

EDUCAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Janaína Miguelina Souza¹
Roselita Sebold²

Resumo

Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de compreender a eficácia de um grupo comunitário de promoção de saúde na Atenção Básica de um município do interior de SC, como instrumento para desenvolver processos de educação em saúde. Os resultados encontrados retrataram a importância do trabalho grupal na Atenção Básica para a promoção da saúde, uma vez que apresentaram impacto positivo sobre as condições clínicas, sociais e afetivas dos sujeitos. O trabalho de grupos na Atenção Básica é uma alternativa para as práticas assistenciais, estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença.

Palavras-chave: Educação em saúde. Promoção de saúde. Atenção básica à saúde. Processos grupais.

EDUCATION FOR THE PROMOTION OF HEALTH IN BASIC ATTENTION: A REPORT OF EXPERIENCE

Abstract

This is an experience report with the objective of understanding the effectiveness of a community group of health promotion in Primary Care of a municipality in the interior of SC, as an instrument to develop health education processes. The results showed the importance of group work in Primary Care for health promotion, since they had a positive impact on the clinical, social and affective conditions of the subjects. The work of groups in Primary Care is an alternative to care practices, these spaces favor the improvement of all involved, not only in the personal but also in the professional aspect, through the valuation of the different knowledge and the possibility of intervening creatively in the process of health-disease.

Keywords: Health education. Health promotion. Basic health care. Group processes.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo trata-se de um relato que é resultado de reflexões acerca da eficácia da educação em saúde de um grupo comunitário de promoção de saúde na atenção básica no município do interior de SC, chamado Leoberto Leal. Neste trabalho, aponta-se para a importância de voltarmos nossa atenção para as estratégias e métodos da população para gerar

¹Psicóloga. Discente da Pós Graduação de Saúde Pública Uniasselvi e Bolsista do Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior de Santa Catarina, FUMDES. E-mail: janainasouzapsico@yahoo.com.br

²Dr^a em Odontologia/ Saúde Coletiva, UFSC. E-mail: roselita_sebold@yahoo.com.br

saúde, e para o desenvolvimento de propostas de ações mais efetivas no campo da Saúde Coletiva.

Frente a esse contexto foi criado, o Grupo Comunitário Viver Bem, a fim de promover reflexão aos indivíduos, para que estes construíssem suas práticas de promoção de saúde, e assim, desenvolver comportamentos que vão ao encontro de objetivos pessoais que lhes tornem saudáveis.

Segundo Souza et al.(2005), o trabalho em grupo facilita a produção coletiva de conhecimento e a reflexão da realidade vivenciada pelos seus membros, se tornando um aspecto importante para o desenvolvimento de processos reflexivos que indiquem estratégias de enfrentamento dos desafios.

Na promoção de saúde, Souza et al. (2005) pontuam que o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que existe entre o sujeito da sua ação e o profissional da saúde, sendo esta uma estratégia que favorece a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos.

Sendo assim, este artigo trata-se de um relato de experiência que visa apresentar e discutir alguns aspectos da educação e promoção de saúde e sua importância, além de argumentar sobre o modelo assistencial em saúde e a pertinência do trabalho educativo desenvolvido através de grupos na comunidade.

Esse estudo tem por objetivo, fomentar as políticas públicas em ações de educação e promoção à saúde na atenção básica, e compreender se as práticas exercidas no grupo proporcionaram melhora na qualidade de vida dos sujeitos participantes.

2 EDUCAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

2.1 Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira

Conforme Fertonani et al. (2015), há dois enfoques principais nas formas de organização das práticas no sistema de saúde, o entendimento do modelo assistencial, e as características do que poderia ser um novo modelo orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e as suas dificuldades apresentadas nas propostas e políticas estruturantes em implantação no Brasil.

O modelo biomédico para Fertonani et al. (2015), tem influenciado a organização dos serviços, a produção de conhecimentos em saúde e a formação profissional. Este modelo foi reconhecido e usado pelos serviços de saúde, por promover benefícios ao alívio da dor e o tratamento de várias doenças, a promoção de saúde não é prioridade neste modelo. (FERTONANI, et al., 2015).

No entanto, para Silva Junior e Alves (2007), este modelo tem limites evidentes na atenção à saúde das pessoas, as intervenções são no corpo e na parte afetada, tratando o corpo como uma máquina, dando ênfase nas ações curativas e no tratamento de doenças.

Os autores supracitados descrevem que, este modelo mostra incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano, e a análise é com pouca ênfase nos determinantes do processo saúde-doença, nos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Segundo Silva Junior e Alves (2007), na década de 1980, no Brasil, frente a esse contexto das lutas pelo fim da ditadura militar, por democracia e por direitos de cidadania, este modelo vigente é criticado, findando na conquista do SUS, em 1990.

Neste período, o conceito de saúde entra em discussão, passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde, ambos reconhecidos como direitos de cidadania. (FERTONANI, et al., 2015).

Sendo assim, Fertonani et al. (2015) apontam que, nessa época enfatizou-se a necessidade de construção de um modelo de atenção para a qualidade de vida, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.

Neste cenário, em meados da década de 1990, várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, foi implantado o Programa Saúde da Família, depois designado de Estratégia Saúde da Família (ESF) financiada pelo Ministério da Saúde, o qual se torna uma das principais tentativas de efetivação dos princípios do SUS e superação dos problemas resultantes do modelo biomédico. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) segundo FERTONANI et al. (2015) articula ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação. Inspirando-se na Atenção Primária à Saúde (APS) ampliando a abordagem aos problemas de saúde.

Sendo assim, as autoras Fertonani et al. (2015, p. 1874) salientam que a ESF;

propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida. Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS. Assume como um dos eixos centrais das práticas, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, entre os profissionais de saúde, gestores e população.

Um dos objetivos essenciais para o alcance da ESF, conforme as autoras Fertonani et al. (2015) descrevem, é o trabalho em equipe entre as diversas categorias, e prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.

No entanto, Fertonani et al. (2015) afirmam que o trabalho entre os profissionais se mantém em geral fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas.

Nesse contexto, os profissionais da atenção básica de Leoberto Leal-SC, articularam a implantação de um grupo comunitário de promoção de saúde, com o objetivo de propor outras práticas de saúde, além da medicação. No ano de 2017 a fim de desenvolver estratégias para a superação do modelo biomédico e a distribuição exacerbada de remédios (ansiolíticos, antidepressivos e benzodiazepínicos) na farmácia da atenção básica.

Sendo assim, os indivíduos que estivessem fazendo o uso desses remédios, pudessem refletir. Porém, no ano seguinte, frente aos bons resultados e a adesão dos participantes, foi observado a importância de ampliar o público alvo, para que toda a população que queira viver bem, pode participar do grupo. Atualmente, os encontros são semanais com duração de 03 horas, e participam em torno de 15 pessoas, sendo a maioria mulheres.

Contudo, Fertoni et al. (2015) pontuam em seus estudos, que há fragilidades no potencial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para promover mudanças nas práticas assistenciais, evidenciando que as ações continuam centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças e com deficiências no trabalho em equipe.

2.2 Promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida

A argumentação sobre a importância da educação em saúde, está baseada em questões fundamentais que dizem respeito à definição de promoção de saúde.

Para este artigo adotaremos o conceito de promoção de saúde, preconizado na carta de Ottawa, este documento é decorrente da I conferência internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, como estratégia fundamental para renovar o campo da saúde pública. (BRASIL, 2001).

A Promoção da saúde, definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a Carta de Ottawa para Heidmann et al. (2006) enfatiza a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população e reafirma que a promoção à saúde é essencial para a comunidade se desenvolver neste processo.

As referidas autoras descrevem em seus estudos que a educação em saúde conforme a Carta de Ottawa:

integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. (HEIDMANN et al. , 2006, p.353)

Há algum tempo, vem sendo gestada outra forma de pensar e agir em saúde. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, foi enfatizado que saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social. (Ministério da Saúde, 2001).

Para atingir esse estado, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (Ministério da Saúde, 2001).

Sendo assim, entende-se que a manutenção da saúde ou sua promoção não deve ser somente responsabilidade do setor saúde, mas resultado de ações intersetoriais, multidisciplinares e apoiadas por políticas públicas saudáveis, isto é, promotoras de qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2001).

2.3 Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção básica

A educação em saúde conforme a autora Westphal (2006) é um dos principais dispositivos, para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil.

Frente a essa perspectiva, o Grupo Comunitário Viver Bem foi criado na UBS no município de Leoberto Leal - SC, com o intuito de promover saúde.

Reconhecer que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção. (WESTPHAL, 2006).

As transformações da educação em saúde nessa direção são recentes, conforme apontam as autoras Alves e Aerts (2011), foi somente a partir da década de 1980, que passou a serem considerados aspectos psicossociais e a subjetividade dos indivíduos.

Nas unidades básicas de saúde (UBS) no Brasil, Souza e Hamann (2009) observam uma diversidade de práticas para a educação em saúde, que afirmam a necessidade de revisão dos discursos mais comuns no campo da saúde. Dessa forma pensou-se no grupo de promoção de saúde para diversificar o cuidado aos sujeitos, respeitando assim a subjetividade individual, promovendo a escuta qualificada e observando suas reais aspirações.

Nessa experiência, constatou-se que o profissional atua como um mediador, sendo capaz de proporcionar um ambiente agradável através do bom acolhimento, deixando o processo fluir naturalmente, para que os integrantes ressignifiquem e escolham suas práticas de saúde e criem a identidade do grupo.

No contexto da ESF, desenvolvem-se ações de educação em saúde utilizando o discurso de Alves e Aerts (2011), esta é uma modalidade estruturante da atenção básica à saúde que vem sendo reorganizada, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde, por meio de um trabalho crítico e contextualizado, fortalecendo a capacidade de escolha dos indivíduos, direcionando suas práticas para promoção da saúde.

A partir da convivência entre os indivíduos no grupo, houve a criação de laços de afetividade e a construção do vínculo, os quais se tornaram facilitadores para o processo de troca de experiências e aprendizado. A partir dos relatos, notou-se que os ‘laços afetivos’ entre os sujeitos do grupo constituíram um importante fator de motivação em tais atividades.

Para tanto, Souza e Hamann (2009, p. 1328) afirmam que:

os processos de trabalho dos profissionais de saúde precisam ser modificados de forma a contemplar a interdisciplinaridade, a criação de vínculos, a intersetorialidade e o fortalecimento de uma gestão local democrática.

Nesta experiência, é possível perceber que o “vínculo” pode ter sido construído nas relações profissional-usuário, usuário-usuário e profissional-profissional, constituindo-se, essencialmente, um vínculo social. Ainda, nessa perspectiva, se observa que o vínculo e estabelece intimamente, entre os usuários na convivência no grupo, é fortalecido e ampliado com o decorrer do tempo.

Foi possível perceber, o “vínculo” na maneira como os usuários relacionam-se no contexto do grupo, por meio da conversa, do incentivo e da convivência, e em razão disso, definiu-se como motivo de adesão e permanência dos colaboradores no grupo.

Nota-se ainda a existência do vínculo social entre os usuários, confirmado pelas narrativas que denotaram sentimentos de afeto e de confiança entre eles. Tal relação estabelecida entre os participantes do grupo, sem dúvida, fortalece as ações, proporcionando o acolhimento no ambiente grupal.

Carneiro (2012) enfatiza, a importância de reforçar nos indivíduos e comunidades, o exercício da cidadania, o poder de decisão na formulação de políticas públicas, integração social e capacidade de participar da vida social, com o intuito de melhorar as suas condições de vida.

As ações educativas na ESF para Souza e Hamann (2009, p.1328) em sua maioria, ainda são “voltadas ao modelo tradicional de imposição de conhecimentos, caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos”.

Entretanto, Trezza e Santos (2007) apontam, que é possível encontrar, nesse contexto, práticas educativas menos normativas e diretivas, com metodologias ativas de aprendizagem que auxiliam as pessoas a promover em si mesmas as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e modificar os modos de viver.

Tais práticas para Uchoã (2009) são resultantes geralmente da sensibilidade, da criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades tradicionais.

Mediante ao exposto, Carneiro (2012) entende que a atenção primária favorece o desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação social e de empoderamento do indivíduo e da coletividade.

2.4 A educação em saúde com grupos na comunidade

Considerada a ampliação do conceito de saúde, para além da ausência de doença, Souza et al. (2005) descrevem que educar indivíduos e grupos para que estes alcancem um nível desejável de saúde têm gerado propostas de mudança nas formas mais tradicionais de se educar para a saúde.

Nesse sentido, as autoras evidenciam dois modelos de se educar para a saúde: a educação em saúde tradicional e a radical. Para a compreensão do trabalho educativo com grupos, é preciso entender os modelos referidos.

A educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, segundo Souza et al. (2005) segue os preceitos da antiga saúde pública, com foco a prevenção de enfermidades.

Para Freire (1983) a educação em saúde tradicional pretende mudar comportamentos individuais através de estratégias educativas colocando quem ensina como o detentor do saber e o sujeito da ação educativa que sem questionar aprende de forma passiva os conhecimentos ensinados.

Esta abordagem segundo Freire (1983) dificulta o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos, pois parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los.

A saúde para Souza et al. (2005) é o resultado de uma combinação de fatores sociais, políticos e econômicos, além dos individuais. Dessa forma, não existe a possibilidade de se reduzir a saúde ou comportamentos saudáveis a algo que possa ser controlado pelo indivíduo. (SOUZA, et al.,2005).

Neste sentido, Freire (1983) afirma que quando se trabalha com a população o conhecimento basicamente envolve uma correlação direta entre a ação e a reflexão sobre a realidade, pois os seres humanos são corpos conscientes e, por este motivo, tem a possibilidade de análise crítica, superando desta forma a compreensão ingênua da realidade.

Entretanto, segundo Souza et al. (2005) a influência do meio na determinação dos comportamentos individuais, nos que resultam em saúde e não-saúde, faz entender que;

o modelo tradicional de educação em saúde é problemático, justamente por centrar seu projeto educativo na mudança de comportamento individual e na crença de que saúde resulta de escolhas que o indivíduo faz, não importando os aspectos culturais e sociais que condicionam estas escolhas. (SOUZA, et al., 2005, p. 150).

Frente a este contexto e na tentativa de desenvolver uma nova saúde pública, surgiu um novo modelo de educação em saúde, denominado radical, que sugere considerar as raízes dos problemas de saúde. (SOUZA, et al. 2005).

Este modelo tem como foco promover a saúde, propiciando a reflexão e a conscientização crítica sobre os fatores da realidade pessoal e coletiva, estimulando e buscando a identificação coletiva das origens dessa realidade. (SOUZA, et al. 2005).

De acordo com Souza et al. (2005) o modelo radical tem argumentos com origem nas ideias de Paulo Freire. As mesmas pontuam, que a ideia é que a educação invista em um indivíduo mais crítico e questionador.

As autoras Souza et al. (2005) ressaltam a importância desse modelo educativo no sentido de trabalhar com o desenvolvimento da consciência crítica, processo facilitado pelo trabalho conjunto da análise coletiva dos problemas vivenciados pelos indivíduos e a busca de soluções e estratégias conjuntas para a mudança da realidade.” (SOUZA, et al. 2005, p.151).

No espaço do Grupo Comunitário Viver Bem, a partir das relações entre os sujeitos, ocorre troca de experiências e aprendizagem, oportunizando o empoderamento dos usuários sobre o cuidado com a sua saúde. A troca de experiência entre os sujeitos no grupo envolve o intercâmbio de saberes sobre os aspectos relacionados ao cotidiano, com enfoque na saúde.

Percebe-se que, nas ações de educação em saúde desenvolvidas no referido grupo, que os sujeitos têm a oportunidade de trocar experiências, e com isso, ampliar seu entendimento sobre determinados assuntos ligados à saúde.

Percebe-se a importância da “troca de experiências” entre os indivíduos no grupo, o que permite a construção conjunta de saberes. O ‘aprendizado’, como consequência, caracteriza-se pela apropriação de conhecimentos significativos para os sujeitos, possibilitando um impacto ou uma mudança na vida dos usuários ou na prática dos profissionais de saúde,

A aprendizagem se dá com assuntos relacionados às diversas práticas de como viver bem, como alimentação, ao controle do estresse e ansiedade, ao uso correto de medicamentos, ao resgate do uso de chás naturais, adesão as práticas alternativas e complementares como a Auriculoterapia e Aromoterapia, à prática de exercícios físicos e ao lazer.

O processo de aprendizado como resultado desse trabalho grupal, envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde, melhorando significativamente a qualidade de vida dos participantes.

Stotz (1993) afirma que o educador em saúde poderá desenvolver um papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos, facilitando o processo de construção ou reconstrução sobre a realidade, observando a relação entre a vida dos indivíduos e a estrutura da sociedade em que eles estão inseridos, estimulando-os a agir como sujeitos de suas próprias vidas.

As falas demonstraram que um dos papéis dos profissionais de saúde, dentre eles, o psicólogo no grupo, é de empoderar os usuários pelo cuidado com a sua saúde.

O modelo radical analisado por Souza et al.(2005), descreve que estimular a autonomia e a consciência crítica dos sujeitos do processo de educação em saúde não garante que estes poderão desenvolvê-las em sua totalidade.

Os profissionais que repassam informações de saúde a indivíduos ou grupos, não devem ignorar a existência de importantes fatores que dificultam o exercício da autonomia individual. (SOUZA, et al. 2005).

Presume-se que as ações de educação em saúde resultem na mudança de comportamento, “que é um processo complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, como o contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações individuais”. (SOUZA, et al., 2005, p. 151).

Na perspectiva de Souza et al. (2005), o modelo radical de educação em saúde, apesar das suas limitações, é o modelo mais adequado para o desenvolvimento de ações para educação em saúde com grupos na comunidade.

2.5 O trabalho com grupos na comunidade

O trabalho com grupos na comunidade para Souza et al. (2005) facilita o trabalho no campo da educação em saúde, pois permite aos profissionais da saúde conhecer a realidade e as potencialidades do meio em que os sujeitos vivem.

Nesse sentido, para Souza et al. (2005) os profissionais ao desenvolver o trabalho com grupo, terão a oportunidade de estimular os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos e favorecer escolhas saudáveis aos indivíduos, promovendo a conscientização dos indivíduos sobre a sua realidade e os seus aspectos.

Dentre os relatos dos participantes do grupo aparece melhora em aspectos relacionados à dor e diminuição da medicação para esta, com impacto na qualidade de vida, nas atividades diárias e na qualidade do sono. Nesse sentido, as ações de promoção da saúde impactam sobre as condições clínicas dos usuários, para além das sociais e afetivas demonstradas anteriormente.

O trabalho em grupo nas comunidades para Souza et al. (2005, p.152) “é uma importante ferramenta para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e suas condições de vida e saúde, como prevê o modelo radical de educação em saúde”.

Os discursos dos participantes mostram aspectos relacionados à saúde mental, ou seja, a depressão, o humor, o estresse, a autoestima e a autonomia, todos beneficiados positivamente pelas atividades desenvolvidas no grupo.

Nos resultados dessa experiência há relatos, de melhora nos sintomas depressivos e redução de medicamentos utilizados para a dor, antidepressivos, ansiolíticos e benzodiazepínicos. Bem como, algumas participantes iniciaram psicoterapia, em virtude do vínculo formado entre usuário e profissional, além da quebra de crenças limitantes e tabus acerca do atendimento psicológico clínico.

Como refere Freire (1983), profissional e indivíduo são sujeitos do processo de educação, o profissional desenvolverá suas habilidades como facilitador do processo educativo no grupo e compreenderá como os indivíduos se organizam nas circunstâncias da comunidade em que vivem e conhecerá suas necessidades, elaborando estratégias coerentes para os processos necessários para que este contexto propicie escolhas saudáveis.

Nesse contexto, pode-se identificar que, o que motiva os indivíduos a participar e permanecer no grupo é a superação do isolamento social. A distração, o artesanato e o lazer, conforme os relatos constituem importantes fatores de motivação.

Enfim, Souza Et al. (2005) concluem que o trabalho com grupos na comunidade proporciona benefícios aos participantes, através das trocas de experiências que ocorrem entre os membros e com as contribuições do profissional de saúde, estes repensam suas atitudes em nível individual e coletivo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas existentes destacam os elementos que sinalizam para a construção de um novo paradigma para pensar e produzir saúde, orientado pelos princípios do SUS. Entretanto, nesse processo de construção e efetivação deste “novo” modelo assistencial na atenção básica, verifica-se que ainda persistem muitos desafios para implementar um modelo assistencial que atenda estes princípios e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina.

As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

Conforme já enfatizado, os grupos permitem a troca de experiência entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades. A partir de propostas conjuntas com os indivíduos que vivenciam experiências similares, membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem na sua saúde, configurando-se, assim, como sujeitos de suas próprias vidas.

Nesta perspectiva, entende-se que a educação em saúde através dos grupos comunitários, parece ser um caminho para a incorporação de outros olhares à lógica dos serviços de saúde. Sendo assim, acreditamos que este artigo possa trazer subsídios para a reflexão acerca da importância do trabalho com grupos para a promoção da saúde. Com o novo enfoque da saúde pública, busca-se a participação dos indivíduos na melhoria das condições de vida e saúde de forma coletiva.

Diante disso, acreditamos que o trabalho em grupo é uma técnica facilitadora para que se coloquem em prática os pressupostos desse novo modelo, é necessário ainda que os

profissionais de saúde, desenvolvam um trabalho diferenciado que promova o crescimento da comunidade.

A partir dessas discussões, ficou-nos clara a importância da educação em saúde por meio de grupo na comunidade como estratégia a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Nesse sentido, essas práticas e estratégias podem apontar ainda para outros sentidos da integralidade na atenção à saúde, além das representações baseadas no modelo biomédico hegemônico, estratégias válidas de outros valores sociais diferentes dos da ordem médica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família**. Cienc Saúde Coletiva. Canoas, 2011. Disponível em: <file:///E:/P%C3%93S%20DOCUMENTOS%20ARTIGOS/Artigo%20P%C3%B3s%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/artigos%20p%C3%B3s/artigos%20interessantes/selecionado/Referencias/Alves.pdf>. Acesso em: 07 Mar.2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite, Et al. **Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária**. Rev Panam Salud Pública, Belo Horizonte, V. 31, N.2, p.115–120. 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n2/115-120/pt>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FERTONANI, Hosanna Patrig Et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, Maringá, V. 20, N.6, p.1869-1878. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss, Et al. **Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, V.15, N.2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; ALVES Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>. Acesso em: 07 Mar.2019.

SOUZA, Aline Corrêa et al. **A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, V.26 , N.2 , p. 147-153 , 2005. Disponível

em:<http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SOUZA, Maria Fátima; HAMANN, Edgar Merchan. **Programa da Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?**. Cienc Saúde Coletiva. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em: 07 Mar. 2019.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Enfoques sobre educação e saúde In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf. Acesso em: 07 Mar.2019.

TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo, SANTOS, Regina Maria dos Santos, SANTOS, Jirliane Martins dos. **Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência**. Texto Contexto Enferm. Maceió, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a17v16n2.pdf>. Acesso em: 07 Mar.2019.

UCHÔ, Aline da Costa. **Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites**. Interface (Botucatu). Natal, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a05.pdf>. Acesso em: 07 Mar.2019.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em: Campos GW, org. Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. Pp. 635–67. Disponível em: <http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 07 Mar.2019.