 refere que vai pra casa pensando sobre o que experienciou no grupo, ou quando a participante 2 em

seu depoimento parece se sentir empoderada e capaz de compartilhar o conhecimento adquirido no grupo com outras pessoas:

*“...é muito bom, porque a gente tá aqui e vê uma pessoa que tá precisando e tu sabe explicar; acontece isso, acontece aquilo, se tu não tomar o remédio vai ficar com câncer, tem que se operar, tem que passar sonda pra urinar. A gente aprendia. Eles falavam tudo isso aqui”.*  
(p2)

Ainda, sobre as aprendizagens oportunizadas pelo grupo, o participante 10 faz referência à importância do grupo para o compartilhamento de experiências, valorizando o saber popular em saúde. Ele diz:

*“Eu aprendi, e tô aprendendo muita coisa aqui, muita coisa eu tô aprendendo né, com o grupo. [...] Porque é um grupo que recebe informação de tudo que é tipo de doença, não é só voltado ao diabetes e hipertensão. É o geral, então sai daqui praticamente com um pouquinho de cada saber. [...] Cada cabeça tem uma diferença de aprendizagem, por exemplo no grupo, se o grupo me diz assim, [nome participante 10] ó, toma esse copo de água aqui, que tu vai, não digo curar, mas melhorar da tua diabete, eu vou tomar, se ele me disser, cai de cabeça ali que tu vai melhorar da diabete, eu faço, é o grupo. Então eu tô feliz aqui no grupo, eu tô acatando o que eles tão sabendo além do que eu sei, além daqueles medicamentos direto do médico, lá do laboratório, lá do farmacêutico, lá do laboratório médico, eles dizem assim ó, a prescrição é essa. Mas aqui, a dona [nome de uma participante] sabe que o remedinho caseiro é ótimo, é bom, ajuda a amenizar... [...] Mas o grupo nos incentiva porque nós estamos aqui, estamos nos vendo, ele tá conhecendo o meu problema, eu tô conhecendo o problema dele né”.*

Assim, pode-se perceber que o grupo trouxe importantes significados e seus participantes parecem sentirem-se mais fortes, informados e empoderados ao sair dali. O participante 6 exprime o significado desta subcategoria ao dizer que: *“Sempre alguma coisa tem de novo no grupo. Alguma coisa a gente, eu aprendo a mais, eu sempre saio com uma coisa a mais aqui no grupo”.*

2.3 *“...enquanto esse grupo continuar e eu tiver forças pra vir, estarei sempre aqui”*

Outro achado bastante significativo da pesquisa é que todos os participantes referem interesse em continuar vindo ao grupo. Durante a realização das entrevistas, eles justificam os motivos que os fazem permanecer no grupo e indicam o desejo de continuar vindo.

Sobre os motivos que os levam à permanecer no grupo, os participantes elencam diversas motivações, dentre elas: o encontro com os demais colegas e equipe, a amizade, as novidades e aprendizagem que proporciona.

A participante 8 afirma que continuou vindo ao grupo: “ *Porque tinham essas palestras. [...] porque a gente se encontra, a gente fica sabendo alguma coisa que a gente não sabe. Eu me sinto bem assim*”.

Do mesmo modo, a participante 3 verbaliza: “*antes eu não tinha tempo, era dia de semana, aí não dava, mas agora dá, agora eu venho. Quando eu posso vir eu venho, porque eu gosto. É bom. Fazem festinha. Eu participo. Eu gosto de participar. A gente conversa, a gente vê as pessoas amigas da gente, faz amizade. Porque a gente sai, a gente de idade assim quase não sai de casa né, ainda mais sozinha como eu, e assim não, a gente passa umas horas alegres, boas ali, conversa...*” (p3)

A participante 3 justifica que continua vindo porque encontra os amigos, conversa, interage e passa momentos agradáveis com essas pessoas. Essa também parece ser a motivação do participante 9 e da participante 4.

O participante 9 diz que continua vindo porque: “*é que são tudo amigos, aí eu venho, acompanho sempre [...] eu disse né, eu me acostumei de vir aqui, não falho, eu venho toda vez. Me dou bem, por isso que eu venho seguido aqui*”.

Da mesma forma, o que mantém a participante 4 vindo é: “*...a convivência dos colega, tem colega que é do meu tempo, tem outros colega que não né, e a gente vai convivendo. Sempre tem gente nova, entrando né, não é só do meu tempo. Já teve bastante gente conhecida, que entrou depois né. E a gente vem aqui, conversa, é bem dizê quase uma tarde, que vale a pena*”.

Já a participante 6 afirma que para além do encontro com os colegas, da interação e comunicação, o grupo também proporciona conhecimento sobre diversas temáticas aos seus participantes. Essa participante verbaliza:

“*o que faz eu continuar vindo no grupo assim, porque o grupo é muito interessante, porque ele tá sempre trazendo coisas novas [...] Além daquela reunião que a gente tem [...] a gente vai sair de casa pra gente se comunicar, pra gente se integrar, pra gente conversar, pra gente rir, pra gente sair daquela rotina, mas a gente vem aqui também pra buscar informação. A gente busca informação, busca um conhecimento maior, e a gente vindo aqui no grupo a gente fica sabendo que a gente tem algo novo ali no posto...*” (p6)

A participante 1 justifica sua permanência em função do próprio grupo e dos profissionais e afirma que continuará participando enquanto puder, assim como os participantes 2 e 10:

*“aí que eu continuei sempre né, e daí por causa do grupo, por causa da enfermagem, assim tudo... daí então que eu comecei e tô até hoje. Enquanto existir e eu puder vir, se Deus quiser eu tô aí”.* (p1)

*“enquanto eu puder vir eu vou vir”.* (p2)

A fala desses participantes parece demonstrar que, de alguma forma, eles estariam encontrando no grupo algo que estariam buscando. Parece que se sentem recebendo algo positivo. Desde a possibilidade de interagir, de se divertir, fazer amizades, até de ampliar o conhecimento e estar melhor informado sobre as possibilidades de cuidado disponibilizadas na unidade e sobre formas de melhor exercer seu próprio autocuidado. Isso parece fazer com que se sintam motivados a continuar participando, enquanto tiverem possibilidade, considerando que a maioria deles são pessoas com mais de 60 anos.

## **Discussão**

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que tem a finalidade de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas. Preconiza que sejam realizadas continuamente nos serviços ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de agravos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2011, BRASIL, 2017). Tem como um de seus principais objetivos o controle das doenças crônicas, como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA), causadoras de elevados custos econômicos e sociais, assim como agravos e complicações à saúde, utilizando como estratégia de enfrentamento a oferta de apoio aos usuários na gestão e cuidado do adoecimento crônico, por meio da educação em saúde (MENDES, 2012). Considera, dessa forma, que o acompanhamento dos usuários na Atenção Primária pode evitar o surgimento e a progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004; SILVA et al., 2011). Nesse sentido, com a finalidade de minimizar os impactos decorrentes da HA e DM, e considerando que a identificação precoce

dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os usuários e serviço - unidades básicas de saúde são imprescindíveis ao sucesso do controle dessas afecções, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS) na Atenção Primária (BRASIL, 2002a, BRASIL, 2004). Esse plano estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização da assistência desses usuários no SUS e foi aprovado e regulamentado pela Portaria /GM nº 16, de 03/01/2002. Teve como principais objetivos: investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico, proporcionar vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promover a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade às pessoas com HA e DM, bem como permitir o monitoramento dos pacientes e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada.

Nesse sentido, o grupo observado, em seus primórdios, tinha como população alvo pacientes crônicos, diabéticos e hipertensos, num modelo voltado majoritariamente para a educação em saúde. Nesse modelo, a dispensa de medicamentos era realizada no local, mediante participação do usuário no grupo. Ali, além da medicação, era disponibilizado também para os participantes a aferição da pressão arterial, bem como orientações sobre hábitos alimentares, qualidade de vida, manejo com as doenças crônicas, entre outros. Sobre esse aspecto, a assistência aos pacientes crônicos, especialmente diabéticos e/ou hipertensos, demanda a realização de atividades de promoção em saúde, tanto individuais como em grupo, as quais precisam ter a educação em saúde como prática constante no seu cotidiano (ATHANIEL; SAITO, 2010; CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Sobre essa temática, diversos participantes em suas falas relataram a experiência grupal, contando que no início os grupos se estruturavam com um momento inicial de orientações, e na sequência com a distribuição da medicação. Porém, com o passar do tempo essa prática foi deixada de lado pela equipe, passando a ser realizada em outros locais como a central de distribuição de medicamentos do município ou em parceria com a farmácia popular. Essa prática de dispensação de medicação vinculada à participação no grupo, vinha seguindo o modelo de cuidado e objetivos do Hiperdia, que já foi descrito anteriormente, estando focado em participantes diabéticos e hipertensos. Desse modo, alguns participantes do presente estudo acreditam que a mudança não foi positiva para o grupo, pois, para eles, o número de participantes parece ter diminuído desde que a obrigatoriedade de participação no grupo deixou de ser condição para o acesso à medicação.



Da mesma forma, também foi abandonada a prática que os usuários chamaram de “Caixinha”. A caixinha consistia em uma doação espontânea dos participantes do grupo para um fundo que subsidiava atividades, festas e viagens desse coletivo. Os participantes da pesquisa, durante as entrevistas, relatam que não havia adesão total dos participantes do grupo a essa prática, que alguns doavam e outros não, e que acreditam que por isso essa prática caiu em desuso. Entretanto, durante as observações, em conversa com participantes do grupo, houve relato de que essa prática deixou de acontecer porque os profissionais da unidade consideraram que por se tratar de um serviço público, não se poderia pedir contribuições financeiras dos usuários, pois isso iria contra os princípios de equidade e gratuidade do SUS.

Sobre esse aspecto, perante a constituição brasileira, em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, existem princípios e diretrizes que devem ser seguidos. Entre eles existe o preceito da Equidade, o qual implica que qualquer pessoa possa ter oportunidades para alcançar seu completo potencial de saúde, com garantia da gratuidade no acesso aos serviços de saúde em todos os aspectos e níveis organizacionais de saúde. Ou seja, isso quer dizer que nenhum valor pode ser cobrado diretamente da pessoa atendida nesses serviços de saúde (PEREIRA et al., 2016; SISSON, 2007; SOUZA et al., 2013).

Assim sendo, mesmo que os participantes do grupo relatem que sentem falta de quando havia a caixinha, parece existir um motivo maior para que ela tenha acabado. Os participantes do grupo apontaram alguns aspectos que no seu entendimento podem contribuir para o enfraquecimento do grupo. Porém, percebe-se, ao longo da descrição dos resultados, que o grupo permanece ativo há mais de 20 anos, evidenciando outros aspectos como fatores de manutenção dos participantes no grupo.

Ao longo desses 20 anos, houve mudanças na estruturação do grupo, que passou de um modelo voltado para diabéticos e hipertensos, para um modelo de grupo mais ampliado, com a participação de quem tivesse interesse. Essa mudança de modelo e de estrutura de funcionamento do grupo, parece ir ao encontro de um cuidado baseado na promoção de saúde, e na perspectiva da clínica ampliada.

Sobre esse processo de mudança do grupo, Barbosa (2009) aponta que no processo de formação de um grupo, especialmente de um grupo de caráter comunitário, é necessário atentar para alguns aspectos básicos que possibilitam sua sustentabilidade ao longo do tempo. Esses aspectos se relacionam com a equipe, os usuários e a própria dinâmica comunitária. O autor aponta que é muito importante considerar a lógica de funcionamento da dinâmica comunitária, e não apenas levar em consideração a lógica de funcionamento dos serviços. Isto é, se faz necessário conciliar e integrar os objetivos da ESF à dinâmica comunitária na qual se insere,

pois os modos e condições de vida das pessoas da comunidade devem ser considerados e trabalhados como elementos favoráveis ao processo de formação do grupo, e não como obstáculos. Nesse sentido, Carvalho (2009) e Oliveira et al. (2013) apontam que uma das estratégias para uma maior vinculação com a comunidade é a realização dessas atividades grupais em lugares mais próximos das pessoas, para além da unidade de saúde, como, por exemplo, igrejas, centros comunitários, entre outros. Isso pode otimizar os espaços comunitários e favorecer uma maior possibilidade de interação, participação entre os envolvidos e compreensão das relações da realidade social e cultural dos usuários. Além disso, também há de se conciliar os encontros com os horários disponíveis no cotidiano desses usuários, levando em conta seus afazeres de casa e de trabalho (BARBOSA, 2009). Esse cuidado na forma de estruturação e organização do grupo pode ser percebido durante as observações realizadas pela pesquisadora e também evidenciado na fala de alguns participantes da pesquisa quando eles relatam que a equipe tenta adequar o grupo às suas necessidades. O grupo é realizado na chamada “Capela”, que é um salão da própria comunidade, e a forma de funcionamento foi acordada entre equipe e usuários. No primeiro encontro observado pela pesquisadora, dia e horário foram definidos coletivamente, entre equipe e participantes. Nos encontros subsequentes, a equipe questiona os participantes se para eles estava boa essa forma de estruturação e pede se eles têm alguma sugestão. Os participantes mencionam estarem satisfeitos, e apenas sugerem uma frequência maior para os encontros.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os modos e condições de vida das pessoas moradoras da área que está sob sua responsabilidade sanitária, compreendendo seu perfil epidemiológico e buscando formas de conciliar esse modo de ser comunidade com os objetivos de promover saúde e melhorar a qualidade de vida, atuando sobre as necessidades de saúde do território na perspectiva da promoção da saúde. Assim, de um modo geral, o objetivo da formação de grupos na ESF é realizar ações de promoção de saúde (BARBOSA, 2009).

Assim sendo, além de observar e planejar qual o tipo de grupo que se pretende desenvolver em um determinado território, sendo imprescindível o respeito ao modo de organização da vida no lugar, também é importante considerar quais pessoas irão participar do grupo (BARBOSA, 2009).

O grupo de promoção de saúde observado consiste em sua maioria de pessoas idosas e do sexo feminino. Essas características também foram encontradas no estudo de Tahan e Carvalho (2010) sobre grupos de promoção de saúde na Atenção Básica com idosos. Neste estudo, foi observado que os participantes possuíam idade entre 60 e 88 anos, sendo a maioria

representada pelo sexo feminino. Além disso, grande parte dos participantes desse estudo participavam dos grupos de promoção de saúde desde a sua fundação. Isso também ficou evidenciado na presente pesquisa e no estudo de Leite et al. (2012) que apontou a existência de uma tendência de que participantes de grupos, especialmente de convivência, se mantenham nas atividades grupais, desde o início e ao longo do processo de envelhecimento.

Nesse sentido, ainda corroborando esses achados, alguns estudos também apontam que o perfil epidemiológico dos participantes dos grupos na Atenção Básica é majoritariamente constituído por mulheres e idosos (ANDRADE et al., 2014; MANSO; LOPES, 2010; PENA; SANTO, 2006), podendo esse fator estar relacionado a diversas questões.

Em relação ao sexo, pode estar relacionado ao fato de a mulher ter uma perspectiva de sobrevida maior que o homem, correspondendo no Brasil a uma média de cerca de oito anos a mais, fenômeno conhecido como a feminização da população idosa. Além disso, pode estar relacionado também com uma certa tendência de as mulheres serem mais participativas e se preocuparem mais com as questões relacionadas ao bem-estar e à saúde de um modo geral quando comparadas aos homens, o que pode auxiliar na busca por outras formas de cuidado como grupos de promoção de saúde, por exemplo (ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2005).

Já em relação à faixa etária, da mesma forma que no grupo observado, não é por acaso que os grupos com idosos são comuns e apresentam maior sustentabilidade a longo prazo no contexto da Atenção Básica. Isso pode se dar devido ao público-alvo normalmente ser constituído de pessoas mais livres dos afazeres domésticos e aposentadas das atividades laborais, as quais apresentam assim maior disponibilidade de tempo, sendo esse facilmente conciliável com o funcionamento do ESF (BARBOSA, 2009; LEITE et al., 2012). Assim sendo, muitos estudos com grupos de promoção e saúde e de convivência, especialmente com idosos, têm sido desenvolvidos no cenário nacional nos últimos anos (ANDRADE et al., 2014; LEITE; CAPPELLARI; SONEGO, 2002; MACHADO et al., 2017; MANSO; LOPES, 2010; PENA; SANTO, 2006; TAHAN; CARVALHO, 2010; VICTOR et al., 2007; WICHMANN et al., 2013).

O Brasil tem passado por constantes transformações nas últimas décadas. Dentre as transformações mais significativas, uma diz respeito ao estudo populacional, sendo que já se pode observar uma evolução acelerada do número de idosos no país. Dados vêm apontando que tanto o Brasil quanto o mundo se encontram em um processo de envelhecimento e redução das taxas de mortalidade e fecundidade, o que se configura em mudanças no padrão de vida da população (ALMEIDA et al. 2017; SOUZA; PAULA; OLIVEIRA, 2015). Nesse sentido, o

envelhecer pode ser entendido como um fenômeno populacional gradativo que apresenta um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo (CHAGAS; ROCHA, 2012; MACHADO et al, 2017; VIEIRA et al. 2014). Caracteriza-se por ser um período de declínio de algumas funções, no qual costumam aparecer limitações físicas e/ou psíquicas. Assim, quando os sinais de envelhecimento se manifestam de modo mais evidente e a morte de pessoas próximas, como familiares e amigos, passa a ser recorrente, o indivíduo começa a perceber que o momento da sua própria morte está de certa forma se aproximando, uma vez que o envelhecimento e a finitude compreendem um processo natural da existência humana (CARTER; MCGOLDRICK, 2001; D'AGOSTINI; CASAGRANDE, 2015; FRUMI; CELICH, 2006).

Dessa maneira, a temática do envelhecimento, e por consequência da finitude, podem se fazer presentes no espaço grupal, pois também estão no cotidiano dos participantes. No grupo observado, ao longo dos seus 20 anos de existência, passaram diversas pessoas por seu caminho. Muitas destas permanecem desde sua criação até os dias atuais. Algumas dessas pessoas referiram a perda de colegas como algo triste, porém compreendem a morte como inerente à vida. Percebem, mesmo sentindo a ausência dos colegas que se foram, que a chegada de outros participantes que se inseriram ao grupo, ajudou com que o mesmo se mantivesse ativo, evidenciando que “vida e morte caminham paralelamente, marcando presença em nosso cotidiano” (D'AGOSTINI; CASAGRANDE, 2015, p. 175).

Desse modo, outro aspecto que pode ser evidenciado durante as observações e entrevistas é o fato de o grupo buscar por meio de suas atividades e do incentivo às relações e trocas, fazer uma valorização do lúdico, da convivência, do coletivo, da comunidade, trazendo o cotidiano e a vida das pessoas para dentro desse espaço grupal.

Como descrito nos resultados, as atividades desenvolvidas no grupo observado parecem ser plurais e inclusivas. São atividades diversas de incentivo ao autocuidado e beleza, recreação, festa, passeios e viagens e educação em saúde. Assim, o grupo observado mostra ser um grupo que se diverte, que celebra datas comemorativas, que faz passeios e viagens, que vai a museus e cafés, que se relaciona e troca com outros grupos, ou seja, é um grupo dinâmico, em movimento e transformação.

Nesse sentido, parece existir no grupo um espaço social, no qual podem ser realizadas diversas atividades ao mesmo tempo. É possível conversar, sorrir, dançar, aprender, fortalecer laços e fazer novas amizades. Além disso, a fala de alguns participantes denota que, ao realizarem as atividades propostas, parecem estar resgatando a vaidade, o prazer, a satisfação e

a alegria de poder estar junto com as outras pessoas, sendo esses aspectos também destacados no estudo de Leite, Cappellari e Sonego (2002).

Assim sendo, da mesma forma que no grupo observado, atividades semelhantes também foram desenvolvidas por outros grupos de promoção de saúde e convivência, apresentando resultados positivos e relato de satisfação de seus membros.

O trabalho de Victor et al. (2007) buscou relatar a experiência de um grupo de promoção de saúde desenvolvido no programa de Saúde da Família em Fortaleza – CE com 124 idosos, chamado de Feliz Idade. Este grupo desenvolveu atividades diversas, como caminhadas, alongamentos, oficinas, terapia comunitária, passeios, recreação e atividades comemorativas. A conclusão do estudo apontou que o trabalho desenvolvido nesse grupo trouxe mudanças significativas nos aspectos biopsicossociais dos participantes, uma vez que não se limitou a utilizar práticas normativas, repetitivas e verticalizadas, e assim contou com a participação efetiva dos sujeitos, estimulando-os para a autonomia na realização das atividades.

Da mesma forma, o estudo de Cavalcanti e Freitas (2007) objetivou relatar a experiência de trabalhar com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pacatuba-CE, especialmente em atividades grupais de lazer e saber. Esse grupo realizava atividades educativas e recreativas como caminhadas, cafés, exercícios físicos, festas, passeios, além de orientações acerca do processo saúde-doença. O estudo concluiu que a utilização desse tipo de estratégia (grupala) é muito importante, principalmente no contexto da Atenção Básica, pois auxilia na criação de vínculo entre a equipe e os usuários, favorece a participação dessa parcela populacional nas atividades e valoriza os conhecimentos e experiências, por meio de trocas entre os participantes e profissionais.

Os estudos acima citados apresentaram metodologia, resultados e conclusões semelhantes aos do grupo observado. Utilizaram-se de diversos recursos, especialmente de recursos recreativos, visto que sua utilização se fundamenta pelo fato de a recreação possibilitar interações sociais e sentimentos agradáveis de alegria e bem-estar aos envolvidos (SILVA et al, 2003).

Nesse sentido, a interação social foi outro aspecto que ficou evidenciado no presente estudo, sendo trazida como um dos significados atribuídos ao grupo estudado. Pode-se perceber que na fala de todos os participantes existe em comum o fato de que para eles o significado do grupo se ancora na integração, no encontro, na conversa, no aprender e acolher o que cada um tem para oferecer.

Assim, participar de grupos, sejam eles de promoção de saúde ou convivência é uma forma de interação e inclusão social, pois esses espaços auxiliam na melhora da autoestima, da

qualidade de vida, senso de humor e estimulam o indivíduo a adquirir e/ou resgatar uma maior autonomia, e o viver com dignidade (ALMEIDA et al., 2010; AREOSA, 2013; WICHMANN; COUTO). Isto pode se dar pela proposta participativa e interativa dos grupos, que com frequência geram um sentimento de pertencimento, de “ter uma turma”, algo valioso principalmente entre idosos dado o ocasional afrouxamento dos vínculos sociais. O grupo representa, assim, “uma instância de apoio social formal, capaz de: mobilizar o sentido de valorização da vida e do envelhecimento; despertar o interesse em desfrutar de novas interações; exercitar a solidariedade, e realizar projetos futuros” (ASSIS et al., 2009, p. 380). Desse modo, o engajamento em atividades grupais além de ampliar os vínculos sociais, pode favorecer ainda a vivência de um estado de plenitude e bem-estar, que possibilita um reforço no sentido existencial do idoso, ajudando-o a perceber seu futuro como uma história ainda em construção (VICTOR et al. 2007).

Dessa maneira, ter um grupo de referência, em que se possam compartilhar alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, propicia aos seus participantes um suporte emocional e motivação para que tenham objetivos na vida, uma vez que frequentar um grupo significa encontrar um espaço em que se pode partilhar afetos (amor, amizade...) (LEITE et al., 2002).

Nesse sentido, o estudo de Andrade et al. (2014) realizado com participantes de grupos de convivência na cidade de Cajazeiras - PB também apontou que esses encontros são extremamente importantes para os participantes, implicando grandes significados para suas vidas, inclusive quanto à vontade de viver. Para eles, participar do grupo significa a possibilidade de conhecer novas pessoas, construir amizades, aumentar a autoestima e a alegria de viver. Os participantes deste estudo, tal qual os do grupo observado, relataram a importância da criação de vínculos, especialmente de amizade no grupo, bem como a diversidade de atividades ali realizadas como viajar e conhecer lugares novos, fazer atividades físicas e de lazer, entre outros como aspectos gratificantes da participação em grupos. Além disso, parece ficar evidenciado tanto na fala da participante 2, quanto no estudo acima apresentado, que os grupos podem influenciar positivamente na relação que o participante estabelece com a vida, pois essa participante verbalizou que o grupo lhe trouxe esperança, vontade de viver e melhora na autoestima.

Assim sendo, a participação em grupos pode trazer diversos benefícios para seus participantes, como afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e estimular a adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes espaços costumam ser realizadas atividades culturais, intelectuais,

físicas, manuais, artísticas e de lazer e convívio grupal (BENEDITTI; MAZO; BORGES, 2012).

Ainda quanto às atividades, da mesma forma que no grupo observado, no estudo de Manso e Lopes (2010) com participantes de um programa de promoção de saúde, além das atividades de aprendizado, (realizadas por meio de trocas entre participantes do grupo e equipe de profissionais), foram ainda citadas diversão, distração e viagens como atividades vinculadas tanto ao bem-estar quanto à oportunidade de convívio social. Para os participantes desse estudo, o conceito de convívio social está relacionado com relacionamentos de amizade, companhia e companheirismo, sendo que a participação nas atividades propostas pelo grupo estimulou a interação social, contribuindo para afastar a sensação de isolamento, estando o significado do grupo associado à interação, à felicidade, motivação e aprendizado para seus membros.

Nesse ínterim, a atenção à saúde em grupos pode funcionar como uma rede de apoio ao proporcionar um espaço de interação, estimulando a autodeterminação, autonomia, autoestima e a capacidade de resiliência, bem como ao facilitar e complementar a troca de informações e conhecimentos entre seus participantes (GARCIA et al., 2006).

Além disso, Santos et al. (2006) destacam que a metodologia dos grupos de promoção da saúde, enquanto estrutura de intervenção coletiva e interdisciplinar, pode levar a uma transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos participantes, contribuindo também para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde. Assim sendo, no contexto da Atenção Básica, o trabalho com grupos é uma das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. Pode ser considerado também como uma alternativa para as práticas assistenciais ditas tradicionais (voltadas ao modelo biomédico), pois estes espaços compartilhados favorecem a valorização dos diversos saberes e a possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Nesse sentido, os grupos são uma aposta para o rompimento das práticas que reduzem as noções de cuidado ao modelo curativista, desde que estes sejam permeados pela lógica da criatividade, cuidado e crítica, visando à construção da autonomia dos integrantes e à dinamicidade de suas relações (ANDRADE; AMORIM; NATAL, 2016). Sua potencialidade, para além do encontro com o outro, repousa na possibilidade de promover saúde e educação por meio da articulação entre saberes técnicos e populares, bem como na possibilidade de mobilizar recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde (BUSS, 2003; MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Nesse sentido, outro fator bastante evidenciado no presente estudo foi o caráter informativo/educativo que o grupo observado apresenta. A fala de diversos participantes aponta

para a educação em saúde, como uma forma de empoderamento dos participantes, que, quando saem dos encontros do grupo, percebem que sempre aprenderam algo novo. Seja sobre os cuidados em saúde, ou sobre informações pertinentes aos serviços ofertados na unidade de saúde e novidades da própria comunidade, os participantes referem a sensação de que saíram do grupo com algo a mais. Isso parece ser valorizado e sentido por eles como gratificante, pois ao receberem informações e conhecimentos sobre como cuidar melhor da sua saúde e sentirem-se por dentro do que está acontecendo na comunidade, parecem se sentir também capacitados para cuidar melhor de si e ajudar/ensinar outras pessoas, quando necessário.

A educação em saúde pode ser explicitada como um processo de construção e de reconstrução do conhecimento, com o enfoque em ações que auxiliem na cidadania, na autonomia do cuidado de pessoas, grupos e comunidades, bem como no exercício do controle social (BRASIL, 2011). É uma prática que, mais do que apenas difundir informações, relaciona-se com a ampliação da capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o seu modo de vida e subjetividade quanto ao contexto e pessoas ao seu redor (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Assim sendo, as práticas educativas em saúde podem se constituir em espaços de encontros com o outro, de vivências e de produção de significados que vão sendo construídos em um determinado tempo e espaço histórico, e são permeados por diferentes culturas, saberes e conhecimentos. Para tanto, as práticas educativas em saúde devem ser preconizadas numa vertente dialógica, emancipadora, participativa, criativa e ancorada na subjetividade dos envolvidos no processo (BRASIL, 2011; GAZZINELLI et.al. 2015). Desse modo, a educação em saúde pressupõe a ampliação do olhar em direção à uma práxis construtiva, pautada no desenvolvimento do diálogo e na co-construção de sentidos, indo além de uma perspectiva preventiva e de uma abordagem diretiva (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; MACHADO et al., 2007).

Apesar desse entendimento, alguns estudos têm apontado que muitos serviços de saúde ainda têm embasado suas práticas em modelos prescritivos, com enfoque no controle e na prevenção das doenças e agravos. No caso dos trabalhos realizados com grupos, acabam reproduzindo a lógica individual à realidade grupal (FERNANDES, 2007; FERNANDES, SILVA, SOARES, 2011; FERNANDES, SOARES, SILVA, 2008; MENDONÇA, NUNES, 2015; MUNARI, LUCHESE, MEDEIROS, 2009). Assim sendo, em decorrência da utilização da concepção bancária de educação em saúde, na qual há a transmissão de conhecimentos técnicos, sem considerar o saber popular, e as demandas acabam sendo geradas pelos



profissionais e não pelos usuários, existe uma possibilidade muito maior de insucesso das atividades de grupo (PEREIRA et al., 2007).

Por outro lado, a possibilidade de articulação entre os conhecimentos técnicos e o saber popular, ao estreitar as relações entre os profissionais e os usuários do serviço através da produção coletiva de saúde, pode ser considerada como uma alternativa importante de potencialidade terapêutica no campo grupal (BUSS, 2003; MAFFACCIOLLI, LOPES, 2011). Isso porque promover a aproximação entre o saber do senso comum e o saber profissional permite a “interpenetração” de saberes, possibilitando aos sujeitos adotar o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde, sendo esse um dos objetivos da educação em saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Isso pode ser percebido através do relato dos participantes do grupo, quando relatam que, no grupo, eles tanto aprendem quanto ensinam. Os participantes referem que existe uma construção coletiva e interativa de saberes, na medida em que sugerem os temas a serem discutidos, ou participam trazendo sua opinião e conhecimento acerca de uma determinada temática. Os profissionais da saúde levam o conhecimento científico, porém não deixam de dar espaço e visibilidade para o conhecimento que os participantes ali compartilham.

Dessa forma, a experiência do trabalho em grupo pode favorecer a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada por seus membros, auxiliando no desenvolvimento de processos reflexivos que apontem estratégias de enfrentamento dos desafios, necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde dos indivíduos e coletividades. Além disso, o trabalho em grupo, quando realizado por meio de uma lógica dialógica e emancipadora, pode levar a uma quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o usuário (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; SOUZA et al., 2005).

Para que isso ocorra, as temáticas das atividades educativas devem partir da própria realidade dos envolvidos e não serem previamente estabelecidas pelos profissionais. As demandas devem ser trazidas de forma espontânea, a partir das necessidades do grupo, e as informações precisam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida, serem participantes do processo de construção de sua saúde e serem protagonistas de suas histórias (ALVES; AERTS, 2011; HOGA; REBERTE, 2007).

Dessa maneira, o grupo observado parece possibilitar essa construção coletiva e contextualizada, trazendo a discussão de temáticas sugeridas pelo grupo, bem como aspectos da própria comunidade para esse espaço coletivo. Um exemplo pode ser a atividade sobre o

mosquito da dengue, onde os profissionais trouxeram imagens e exemplos encontrados na própria comunidade para alertar sobre os perigos do mosquito e mostrar estratégias criativas para combate de possíveis focos de contaminação.

Além disso, Mallmann et al. (2015) apontam que a educação em saúde seria uma prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e das coletividades, que conseqüentemente, pode incidir sobre a qualidade de vida e saúde das pessoas. Nesse sentido, o trabalho de educação em saúde com grupos pode favorecer o desenvolvimento de estratégias que mobilizam forças de seus membros no sentido de proporcionar mudanças, as quais podem assim repercutir não somente no indivíduo, mas na família e até na comunidade (FERNANDES, 2007). Essas mudanças, segundo Freire (2011), acontecem a partir do agir e do refletir, e não apenas pela apreensão de um novo saber. Elas se iniciam pelo ato de conhecer, passando pela reflexão crítica do sujeito, o que o leva à ressignificação de suas práticas e à redescoberta de um modo de manter e fazer saúde, pautado por uma nova forma de viver (DIERCKS; PEKELMAN, 2007). Ou seja, para que a mudança ocorra, é necessário mais do que apenas a aquisição de conhecimentos sobre determinado assunto, mas é necessário também a sua aplicação na vida diária (LUNARDI et al., 2000).

Isso quer dizer que além de apenas aprender sobre um determinado assunto, as pessoas precisam ter uma vivência concreta a respeito do que está sendo falado. A participante 1 verbaliza que vai para casa pensando no que escutou no grupo, no que os colegas e equipe falaram. Essa troca de informações é uma das grandes potencialidades que o grupo apresenta, pois a experiência de compartilhar, de ouvir e ser ouvido favorece mecanismos de identificação e empatia, especialmente quando se trata de grupos (SOARES, 2005).

Desse modo, o trabalho de educação em saúde com grupos pode contribuir para o desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e de suas condições de vida e saúde, para a potencialização de processos coletivos de organização e concretização de ações de mudança, bem como para o compartilhamento de conhecimentos que derivem das experiências de vida (GAZINELLI, 2015; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A importância do compartilhamento de experiências ficou evidenciada nas falas de diversos participantes do presente estudo, como, por exemplo, quando verbalizam que o grupo é um espaço onde se pode aprender com os outros, e que as pessoas sempre têm o quê ensinar. Especialmente nas falas dos participantes 10 e 6, fica explicitada a importância e o valor que a experiência de vida de outros participantes tem para eles.

Sommerhalder e Nogueira (2000) referem que a interação entre gerações mais novas e mais velhas pode ser um dos fatores estruturante da sociedade, visto que os mais velhos costumam transmitir e compartilhar conhecimentos, costumes e tradições por meio de suas histórias, vivências e ações. O conhecimento dito popular é passado assim de geração em geração, de pessoa para pessoa através dos grupos sociais de que o indivíduo participa. Dessa forma, essa troca e transmissão de conhecimentos que acontece nos grupos em geral, acontece também no grupo de promoção de saúde observado. Parece que essas trocas são percebidas como importantes para o autocuidado e para o empoderamento de seus membros, que sentem que podem também passar seu conhecimento a diante, tanto ali, quanto em outros espaços por onde transitam.

Além disso, Cavalcante e Freitas (2007) apontam em seu trabalho que os participantes daquele grupo também eram estimulados a participarem das atividades, expondo seus conhecimentos, dando exemplos do dia-a-dia e fazendo relatos de suas experiências. Tinham a liberdade de intervir com perguntas e comentários sempre que desejassem, e isso enriquecia as atividades propostas, descontraía o ambiente e servia de modelo aos participantes mais tímidos, que podiam se espelhar nos participantes mais ativos/participativos, pois, no grupo, o acolhimento era uma constante.

Dessa maneira, como pode ser observado, a educação em saúde tem como uma de suas principais características o desenvolvimento de ações educativas grupais, em vista da importância do trabalho em grupo como instrumento fundamental no atendimento da complexidade da promoção e da educação em saúde nas comunidades (SOUZA et al., 2005).

Além disso, pode-se perceber que o Grupo de Promoção de Saúde observado parece oferecer diversos benefícios aos seus participantes, que descrevem a vivência de momentos bons, alegres e divertidos no grupo e verbalizam que esses momentos são marcados por afetos e trocas, os quais deixam marcas e boas lembranças. Da mesma forma, os participantes do grupo reconhecem nele um espaço de pertencimento, no qual além da possibilidade de interação, também podem adquirir mais conhecimentos e informações. Desse modo, os elementos apresentados parecem dar subsídios para justificar a permanência no grupo e o desejo dos participantes em continuar frequentando o mesmo no futuro.

### **Considerações finais**

Inicialmente destaca-se a relevância da trajetória de vida do grupo. Como pode-se perceber, esse grupo apresenta mais de 20 anos de história, ao longo dos quais passou por

algumas mudanças, algo esperado para um espaço construído coletivamente com a participação de equipe de saúde, mas principalmente com a de seus usuários/participantes. Espera-se, para um grupo de cunho comunitário e de promoção de saúde, que este acompanhe as mudanças que ocorrem na realidade social em que se insere, sendo um espaço em constante transformação.

Além disso, as práticas grupais realizadas no contexto da Atenção Básica devem ser pautadas por uma concepção ampliada de saúde, na qual os usuários sejam protagonistas nos processos de tomada de decisão sobre ações de saúde voltadas a eles ou a sua comunidade, numa perspectiva de co-responsabilização e vínculo com a equipe de saúde. Dessa forma, pode-se perceber que o grupo observado parece trabalhar nessa perspectiva, construindo saberes e fazeres compartilhados, valorizando e estimulando a participação de cada um e buscando formas criativas de desenvolver suas práticas. Utiliza-se da tecnologia leve de cuidado, desenvolvendo-se de forma a ser um trabalho vivo em ato, permeado pela ética do encontro.

Entre os significados atribuídos ao grupo, a integração e interação se destacam por terem sido fortemente enfatizadas pelos participantes e também evidenciadas pela pesquisadora durante as observações. Para eles, participar do grupo significa interagir com outras pessoas, fazer amizades, ter momentos de lazer, conviver com pessoas diferentes, e aprender com elas. Dessa forma, o caráter educativo também ficou evidenciado, pois os participantes reconhecem sempre ter saído do grupo com algo a mais, com mais conhecimento e informações, sentindo-se, assim, mais fortes e empoderados.

O presente estudo, entre suas contribuições, demonstra também que as práticas grupais, quando construídas coletivamente, por meio de trocas afetivas e valorização do outro, podem ser inclusivas e proporcionar um espaço legítimo de fala, de produção de sentidos, vida, saúde e subjetividade, favorecendo que os participantes se sintam motivados a continuar participando do grupo.

Além disso, a partir da análise, pode-se perceber que o grupo foco deste estudo norteia suas ações tendo por base os princípios e diretrizes do SUS, demonstrando que é possível implementar nos serviços de saúde práticas grupais ancoradas no acolhimento, vínculo e integralidade do cuidado, sendo essa outra importante contribuição do estudo.

Salienta-se, entretanto, que este trabalho apresentou uma experiência grupal no contexto da Atenção Básica, circunscrita a uma realidade, sendo essa uma das limitações do estudo. Nesse sentido, dada a diversidade de possibilidades de fazeres no campo das práticas coletivas, reforça-se a importância da realização de outros estudos que possam abordar essa temática em outros contextos. Espera-se que tais estudos possam servir de referência para que cada vez mais

se consiga fortalecer as práticas grupais e coletivas nas políticas públicas de saúde, sendo essas, de fato, comprometidas com a transformação da realidade social.

Além disso, espera-se também que o presente trabalho possa servir de inspiração para que essa temática venha a ser foco de maior interesse da psicologia, ajudando a superar antigos estigmas e limitações históricas no que se refere a práticas grupais, ampliando a discussão e participação da categoria nos contextos da saúde pública.

## Referências

- ANDRADE, C. F.; AMORIM, S. C.; NATAL, T.B. Clínica comum com ênfase nos grupos. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; RODRIGUES, T.F.; DIAS, I. M.A.V (Org.). Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 275-296. 2016.
- ALMEIDA, E. A. et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 3, p. 435-443, 2010.
- ALMEIDA, P. et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Sobama, Marília*, v. 18, n. 1, p. 53-64, 2017.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ.* v. 9, p. 39-52, 2005.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 319-325, 2011.
- ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. Â. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 118-131, Mar. 2005.
- ASSIS, M. et al. Evaluation of a health promotion project at the Elderly People's Care Center: an exploratory study. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.367-82, 2009.
- ATHANIEL, M. A. S.; SAITO, R. X. S. Saúde do adulto — doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes mellitus. In: OHARA, E. C. C.; SAITO X. S. S. *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari; 2010.
- BARBOSA, M. I. S. Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 8, n. 1, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.
- BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília: 2002a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Manual de Operação - HiperDia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017.

BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA. D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 15-38, 2003.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura de vida familiar*. Tradução Adriana Veríssimo Veronese. São Paulo: Artmed, 2001.

CARVALHO. P. M. G. *Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na estratégia saúde da família*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, 2009.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em Saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm.* v. 61, n. 2, 2008.

CAVALVANTE, P. M. T.; FREITAS, M. C. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pacatuba – CE. *Rev. RENE. Fortaleza*, v. 8, n. 1, p. 92-99, 2007.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). *Educação em Saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

CHAGAS, A. M.; ROCHA, E. D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 1, p. 94-96, 2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.16, n. .1, p.1547-1554, 2011.

D'AGOSTINI, C. L. F.; CASAGRANDE, S. L. PERCEPÇÃO DA MORTE NA VISÃO DO IDOSO. *Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos*, 2015.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.* - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FERNANDES, M. T. O. *Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural.* Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B. SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1331-1340, 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. *REME rev. min. Enferm*, v. 12, n.3, p. 335-341, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido.* 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 3, n. 2, p. 92-100, 2006.

GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

GAZZINELLI, M. F. et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 2, p. 284-291, 2015.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 2012. p. 79-108.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line), v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002.



- LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012.
- LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competencies for educational activities in nursing. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 177-183, 2008.
- LUNARDI, V. L. et al. Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de diabetes mellitus. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 29-34, 2000.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.
- MACHADO, W. D. et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, v. 3, n. 2, p. 445-451, 2017.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 973-982, 2011.
- MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.
- MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde. *RBM*, v. 67, p. 12-19, 2010.
- MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* v. 65, n. 6, p. 991-999, 2012.
- MELO L. P. et al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 180-188, 2011.
- MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDONÇA, F. M.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MUNARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Ciênc Cuid Saúde*, v. 8, p. 148-154, 2009.

OLIVEIRA, M. B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. *Rev Rene*. v.14, n. 5, p. 894-903, 2013.

OSORIO, L. C. *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 17 – 24, 2006.

PEREIRA, Q. L. C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, 2007.

PEREIRA, S. M. et al. Equidade do acesso a atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. *Revista de APS*, v. 18, n. 3, p. 325-334, 2016.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de saúde pública*, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SANTOS, E. T.; CARDOSO, C. L. Experiências de participantes em um Grupo de Promoção de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, v. 39, n. 4, p. 6, 2008.

SICARI, A. A. et al. Psicologia e educação popular: uma estratégia de promoção da saúde. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 135-146, 2014.

SILVA, D. G. V. da et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & contexto enferm*, v. 12, n.1, p. 97-103, 2003.

SILVA, B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 24, núm. 1, p. 16-23, 2011.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p. 91-104. 2005.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOARES, T. C. "A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicol. ciênc. prof.* [online], v. 25, n.4, p.590-601, 2005.

SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falarem boa velhice*. Campinas: Papirus, p.101-12, 2000.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. vol. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

SOUZA, D. B. A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. *Uningá Review*, v.15, n.1, p.23-28, 2013.

SOUZA, A. O. T.; PAULA, A. B. R.; OLIVEIRA, F. B. M. Construção e avaliação de um website sobre saúde do idoso. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, v. 1, n. 1, p. 9-16, 2015.

SCHLINDWEIN, L. M.; SOARES, M. L. P. Estética e educação: construindo significados e sentidos a partir de vivências. *II Colóquio de Psicologia da Arte: a correspondência das artes e a unidade de sentidos*, São Paulo, p. 1-10, 2007.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p. 878-888, 2010.

TEIXEIRA, C. et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 16, n. 4, 2014.

TURATO, E. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VIEIRA, L. L. et al. The elderly and the family caregiver: the home care in the light of Imogene King. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 7, n. 9, p. 5500-5509, 2013.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2. ed. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 2000.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, v. 51, n. 1306, p. 23-50, 1920.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que originou esta dissertação teve como objetivo compreender os significados atribuídos a um Grupo de Promoção de Saúde por seus participantes. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, a qual apresentou como perspectiva epistemológica a Sociologia Compreensiva. Nesse sentido, este estudo levou em consideração as relações, as histórias e as produções simbólicas de seus participantes, tendo em vista que as experiências e vivências de cada pessoa são contextualizadas e envolvidas pela cultura, especialmente a dos grupos nos quais ela se insere. Além disso, por ser uma pesquisa qualitativa, trabalhou com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes sob a ótica dos atores envolvidos, considerando esse conjunto de fenômenos como parte da realidade social. Desse modo, para melhor compreender a realidade e a dinâmica do grupo observado, a pesquisadora lançou mão de duas técnicas complementares para a produção das informações que foram postas em análise, as técnicas de entrevista semiestruturada e de observação.

Pode-se perceber que o uso conjunto dessas duas técnicas foi uma escolha acertada, pois trouxe mais elementos e maior riqueza de detalhes, permitindo, através da triangulação, que a pesquisadora pudesse ter uma compreensão mais vasta do objeto pesquisado. Nesse sentido, os elementos observados pela pesquisadora ao longo dos encontros foram corroborados com os discursos dos participantes e auxiliaram na compreensão e na interpretação dos fenômenos que aconteciam no grupo pesquisado.

Ademais, a inserção da pesquisadora no campo foi outro aspecto considerado importante na realização desta pesquisa, na medida em que a pesquisadora participou de quatro encontros do respectivo grupo, sendo acolhida tanto pela equipe, quanto por seus participantes. Assim, o acolhimento e o vínculo, aspectos amplamente referidos e discutidos nesta pesquisa, também puderam ser vivenciados pela pesquisadora, tanto durante as observações do grupo, quanto durante a realização das entrevistas, pois os participantes do grupo, bem como a equipe, especialmente antes do início e após o término das atividades, conversavam e interagiam com a pesquisadora de forma espontânea e calorosa.

Desse modo, ao fim do último encontro observado pela pesquisadora, esta fez uma fala em agradecimento à oportunidade e ao acolhimento afetivo recebido por todos do grupo. Nessa ocasião, alguns participantes e profissionais da equipe também agradeceram a presença da pesquisadora ali e a convidaram a permanecer acompanhando o grupo e participando de outras atividades oferecidas pela unidade de saúde.

Além disso, durante a realização das entrevistas, os participantes, em sua grande maioria, manifestaram-se verbalmente expressando alegria e valorização com o convite, com a oportunidade de poder falar sobre suas vivências. Vários deles trouxeram falas muito significativas a esse respeito, o que parece demonstrar que a pesquisa qualitativa pode apresentar uma importante contribuição, um benefício a curto prazo para seus participantes ao possibilitar um espaço legítimo de fala e escuta, onde pesquisador e pesquisado estabelecem uma relação recíproca de troca. Nesse sentido, uma das participantes, ao final da entrevista, verbalizou que iria guardar a via do termo de consentimento livre e esclarecido que lhe foi entregue junto com seus documentos, evidenciando um lugar simbólico de importância a essa experiência. Outra participante, mesmo em um dia chuvoso de inverno, saiu de casa para participar da entrevista e verbalizou que foi a primeira vez que teve a oportunidade de participar de uma atividade dessa natureza e que por isso ela não podia deixar de ir. Outra participante, por exemplo, perguntou se a pesquisadora precisava de mais informações e se colocou à disposição para caso fosse necessário contato em outro momento. Esses, dentre outros vários exemplos, parecem demonstrar que os usuários perceberam o espaço da entrevista como em espaço importante.

Nesse sentido, ao final da realização das entrevistas, a partir do momento em que todos os participantes agradecem pela oportunidade de escuta, pode-se inferir que esses se sentiram bem, pois disseram frases como: “foi muito boa a conversa” ou “até me animei”, o que parece demonstrar mais um aspecto positivo da presente pesquisa.

Outro aspecto relevante e surpreendente a respeito da presente pesquisa foi o fato de todos os convidados terem aceito o convite para participar da entrevista e comparecido para a realização da mesma, apesar de alguns apresentarem algumas dificuldades (como idade avançada, diminuição da acuidade auditiva, dificuldades físicas de locomoção, ou até mesmo pelo clima chuvoso e frio) que poderiam prejudicar suas presenças, o que nos leva a crer que esses participantes pareciam estar comprometidos com a pesquisadora, evidenciando a potencialidade do vínculo estabelecido. Além disso, outro fator recorrente durante as entrevistas foi a longa duração das mesmas, tendo a grande maioria delas apresentado mais de uma hora de duração. Isso nos faz pensar que os participantes tinham muita coisa para falar, muitas histórias e vivências e parecem ter se sentido à vontade no momento da entrevista para compartilhá-las com a pesquisadora, talvez até pelo fato desta ser uma psicóloga. Assim, os elementos apresentados parecem deixar evidente a importância da escuta como uma potência no trabalho de pesquisa, e também no campo das práticas coletivas e grupais.

Outrossim, sabe-se que a Psicologia desenvolve estudos a respeito dos fenômenos grupais, tendo diversos pesquisadores trabalhado sobre esse aspecto no campo das práticas psicológicas. Entretanto, percebe-se que ainda há uma certa carência de estudos que olhem para as práticas grupais nos contextos de saúde, especialmente na Atenção Básica. Nesse sentido, espera-se que esse tipo de temática possa ser foco de interesse da categoria, pois nossa profissão pode contribuir para o entendimento desses processos, desmistificando o papel e o tipo de práticas a serem desenvolvidas pelos psicólogos, ajudando a superar antigos estigmas e limitações históricas da categoria na saúde pública brasileira, em especial no que se refere às práticas grupais.

Além disso, espera-se, ainda, que a Psicologia possa ampliar sua inserção no campo das políticas públicas, especialmente na Atenção Básica. Tem-se o ideal de que a Psicologia possa, assim, estar cada vez mais presente no território, desenvolvendo suas práticas, de modo a fortalecer as práticas multiprofissionais e coletivas, bem como ações de promoção de saúde, indo além da transposição de uma clínica individual para o campo comunitário. Nesse sentido, corroborando nosso posicionamento, tanto a equipe, quanto os participantes da pesquisa amplamente reforçaram a importância da inserção da Psicologia nesse contexto.

Destaca-se, além disso, a relevância da trajetória de vida do grupo, uma vez que o grupo apresenta mais de 20 anos história, ao longo dos quais passou por algumas mudanças, algo esperado para um espaço construído coletivamente com a participação de equipe de saúde, mas principalmente com a de seus usuários/participantes. Espera-se, para um grupo de cunho comunitário e de promoção de saúde, que este acompanhe as mudanças que ocorrem na realidade social em que se insere, sendo um espaço em constante transformação.

Acredita-se, ademais, que as práticas grupais realizadas no contexto da Atenção Básica devem ser pautadas por uma concepção ampliada de saúde, na qual os usuários sejam protagonistas nos processos de tomada de decisão sobre ações de saúde voltadas a eles ou a sua comunidade, numa perspectiva de co-responsabilização e vínculo com a equipe de saúde. Dessa forma, por meio da aproximação com o grupo pesquisado, pode-se perceber que este parece trabalhar nessa perspectiva, construindo saberes e fazeres compartilhados, valorizando e estimulando a participação de cada um, buscando formas criativas de desenvolver suas práticas.

A presente pesquisa propôs-se ainda a discutir a importância da equipe para a efetivação do cuidado na atenção básica, especialmente no contexto das práticas grupais. Nessa seara, pode-se perceber que os profissionais de saúde, especialmente as gentes comunitárias, têm uma grande importância, tanto na entrada, quanto na permanência dos usuários no grupo de promoção de saúde observado. Parece que as práticas dos profissionais que coordenam esse

grupo estão afinadas com os preceitos da saúde pública, pois os profissionais dessa equipe buscam aproximação e estreitamento dos vínculos com os usuários, por meio de uma relação mais horizontalizada, que valoriza os usuários e os coloca como co-construtores do próprio grupo e de seus processos de cuidado.

Assim, a partir da análise, pode-se constatar que o grupo foco deste estudo norteia suas ações tendo por base os princípios e diretrizes do SUS, demonstrando que é possível implementar nos serviços de saúde práticas grupais ancoradas no acolhimento, vínculo e integralidade do cuidado, sendo essa outra importante contribuição do estudo.

Além disso, o grupo observado pode ser considerado um território existencial, pois por ele circulam várias subjetividades que, ao interagirem, modificam-se e se (re)constróem. Dessa maneira, além de apresentar um caráter comunitário, o grupo *De bem com a Vida* utiliza-se da tecnologia leve de cuidado, desenvolvendo suas práticas de forma a constituir um trabalho vivo em ato, permeado pela ética do encontro, o que parece dar subsídios para a comprovação de que a ‘tecnologia leve’ de cuidado pode ser revolucionária.

O presente estudo, entre as contribuições já destacadas, demonstra também que as práticas grupais, quando construídas coletivamente, por meio de trocas afetivas e valorização do outro, podem ser inclusivas e proporcionar um espaço legítimo de fala, de produção de sentidos, vida, saúde e subjetividade, favorecendo com que os participantes se sintam motivados a continuar participando.

Já entre os significados atribuídos ao grupo, a integração e a interação se destacam por terem sido fortemente enfatizadas pelos participantes e também evidenciadas pela pesquisadora durante as observações. Para eles, participar do grupo significa interagir com outras pessoas, fazer amizades, ter momentos de lazer, conviver com pessoas diferentes e aprender com elas. Dessa forma, o caráter educativo também ficou evidenciado, pois os participantes relataram sentimentos de satisfação após o término de cada encontro do grupo, dizendo sempre saírem do grupo com algo a mais, com mais conhecimento e informações, sentindo-se, assim, mais fortes e empoderados.

É imprescindível reconhecer, entretanto, uma das limitações deste trabalho, que apresenta uma experiência grupal no contexto da Atenção Básica circunscrita a uma realidade, ainda que a pesquisa qualitativa sobre a qual esteve ancorado metodologicamente este estudo justifique a decisão desse recorte.

Nesse sentido, considerando que a realidade brasileira é ampla e plural e que há uma diversidade de possibilidades de fazeres no campo das práticas coletivas, reforça-se a importância da realização de outros estudos que possam abordar essa temática em outros

contextos, de forma que outras realidades e práticas possam ser conhecidas e sirvam de referência para que cada vez mais se consiga fortalecer as práticas grupais e coletivas nas políticas públicas de saúde, sendo essas, de fato, comprometidas com a transformação da realidade social.

Nesse sentido, entende-se que o conhecimento aqui produzido é aproximado, não podendo ser generalizado, visto que foi construído em determinado contexto e momento histórico. Porém, acredita-se que os dados aqui apresentados e discutidos podem apontar para alguns caminhos de reflexão no que diz respeito às práticas grupais na Atenção Básica, demonstrando que os Grupos de Promoção de Saúde podem ser um dispositivo efetivo de cuidado, capazes de proporcionar impactos positivos aos seus membros, além de um espaço de acolhimento, pertencimento e vínculo. Destacam-se, também, os desafios que tais práticas provocam no fazer da psicologia e sua formação, considerando a relevância e a emergência de reflexões nesse sentido. Espera-se que este estudo possa contribuir nessa direção, ampliando o debate crítico e comprometido com os desafios das atuais políticas públicas.

Desse modo, sobretudo em tempos nos quais se vive uma crise de valores que assola vários segmentos da sociedade, aproximar-se de uma experiência tão marcada por relações construídas no cuidado é, sem dúvida, reconhecer essa experiência como um ato de resistência que deve ganhar visibilidade, evidenciando que sim, é possível fazer políticas públicas, como preconiza a legislação.

Reconhecer essa possibilidade é ampliar o olhar para que outras tantas experiências possam se constituir, pois se espera, através do compartilhamento deste estudo, fomentar práticas pautadas na construção coletiva e cuidadosa, com valor para os afetos, as relações e o acolhimento.

Por fim, acredita-se que a fala de um dos participantes possa ser a melhor conclusão desse estudo: **“e aí tu para e pensa né, mas é bom o grupo, o grupo é muito bom”**.

**(p6)**



## 7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Sobama, Marília*, v. 18, n. 1, p. 53-64, 2017.
- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst.*, v. 30, n. 3, p. 255–260, 2012.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ.* v. 9, p. 39-52, 2005.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 319-325, 2011.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
- ANDALÓ C. S. A. O papel de coordenador de grupo. *Psicologia USP*, v. 12, n. 1, p. 135-52, 2001.
- ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.
- ANDRADE, C. F.; AMORIM, S. C.; NATAL, T.B. Clínica comum com ênfase nos grupos. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; RODRIGUES, T.F.; DIAS, I. M.A.V (Org.). Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 275-296. 2016.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*[online], v. 8, n.1-2, p. 85-91, 2000.
- ANTÓNIO, P. A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 11, n. 1, p. 15-27, 2010.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. Â. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005.
- ASSIS, M. et al. Evaluation of a health promotion project at the Elderly People's Care Center: an exploratory study. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.367-82, 2009.

ATHANIEL, M. A. S.; SAITO, R. X. S. Saúde do adulto — doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes mellitus. In: OHARA, E. C. C.; SAITO X. S. S. *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari; 2010.

BARBIANI, R.; DALLANORA, CR.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

BARBOSA, M. I. S. Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 8, n. 1, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORBA, A. K. O. T. et al. Educação em saúde: experiência de grupo operativo para idosos diabéticos. *Rev enferm UFPE on line*. v. 5, n.11, p. 2675-81, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 18055-18059, 1990a.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde (BR), Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília: 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Manual de Operação - HiperDia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.o de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DAnT). Brasília, 2015. [Acesso em: 06 de março de 2018]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id\\_area=448](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009.

BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA. D.;

FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 15-38, 2003.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 29-41, 2009.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. *Saúde paidéia*, São Paulo: HUCITEC; p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura de vida familiar*. Tradução Adriana Veríssimo Veronese. São Paulo: Artmed, 2001.

CARVALHO. P. M. G. *Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na estratégia saúde da família*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, 2009.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em Saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm*. v. 61, n. 2, 2008.

CAVALCANTE, P. M. T.; FREITAS M. C. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Pacatuba – CE. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 92-99, jan./abr.2007.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 315-328, 2009.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). *Educação em Saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

CHAGAS, A. M.; ROCHA, E. D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 1, p. 94-96, 2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.16, n. .1, p.1547-1554, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 016, de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica* [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

D'AGOSTINI, C. L. F.; CASAGRANDE, S. L. PERCEPÇÃO DA MORTE NA VISÃO DO IDOSO. *Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos*, 2015.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DIÓGENES, J. M. P. et al. Psicologia comunitária e atenção básica em saúde: contribuições para abordagem com grupos. *Sanare*, Sobral - v. 15, n. 1, p. 32-38. 2016.

FALKEMBACH, E. M. F. *Diário de Campo: um instrumento de reflexão. Contexto e Educação*. Universidade de Ijuí, v. 2, n. 7, julho /set, p. 19-24, 1987.

FAVORETO, C. A. O. *Saúde da família: do discurso e das práticas*. 2002, 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009.

FELIPE, G. F. *Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso*. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2001.

FERNANDES, M. T. O. *Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural*. Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, M. T. O.; LOÉS, R. R. *O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos*. 2003. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B. SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1331-1340, 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. *REME rev. min. Enferm*, v. 12, n.3, p. 335-341, 2008.

FERNANDES, W. R. Gestão do trabalho em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 115-123, 2014.

FERREIRA, V. R. T.; MOUSQUER, D. N. Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da UNC*, v. 1.2, n. 1, p. 54-61, 2004.

FERREIRA, T. H.; SAMPAIO, C. C. Pedagogia hospitalar: uma observação não-participante em classe seriada do hospital Santo Antônio. In: Reunião Anual da SBPC, 57<sup>a</sup>. *Anais - Fortaleza, CE - 2005*.

FERRI, S. M. N. et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *A Reforma Sanitária é uma Reforma Solidária*. Boletim do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Brasília, 2007. Divulgado durante a 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde em dez. 2007.

FRANCA, C. L. et al. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. v.17, n.2, p. 337-345, 2012.

FRANCO, T. F. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: LAPPIS, CEPESC – IMS/UERJ, Abrasco; p. 459-473, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 1, p. 7-19, 2012.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 3, n. 2, p. 92-100, 2006.

GALAVOTE, H. S. et al. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitoria (ES, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagen e som*. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conceitos, representações sociais e experiências de doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GAZZINELLI, M. F. et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 2, p. 284-291, 2015.

GIOVANELLA, L. *Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro, CEBES, 2002.

GIL, A. C. Observação. In: \_\_\_\_\_. *Métodos e Técnicas em Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas. Cap. 10, p. 110-116, 1999.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 79-108.

GOULART, F. A. A. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. 13. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

GUATTARI, F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013 .

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: está é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 222, n. 2, p. 201-210, 2006.

HELENO, M. G. V.; ANTONIA, C. Promoção e educação para a saúde: Um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 5, n. 2, p. 189-194, 2004.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, 594-601, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. *Técnicas de Pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas. Cap. 3, p. 87-92, 2002.

LANZONI, G. M. M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev. Rene*. v. 15, n. 1, 2014.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line), v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002.

LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competencies for educational activities in nursing. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 177-183, 2008.

LOCH-NECKEL, G. et al, Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1463-1472, 2009.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan-mar, 2015.

LUNARDI, V. L. et al. Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de diabetes mellitus. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 29-34, 2000.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 919-930, 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 174-179, 2009.



MACHADO, W. D. et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, v. 3, n. 2, p. 445-451, 2017.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 973-982, 2011.

MALLMANN, D. G. et al . Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Rev. Mineira Enferm.*, v.7, n.1, p.61-6, 2003.

MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde. *RBM*, v. 67, p. 12-19, 2010.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* v. 65, n. 6, p. 991-999, 2012.

MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou. *Rev Bras Saúde Família*, v. 5, n. 7, p. 30-41, 2004.

MELO L. P. et al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 180-188, 2011.

MELO, L. P.; CAMPOS, E. A. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 22, n.6, p. 980-987, 2014.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, F. M.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro*, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R., organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998.

\_\_\_\_\_. *Saúde: Cartografia do Trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson E. et al. (Orgs.) *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, p. 15-36, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: ABEditora; 2003.

MUNARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Ciênc Cuid Saúde*, v. 8, p. 148-154, 2009.

MURTA, S. G. A. prática grupoterápica sob o enfoque psicoeducativo: uma introdução. In \_\_\_\_\_. (Org.). *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos*. Goiânia: Porã Cultural, 2008.

NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, S. M. Enfermagem e o cuidar - construindo uma prática de relações. *J.Assoc. Bras. Enferm.*, v.46, n.2, p.12-5, 2004.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDAO, I. R. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011.

OLIVEIRA, L. A. et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, abr-jun, 2016.

OLIVEIRA, M. B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. *Rev Rene*. v.14, n. 5, p. 894-903, 2013.

OLIVEIRA, T. K. *Revisão integrativa sobre violência no trabalho contra os profissionais de saúde da atenção básica*. Trabalho De Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

OSORIO, L. C. *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review. Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Pakistan; 2010.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Ministério da Saúde. *Caderno Humaniza SUS*, v. 1, p. 63-71, 2010.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 17 – 24, 2006.

PEREIRA, Q. L. C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, 2007.

PEREIRA, S. M. et al. Equidade do acesso a atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. *Revista de APS*, v. 18, n. 3, p. 325-334, 2016.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. *O Mundo da saúde*, v. 24, n. 4, p.235-6, 2000.

PINHEIRO, L. M. H. A importância da Psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2005.

RASERA, F.; ROCHA, R. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudos*, v. 15, n. 1, p. 35 -44, 2010.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo, Atlas, 2010.

RIBEIRO, E. M. *Concreticidade do vínculo do/no Programa da Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiros em uma realidade de implantação do Programa [tese]*. Santa Catarina: Centro de Ciências, Universidade de Santa Catarina; 2005. 287f.

RIBEIRO, J. P. *Gestalt-terapia: O processo Grupal – Uma Abordagem Fenomenológica da Teoria de Campo e Holística*. São Paulo: Summus, 1994.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

RUTSATZ, S. N. B.; CÂMARA, S. G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, n. 23, 55-64, 2006.

SACARDO, D.P.S.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org.) *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, p. 111-129, 2007.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de saúde pública*, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SANTOS, E. T.; CARDOSO, C. L. Experiências de participantes em um Grupo de Promoção de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, v. 39, n. 4, p. 6, 2008.

SANTOS MACIEL, M. et al. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família-NASF. *Saúde (Santa Maria)*, v. 41, n. 1, p. 117-122, 2015.

SCHLINDWEIN, L. M.; SOARES, M. L. P. Estética e educação: construindo significados e sentidos a partir de vivências. *II Colóquio de Psicologia da Arte: a correspondência das artes e a unidade de sentidos*, São Paulo, p. 1-10, 2007.

SECCO, A. C.; PARABONI, P.; ARPINI, D. M. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com Diabéticos e Hipertensos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 25, n. 1, p. 9-15.

SICARI, A. A. et al. Psicologia e educação popular: uma estratégia de promoção da saúde. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 135-146, 2014.

SILVA, D. G. V. da et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & contexto enferm*, v. 12, n.1, p. 97-103, 2003.

SILVA, B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 24, núm. 1, p. 16-23, 2011.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. *Avaliação Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 597-605, 2004.

SILVA, J. P.; ROTEMBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, 2004.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p. 91-104. 2005.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOARES, T. C. "A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicol. ciênc. prof.* [online], v. 25, n.4, p.590-601, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015*, [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falarem boa velhice*. Campinas: Papirus, p.101-12, 2000.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. vol. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

SOUZA, D. B. A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. *Uningá Review*, v.15, n.1, p.23-28, 2013.

SOUZA, A. O. T.; PAULA, A. B. R.; OLIVEIRA, F. B. M. Construção e avaliação de um website sobre saúde do idoso. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, v. 1, n. 1, p. 9-16, 2015.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Journal of Human Growth and Development*, v. 22, n. 3, p. 388-395, 2012.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional *Psi* na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 25-51, 2010.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p. 878-888, 2010.

TEIXEIRA, C. et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 16, n. 4, 2014.

TURATO, E. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VIEIRA, L. L. et al. The elderly and the family caregiver: the home care in the light of Imogene King. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 7, n. 9, p. 5500-5509, 2013.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2. ed. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 2000.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, v. 51, n. 1306, p. 23-50, 1920.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.

WEBER, M. *Basic Concepts in Sociology*. Nova York: The Citadel Press, 1964.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. WHO. Genebra, 1946.

**APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

**AUTORIZAÇÃO**

Vimos por meio deste informar que o projeto de dissertação de mestrado intitulado “**Significados atribuídos por diabéticos e hipertensos ao grupo de saúde: interfaces com qualidade de vida e adesão ao tratamento**” de autoria da discente **Ana Carolina Secco** sob orientação Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Dorian Mônica Arpini**, vinculado ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (UFSM)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral compreender o significado da participação de sujeitos diabéticos e hipertensos em grupo de saúde. Os participantes da pesquisa serão os participantes de grupos de saúde oferecidos na Atenção Básica do município de Santa Maria previamente selecionado.

*Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 28 de dezembro de 2016.

Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA**  
**SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE**  
**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE**  
**PORTARIA 0040/2007 SMS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**

**Pesquisadora responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Dorian Mônica Arpini

**Endereço:** Av. Roraima, 1000, Prédio 74B, 2º Andar – Sala 3208, CEP 97105-900,  
Santa Maria, RS, Brasil.

**Telefone:** 3220-9304

Prezado(a) Senhor(a)!

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “**Significados atribuídos por diabéticos e hipertensos ao grupo de saúde: interfaces com qualidade de vida e adesão ao tratamento**”. Este estudo está sendo desenvolvido por mim, Ana Caroline Secco, mestranda do programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Dorian Mônica Arpini.

O objetivo da pesquisa é compreender o significado da participação de sujeitos diabéticos e hipertensos em grupos de saúde. Será realizada uma entrevista semidirigida com você e serão feitas observações do grupo de saúde que você participa. Assim, a sua participação na pesquisa consistirá em responder a algumas questões sobre sua participação no grupo de saúde. A entrevista será realizada em um local previamente agendado com você, de acordo com a sua disponibilidade, e será gravada em áudio para posterior transcrição e análise do material. Os resultados do estudo poderão ser divulgados para fins acadêmicos e científicos, porém não trarão qualquer dano ou prejuízo a sua pessoa, com a garantia do sigilo e confiabilidade dos dados relativos à sua identificação. O material dessa pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia da UFSM, situado na Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 74B, CCSH, sala 3208, Campus Universitário, sendo destruído após cinco anos após a conclusão do estudo.

Se você tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Cidade Universitária – Camobi, Av. Roraima, nº 1000, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. Email: cep.ufsm@gmail.com Web: www.ufsm.br/cep.



Caso o(a) Senhor(a) aceite participar deste estudo, poderá solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Além disso, em função da natureza da pesquisa consideramos que ela apresenta riscos mínimos para você e os demais participantes. Porém se eu identificar algum sinal de desconforto psicológico comprometo-me a interromper a entrevista, avaliar a situação e, se houver necessidade de atendimento psicológico, encaminhá-lo (a) para profissionais e/ou serviços especializados na área, disponíveis na rede pública de saúde da cidade.

Os benefícios deste estudo podem advir da disponibilidade de escuta oferecida pela pesquisadora e pela oportunidade de reflexão acerca das práticas de saúde desenvolvidas por você em relação a sua doença crônica. Agradecemos sua colaboração para a realização desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220 9231, e a pesquisadora Ana Caroline Secco- fone (54) 91503012. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa Maria, RS – Telefone (55) 3220-9362.

Diante do exposto, de espontânea vontade declaro minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

---

Nome do (a) participante

---

Assinatura do (a) participante

---

Ana Caroline Secco

Pesquisadora Mestranda em Psicologia

---

Dorian Mônica Arpini

Professora do Departamento de Psicologia da UFSM - Orientadora e pesquisadora responsável pela pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**

**Pesquisadora responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

**Endereço:** Av. Roraima, 1000, Prédio 74B, 2º Andar – Sala 3208, CEP 97105-900,  
Santa Maria, RS, Brasil.

**Telefone:** 3220-9304

Prezado(a) Senhor(a)!

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**Significados atribuídos por diabéticos e hipertensos ao grupo de saúde: interfaces com qualidade de vida e adesão ao tratamento**”. Este estudo está sendo desenvolvido por mim, Ana Caroline Secco, mestranda do programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini.

O objetivo da pesquisa é compreender o significado da participação de sujeitos diabéticos e hipertensos em grupos de saúde. Para isso, serão realizadas três observações, em momentos distintos, do grupo de saúde que você coordena. A participação do grupo na pesquisa consistirá em permitir que eu possa observar a realização desses três momentos/encontros do grupo de saúde. Os resultados do estudo poderão ser divulgados para fins acadêmicos e científicos, porém não trarão qualquer dano ou prejuízo aos participantes do grupo, com a garantia do sigilo e confiabilidade dos dados relativos à identificação. O material dessa pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia da UFSM, situado na Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 74B, CCSH, sala 3208, Campus Universitário, sendo destruído após cinco anos após a conclusão do estudo.

Como a observação será não-participante, entende-se que não haverão riscos para os participantes, e os benefícios deste estudo podem advir da disponibilidade de escuta oferecida pela pesquisadora e pela oportunidade de reflexão acerca das práticas de saúde. Se você tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Cidade Universitária – Camobi, Av. Roraima, nº 1000, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. Email: cep.ufsm@gmail.com Web: www.ufsm.br/cep.

desenvolvidas no grupo. Agradecemos sua colaboração e do grupo para a realização desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220 9231, e com a pesquisadora Ana Caroline Secco- fone (54) 91503012. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa Maria, RS – Telefone (55) 3220-9362.

Diante do exposto, eu como coordenador do grupo declaro minha concordância em que o grupo possa participar deste procedimento de pesquisa e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

---

Nome do (a) participante

---

Assinatura do (a) participante

---

Ana Caroline Secco

Pesquisadora Mestranda em Psicologia

---

Dorian Mônica Arpini

Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSM - Orientadora e pesquisadora responsável pela pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

## APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Diagnóstico:

Tratamentos anteriores e atuais:

Tempo de participação no grupo:

Eixo 1 - Inserção e participação no grupo

- 1- Como você ficou sabendo da existência do grupo?
- 2- Porque você se interessou em vir conhecer o grupo?
- 3- O que faz com que você continue vindo e participando do grupo?

Eixo 2 - Significados da experiência de grupo no contexto de vida do participante

- 1- O que o grupo significa para você?
- 2- Você considera que a sua participação no grupo trouxe mudanças na sua vida?
- 3- Em caso, afirmativo, que mudanças você identificou?
- 4- Na sua experiência no grupo você identifica que alguma situação compartilhada por outros participantes do grupo possam ter te ajudado no seu auto-cuidado?

Eixo 3 - Percepções e sentimentos em relação ao grupo

- 5- Como você se sente em relação aos outros participantes e ao coordenador do grupo?
- 6- Como você percebe a sua participação no grupo?
- 7- Como você acha que os outros participantes percebem você e a sua participação durante a realização dos grupos?

Você teria alguma sugestão em relação ao andamento, funcionamento do grupo?

## APÊNDICE E: RESUMO DOS REGISTROS DAS OBSERVAÇÕES

<b>Relação estabelecida entre o coordenador e os participantes do grupo</b>	1 <sup>a</sup> : Aparentemente a relação estabelecida é boa. Os usuários participam das atividades propostas e interagem
	2 <sup>a</sup> : A relação estabelecida parece ser boa. Apesar de ter uma coordenadora oficial neste dia (residente da fonoaudiologia), os demais membros da equipe parecem dividir a coordenação (especialmente entre as agentes comunitárias).
	3 <sup>a</sup> : A relação estabelecida entre os coordenadores/equipe e os participantes é boa. A equipe tenta sempre dar atenção a todos do grupo, aparentando um bom vínculo, especialmente no caso das agentes comunitárias.
	4 <sup>a</sup> : A relação estabelecida entre os coordenadores/equipe e os participantes é boa.
<b>Interação/relacionamento interpessoal entre os membros do grupo</b>	1 <sup>a</sup> : Integrantes conversam entre si enquanto aguardam início do grupo e ao final também interagem. São divididos em grupos menores, aparentemente por afinidade. Porém aparentam uma boa interação. Alguns usuários mais isolados, equipe tenta dar atenção.
	2 <sup>a</sup> : Integrantes conversam e interagem entre si durante o grupo, parecendo ter uma boa interação.
	3 <sup>a</sup> : Nesse encontro vieram crianças pequenas, o que movimentou bastante o ambiente e aparentemente fez com que as pessoas se aproximassem e conversassem sobre essa temática (crianças). Nesse encontro também, os participantes sentaram em pequenos grupos para realização da atividade do bingo. A divisão foi de acordo com a aproximação das mesas, o que parece ter possibilitado que pessoas se aproximassem não somente por afinidades. O encontro pareceu mais leve e interativo,

	<p>talvez pela presença das crianças e da atividade lúdica. Alguns participantes que estavam mais isolados logo no início do grupo, foram incluídos nas atividades e conseguiram uma boa interação, especialmente com a equipe.</p>
	<p>4: Os participantes interagem entre si durante o grupo, especialmente antes de iniciar o grupo - enquanto esperam, e depois, no momento da confraternização. Normalmente os participantes do grupo e equipe também interagem com a pesquisadora, mas dessa vez vários participantes e algumas agentes comunitárias vieram se despedir e deram feedbacks positivos sobre a presença da mesma no grupo.</p>
<p><b>Forma de condução do grupo</b></p>	<p>1ª: Grupo foi conduzido pela fonoaudióloga, mas uma agente comunitária tomou frente em vários momentos.</p>
	<p>2ª: Como haviam muitas pessoas, foi mais difícil a condução, por conversas paralelas. O grupo foi conduzido pela residente da fonoaudiologia, porém outras pessoas da equipe também ocuparam esse espaço na condução.</p>
	<p>3ª: As falas iniciais, e finais foram realizadas pelas agentes comunitárias de saúde. Elas parecem se sentir mais responsáveis pelo grupo, especialmente pela condução, pois sempre que é necessário fazer algum apontamento, ou questão de ordem, elas se autorizam a fazer. São elas que pedem a atenção das pessoas, dão os recados, realizam a organização do grupo, e introduzem a equipe multi quando ela propõe alguma atividade. Nesse encontro, o segundo momento – bingo - foi novamente conduzido pela residente da fonoaudiologia.</p>
	<p>4ª: O grupo foi totalmente conduzido pelas agentes comunitárias. Nos demais encontros, apesar delas conduzirem o grupo no sentido dos encaminhamentos, quem realizava a tarefa principal eram residentes da equipe</p>

	<p>multiprofissional, que nesse dia estavam em férias. Apesar disso, especialmente nesse encontro, as agentes pareciam estar se sentindo à vontade e apropriadas da condução do mesmo. Elas revezaram os momentos de fala, sendo a condução compartilhada entre todas as agentes presentes. Cada uma ficou responsável por uma parte da condução</p>
<b>Temáticas/assuntos abordados</b>	1ª: Saúde auditiva – perigos da poluição sonora.
	2ª: Dia das mães.
	3ª: Festa Junina.
	4ª: Mosquito da dengue, importância da prevenção.