

Percepção dos usuários sobre os grupos e espaços de vivência e convivência no bairro Lomba do Pinheiro em Porto Alegre

Perception of users on groups and experience of space and live together in the Lomba Pine neighborhood in Porto Alegre

Daisy Fragoso Dorneles

Fisioterapia.

E-mail: daisyfisiocorpore@gmail.com

Dulce Helena Cabral Hatzenberger

Psicóloga. Doutora em Educação. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

E-mail: daisyfisiocorpore@gmail.com

Luiza Schnorr

Enfermeira. Coordenadora de Equipe da ESF Lomba do Pinheiro.

Resumo

Esta pesquisa objetivou desvelar as percepções dos participantes dos grupos comunitários das Estratégias de Saúde da Família em relação à vivência e a convivência nesses espaços sociais. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram os participantes de dois grupos comunitários, um grupo de cinesioterapia e outro de convivência da Unidade de Saúde da Família Lomba do Pinheiro, no bairro Lomba do Pinheiro, no município de Porto Alegre. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista gravada semiestruturada. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2015, respeitando os aspectos éticos. Na interpretação dos dados, empregou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. As categorias identificadas foram: a construção do saber em saúde; o fortalecimento da rede social; e você no comando. A partir dessas categorias foi possível refletir sobre pontos que emergiram como: tecnologia das relações/leve de trabalho como os grupos na perspectiva sociocultural; os desafios e avanços das práticas de grupos comunitários no Programa Saúde da Família; as mudanças das concepções de saúde que enfatizam a cultura da doença e a cronificação de processos patológicos pelas concepções de troca de saberes, consideração do saber popular, promoção de estreitamento de vínculos afetivos entre equipes de saúde e usuários, usuários e comunidade, e equipes de saúde e comunidade. Esse trabalho conseguiu apontar as atividades de grupos comunitários

como uma ferramenta de trabalho apta para transformar o trabalho da equipe de saúde e que caminha na busca do desenvolvimento das relações, entre profissionais e usuários, mais horizontalizados. Promovendo uma prática de atenção à saúde mais humana ao ser humano, com vinculação, empatia, possibilitando o compartilhamento de saberes e de decisões.

Palavras-chave: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Grupos Comunitários.

Abstract

This study aimed to reveal the participants' perceptions of community groups of the Family Health Strategy in relation to the experience and coexistence in these social spaces. It is a descriptive exploratory research with a qualitative approach. Subjects were participants of two community groups, one group of kinesiotherapy and other coexistence Health Unit Lomba do Pinheiro Family, bump in the neighborhood Pinheiro in the municipality of Porto Alegre. To collect data, we used a semi-structured interview recorded. Interviews were conducted in August

Introdução

As atuações em promoção de saúde na esfera da Equipe Saúde da Família (ESF) se concretizam habitualmente como ações de educação em saúde. O alcance dos objetivos da promoção de saúde tem como primeira condição que os participantes envolvidos assumam compartilhar de uma ação educativa. Usualmente e facilmente, tais ações educativas são efetuadas por meio da formação de grupos, organizados comumente, a partir dos ciclos de vida e/ou das ações prioritárias na Atenção Básica (AB).

and September 2015, respecting the ethical aspects. In interpreting the data, we used the content analysis proposed by Bardin. The identified categories were: the construction of knowledge in health; strengthening social network; and you in charge. From these categories was possible to reflect on points that have emerged as technology relations/light work as the groups in the sociocultural perspective; the challenges and advances of community groups practice in the Family Health Program; the changing health concepts that emphasize the culture of illness and chronicity of pathological processes by conceptions of knowledge exchange, consideration of popular knowledge, promotion of closer emotional bonds between health-members teams, community-users and health teams - community. This work could point the community group activities such as a work tool able to transform the work of the health team and who walks in the pursuit of development of relations between professionals and users, more level. Promoting a practice more attention to human health to humans, with bonding, empathy, enabling the sharing of knowledge and decisions.

Keywords: Primary Care, Family Health Strategy, Community Groups

Dessa forma, encontramos na ESF grupos de idosos, adolescentes, mulheres, gestantes, diabéticos, hipertensos, tabagistas, grupos dirigidos a formação de renda, de convivência e de saúde mental, todos acompanhados, preferencialmente, pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais da ESF.^{1,9,11,12,18,21}

A partir disso, esse estudo procurou analisar as percepções dos participantes de grupos comunitários oriundos das ESF. Para a

compreensão e aproximação com as questões investigadas, é necessário contextualizarmos os grupos comunitários dentro dos conceitos da Atenção Básica (AB) e Saúde da Família, presentes no cenário da reforma sanitária brasileira, no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais. Essa problematização é possível ao nos debruçarmos sobre a atual Política Nacional de Atenção Básica.^{6,12,21}

Para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) as suas bases doutrinárias foram geradas na VIII CNS, durante o processo de redemocratização do país antes da realização da Constituinte de 1988, que em relação à saúde define no artigo 196:²⁰

Portanto as resoluções de 1986 embasaram a Constituição Federal de 1988, para as formulações do SUS, que foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.^{1,20,24}

Na continuação desse movimento tivemos a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e a aprovação da PNAB pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que posteriormente foi nomeado de Estratégia Saúde da Família. Essas ações se caracterizam como o resultado de experiências acumuladas por diversos atores envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do SUS.^{1,10,11,20,24}

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da

atenção básica. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades do local onde vivem os indivíduos.^{8,9,24}

Para podermos desenvolver um trabalho voltado para uma comunidade é necessário imergirmos no seu território em um processo denominado de Territorialização. A territorialização é um passo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.⁴ Além disso, esse trabalho permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, deste modo, constitui um potente caminho para planejar ações de promoção e de atenção integral à saúde, visto que, oferece para a equipe um norte muito concreto como base para os projetos de saúde que nascem das necessidades de saúde da comunidade.⁴⁰

Esse processo de territorialização foi realizado em 2014, pela pesquisadora, junto aos demais residentes da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, referente à comunidade atendida pela Unidade de Estratégia de Saúde da Família Lomba do Pinheiro (USFLP), no bairro Lomba do Pinheiro, no município de Porto Alegre. Foi identificado o perfil, potencialidades, vulnerabilidades, assim como, as zonas de risco da comunidade adstrita a unidade de saúde.

Após o trabalho de territorialização e a discussão dos resultados deste trabalho com a equipe da USFLP observou-se a necessidade de se criar um grupo de cinesioterapia. Voltado primeiramente para os pacientes da USFLP, com ou sem queixas de patologias físicas, como o objetivo de promover atividades físicas orientadas.

Esse grupo foi indicado para aqueles usuários que eram encaminhados para clínicas de fisioterapia, para que lá no grupo houvesse um acompanhamento dos casos encaminhados, para usuários que apresentavam alguma queixa ósteo-músculo-ligamentar e não tinham indicação para se beneficiarem das clínicas de fisioterapia, ou para usuários que não apresentavam queixa alguma, mas que se observava um interesse para as práticas de atividades físicas.

Esse espaço, nomeado de Grupo do Movimento, foi caracterizado como um grupo de cinesioterapia no qual eram realizadas atividades variadas, priorizando a atuação no nível primário de promoção de saúde. O Grupo do Movimento se reunia duas vezes por semana durante uma hora para realizar atividades físicas orientadas como: mobilização articular, exercícios de força muscular, exercícios de equilíbrio corporal, coordenação motora, exercícios aeróbicos, alongamentos e técnicas de relaxamento. Também aconteciam orientações sobre a prática de outras atividades físicas, conversamos sobre patologias e hábitos de vida saudáveis, orientações posturais durante o desenvolvimento das atividades de

vida diárias, e sobre prevenção de quedas e acidentes.^{1,18}

As atividades do grupo tinham como objetivos, melhorar a função cardiovascular, melhorar a qualidade da massa e da força muscular, aumentar a flexibilidade corporal e amplitude de movimento articular, reduzir os riscos de quedas, reduzir as dores articulares, controlar e diminuir os episódios de vertigem, bem como das lesões e das fraturas associadas. Além de prevenir problemas físicos, as atividades desenvolvidas no grupo do Movimento também visavam promover e melhorar o estado mental dos usuários, através do convívio comunitário.^{1,18,33}

Vale salientar que a formação desse grupo de cinesioterapia vem ao encontro da Política Nacional de Promoção da Saúde ao promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.⁸ Onde é institucionalizada a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), elencando a atividade física/ práticas corporais enquanto uma de suas prioridades. Essas atividades desenvolvidas em benefício da comunidade, sendo o seu diferencial a forma do fazer, que deve ter uma atuação interdisciplinar, atrelado a ações educativas e coletivas, superando as práticas puramente clínicas.

Somado a isso, também tem as vantagens das atividades físicas, que não se restringem apenas a parte orgânica, ocorrendo também

efeitos psicológicos positivos, como aumento da autoestima e da confiança, e a possibilidade de criar uma rede de apoio comunitário.^{33,35}

No mesmo processo de discussões surgiu a necessidade da criação de um grupo voltado para saúde mental. Foi estruturado um grupo com esta finalidade intitulado pelos próprios participantes de Grupo Unidos e coordenado pelo residente de psicologia.

O Grupo Unidos era composto somente por adultos, que eram oriundos da avaliação do residente de psicologia, que analisava a possibilidade ou não da inserção desses usuários. Tal grupo teve como objetivo potencializar o vínculo terapêutico, a transversalidade dos saberes, para minimizar o sofrimento psíquico que estavam atrapalhando ou impedindo o desenvolvimento dos usuários dessa comunidade.

A importância desses espaços de escuta e troca de vivências, visando potencializar o vínculo, a transversalidade dos saberes e práticas, produzindo um processo de trabalho voltado ao acolhimento e responsabilização dos envolvidos.¹¹ Esse grupo dedicado para adultos criou um momento de conversa sobre a vida, a subjetividade, a espiritualidade, as angústias e sentimentos de cada um. Propiciando reflexão sobre si mesmo, apoio no outro, e buscando o bem-estar mental dos participantes.

A partir da convivência com os usuários de cada grupo, percebemos enquanto residentes de

fisioterapia e psicologia a necessidade de trabalhar de forma conjunta, com a finalidade de realizar um atendimento de forma integral. Unificamos o Grupo do Movimento com o Grupo Unidos, dessa forma, os usuários tinham a possibilidade de participar das duas atividades, exercitando a mente e o corpo.

Os dois grupos eram realizados no mesmo espaço, pois a maioria dos usuários que participavam do grupo do Movimento, já ficava para o Grupo Unidos. Observamos que aqueles que participavam somente do Grupo Unidos passaram a se interessar e integrar o Grupo do Movimento.

Assim, mediante as ações acima referidas surge a ideia da presente pesquisa, com base nas necessidades de visualizarmos a percepções dos indivíduos sobre as suas concepções de saúde a partir das vivências e convivências dentro dos grupos comunitários das ESF.

O presente estudo objetivou descrever as percepções dos participantes dos Grupos Movimento e Unidos sobre a vivência e a convivência nos grupos comunitários das Estratégias de Saúde da Família.

Mais especificamente, objetivou responder as seguintes perguntas:

Há associação a percepção dos participantes em relação à participação em um grupo ou em mais de um na modificação na qualidade de vida?

Há diferença na percepção dos usuários que participam dos dois grupos em relação aos que participam de um só no que se refere a eventuais benefícios para a saúde?

Quais são as motivações que levam os usuários a participar do(s) grupo(s)?

Revisão da Literatura

O cenário da política de saúde no Brasil começa a ter novos elementos a partir da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) que produziu a Carta de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde. Esses movimentos se caracterizaram como “os primeiros e importantes marcos” na influência dos debates sobre os rumos das políticas da saúde brasileira, reafirmando a como um direito humano fundamental.^{21,40}

Outro marco importante para os debates sobre as políticas de saúde é a Carta de Intenções de Ottawa, da Primeira Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, realizada em 1986.⁴⁰

Nessa caminhada, a nível nacional a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Presente na esteira dos debates sobre a saúde a VIII CNS foi considerada como o fórum com maior participação democrática de atores sociais na luta pela saúde, através de um processo de

redemocratização das relações entre o Estado e a sociedade brasileira, representadas pela participação dos usuários dos serviços de saúde na definição da política pública de saúde.²⁰

No Brasil, é preconizado que a AB seja desenvolvida no mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários e a sua principal porta de entrada e, ainda, o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).²¹

Só desse modo acredita-se que a saúde irá se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.^{10,11}

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção e a prevenção de agravos à saúde. Compreendendo o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos pacientes, e nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.

^{1,4,8,21,24}

Esses exercícios a priori devem ser desenvolvidos por meio das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a

forma de trabalho em equipe, dirigida as populações do território adscrito, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidade de maior frequência e relevância nos territórios, para isso, é necessário sinalizar sobre a necessidade de observarmos os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de todas as demandas, necessidades de saúde e sofrimentos.²⁰

Neste sentido, de acordo com a PNAB a AB tem como fundamentos e diretrizes: ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação. O território, sempre em harmonia com o princípio da equidade.^{6,8}

Assim como, a importância em se adscrever os usuários, a fim de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo assim a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Compreendendo adscrição dos usuários como um processo de vinculação das pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser a referência para o seu cuidado.^{1,11}

Nesse raciocínio, se entende o acolhimento e o vínculo como as ferramentas essenciais para a

construção das relações de afetividade e confiança entre usuários e o trabalhador da saúde, permitindo assim o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregarem, em si, o potencial terapêutico.¹⁰

Para falarmos da longitudinalidade do cuidado, temos que pressupor alguns fatores, como a continuidade da relação clínica, como a construção de vínculos e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, o acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário. Esses fatores evitarão a perda de referências e diminuirão os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado desses indivíduos.^{9,21}

São vários os aspectos da integralidade: como a integração das ações programáticas e demandas espontâneas, a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessária a estes fins, e a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades. Trabalho esse que deve ser desenvolvido de forma multidisciplinar, interdisciplinar e em equipe na realização da gestão do cuidado integral do usuário e coordenação do conjunto da rede de atenção.

A grande sacada da AB é estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e empoderamento, visando à capacidade da construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.¹

Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou no Brasil em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de Atenção Primária (AP) no Sistema Único de Saúde (SUS), onde realmente a promoção da saúde torna-se um eixo central na organização do serviço na AP no SUS.²⁰

Esse modelo de AP que abrange ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e cuidados paliativos desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar que tem a família do território adstrito como o cerne do seu cuidado.²¹

Compreendendo que ESF está inserida em um contexto comunitário mais amplo de saúde e associada com a qualidade de vida, observa-se necessidade de interferências intersetoriais como: segurança, educação, saneamento, habitação e assistência entre outras. Com ações voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente, englobando os aspectos físicos, social, econômico e cultural, sendo, tais

atividades possibilitadas por meio de políticas públicas favoráveis à saúde.^{1,4,9,11,12,20}

Ficam claras que as práticas de trabalho na AB devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais.¹⁴

Tecnologias das Relações

Ao refletirmos sobre essas ações precisamos abordar as tecnologias de geração do cuidado em saúde, que assemelha o trabalho em saúde a um trabalho vivo, que é considerado “o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves”.¹⁶ Desta forma, um trabalho permanentemente, analisado tanto como um saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde.^{14,17,26,28}

Essas ações de saúde precisam ser trabalhadas pelos princípios da humanização do cuidado: elas compreendem um combinado de conhecimentos, processos e métodos usados como um leque de atividades na área da saúde, tendo as tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos atores da saúde e da comunidade.²⁶

As tecnologias são distribuídas em três categorias: as tecnologias duras, que te como

exemplos os equipamentos tecnológicos como máquinas de multiparâmetros, respiradores, bombas infusoras e oxímetros, com seus alarmes visuais e sonoros entre outros, além das normas e das estruturas organizacionais; já as tecnologias leves-duras, são definidas como os saberes bem estruturados que executam nos processos de trabalho em saúde, a modelo das clínicas médicas, de fisioterapia, de psicologia, de fonoaudiologia, nutrição entre outras; e as tecnologias leves também denominadas como tecnologia das relações.^{14,26}

Esta última tecnologia concretizada no modo de construção de vínculos, compromissos, automatização e acolhimento a ser percorrido por todos os profissionais da AB.¹⁶

Educação em Saúde

A educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS.²² Como prática transversal, proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representado dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, com as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários.

Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do

significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania.²⁷

É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, devem estar presentes nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilizações de defesa desse sistema, e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida mais digna.²⁷

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado.

Para tanto se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, o que diz respeito a sua condição do sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; bem como autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Nesse sentido a educação popular em saúde se apresenta como embaixadora da coerência política da participação social e das

possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida.

Educação Popular em Saúde

A Educação Popular em Saúde (EPS) vem para aproximar a promoção e criação de mecanismos e espaços para a gestão participativa, incentivando a descentralização efetiva e solidária, no sentido de aproximar a saúde tal como é vivida e sentida pela população: a maneira como se organiza os serviços e o conhecimento que orienta a ação dos profissionais que compõem o SUS.²²

A EPS atua promovendo o diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais que historicamente foram excluídos em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade.²

Colocar a EPS como uma estratégia política e metodológica permite que se trabalhe na perspectiva da integralidade de saberes e de práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro. Trabalhar a EPS qualifica as relações entre os cidadãos, definidas constitucionalmente como sujeitos de direito à saúde pois pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos.

Entre alguns lugares possíveis para a confecção desses modelos de educação em saúde e educação popular em saúde, vemos como promissores os grupos comunitários, de acordo com a mesma fonte.

Em síntese, os entendimentos que guiam as ações de educação em saúde com grupos na ESF, frequentemente relacionam-se com as compreensões de promoção de saúde ligada às mudanças de estilo de vida e aquisição de hábitos de vida saudáveis, tanto em relação ao indivíduo como em relação ao coletivo.³ Todavia, é importante em refletir sobre quais instrumentos são adequados para operacionalizar atividades educativas com grupos nos cenários comunitários para que sobrepujem as visões individualistas e tenham comoção comunitária.¹²

Grupos Comunitários

Nesse sentido, caracterizam a formação de grupos como uma tecnologia leve voltada à promoção de saúde, que instrumentaliza os profissionais de saúde que atuam na ESF, com ferramentas úteis no trabalho de formação dos referidos grupos no contexto comunitário perpassando pelos processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.^{4,33}

Também nessas perspectivas, os grupos comunitários apontam para as relações estabelecida entre profissionais e usuários promovendo uma abertura para a produção da

subjetividade dos indivíduos, possibilitando assim que se amplie as ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, e que sim, possibilitem um trabalho com interação social, feito de forma horizontalizada e com flexibilidade em relação aos diferentes saberes.^{9,40}

O trabalho em grupos possibilita a formação de uma rede de solidariedade na comunidade, conectando usuários e diversos profissionais de modo a formar a imagem de uma teia, permitindo mapear as relações entre os indivíduos ou grupos.^{3,33} Igualmente, se apresenta com o fim de enriquecer as relações sociais, combatendo fatores de risco à saúde, explicado na ideia de que o indivíduo em condição de enfermidade, já está diante de uma limitação impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade e sua capacidade de reação frente às adversidades.

Muitas vezes o indivíduo adoecido experimenta a fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava a identidade é alterado com a doença.³⁷

A vivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde, como um comportamento corretivo, no qual um chama atenção do outro para mudanças visíveis, e que podem sinalizar perigo, como tristeza, apatia, euforia por exemplo.^{12,13} Aliado a esses cuidados, a convivência comunitária visa

aconselhar, ajudar e incentivar a adesão aos grupos e aos tratamentos de saúde. Tal atitude acabaria por incentivar muitas das atividades pessoais que se associam positivamente, como por exemplo, rotina de dietas, práticas de exercícios, qualidade do sono, adesão aos grupos comunitário, adesão ao regime de medicamentos e cuidados com a saúde em geral.⁴⁰ As relações sociais também contribuem para dar sentido à vida favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros.

Mas, o mais importante do trabalho em grupo é buscar potencializar as trocas de contatos pessoais afetivos, fazendo com que isso aumente a interação.⁹ Isso porque as relações sociais têm por base a troca em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade.¹⁰ O Apoio social atuaria amenizando os efeitos patogênicos do estresse no organismo, incrementando a capacidade do cuidado.

As tecnologias leves são analisadas tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de saúde.¹⁴ Entre elas temos a comunicação como uma tecnologia leve:²⁶

Para as ações com os grupos comunitários, que, frequentemente relacionam-se com as concepções de promoção de saúde ligada às mudanças de estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis, tanto em relação ao indivíduo como em relação ao coletivo, apontamos para o estabelecimento de ações

educativas nos grupos no contexto comunitário para que superem as visões individualistas e tenham impacto comunitário desejado.³

Há necessidade de nos reportamos ao trabalho de territorialização, processo necessário para a elaboração dos grupos comunitários, pois é necessário realizar uma leitura prévia da formação dos tecidos sociais comunitários, tais como: a divisão geográfica, as forças atuantes de poder público e privado, suas raízes históricas, religiosas e culturais, o nível de desenvolvimento econômico, os tipos de lideranças existentes, os fatores que contribuem para saúde e para o adoecimento dos indivíduos, os indicadores epidemiológicos, e toda uma série de fatores que se constituirão como alavancadores e /ou como empecilhos para sua constituição.³⁷

A grande função da formação dos grupos comunitários e a educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos participantes alguns dos seus grandes objetivos.^{4,37}

Corroborando com estas ideias, salientamos que a grande ação dos grupos comunitários é que eles são excelentes espaços de promoção à saúde.³ Atuam também na formação do vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão, promovendo a saúde o fortalecimento do participante e prevenindo o seu adoecimento, pois permitem a compreensão dos sentidos que essa

comunidade e/ou família para as situações de saúde-doença.

Nesse sentido as experiências têm mostrado que levando em conta os aspectos citados acima, os grupos comunitários voltados para os idosos são os que apresentam mais sustentabilidade, em virtude do público-alvo revelar disponibilidade de tempo: por esse público ser representado por pessoas mais livres dos afazeres domésticos e na sua maioria também serem aposentados das atividades laborais.⁹

Ratificando o exposto acima acreditamos que os grupos nasçam a partir da necessidade identificada nos territórios.¹⁸ Alguns estudos mostram que na sua maioria os grupos comunitários são: grupos de terapia comunitárias; grupos de convivência; grupos de mulheres; grupos operativos; grupos de geração de renda, grupos terapêuticos e grupos motivacionais.^{4,9}

Finalizando, podemos concluir que desenvolver trabalhos em grupos comunitários na ESF tem como objetivos a promoção de saúde e a prevenção e reabilitação de enfermidades. Aqui entendemos as concepções de promoção da saúde e bem-estar, ligados às mudanças de estilos de vida e aquisição de hábitos saudáveis e o empoderamento no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas a partir das relações de convívio e os vínculos estabelecidos como coletivo.

Método

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória descritiva. O modelo descritivo tem por objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento entre determinadas variáveis, feitas a partir do desenvolvido de entrevistas individuais com questionário de perguntas semi-estruturadas e posteriormente submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin.⁵

O Estudo foi realizado com os participantes dos grupos de práticas de atividades cinesioterapêuticas Grupo do Movimento e do grupo de escuta e acolhimento Grupo Unidos do bairro Lomba do Pinheiro em Porto Alegre Rio Grande do Sul.

Para a construção das informações, em um dia de encontro dos grupos, os participantes de ambos os grupos foram convidados a participarem do estudo. Foram informados para o grande grupo, de maneira clara e concisa, as justificativas e os objetivos da pesquisa, e com detalhes da forma como se desenvolveria. A aqueles indivíduos que se prontificaram a participar foram conduzidos para uma sala reservada. Já na sala reservada à pesquisa a abordagem foi dividida em etapas.

No primeiro momento foi lido, explicado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento e assinatura do TCLE os participantes foram

entrevistados com base nas questões previamente formuladas.

As entrevistas foram gravadas no Gravador Digital Voice Recorder PowerPack e posteriormente transcritas para o programa Word do pacote Microsoft Office 2007. Essa transcrição foi realizada de forma manual e literal, porém com as devidas correções gramaticais e dos vícios de linguagem, preservando a autenticidade do que foi expresso pelos indivíduos.

A transcrição das falas dos participantes produziu um material empírico, que em seguida foi submetido à análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin.⁵

Para atingir os resultados desejados, estabeleceram-se algumas diretrizes para a observação, quais sejam: a presença de, no mínimo 5 (cinco) participantes do Grupo do Movimento e 5 (cinco) participantes do Grupo Unidos, totalizando 10 entrevistados.

Composta por indivíduos moradores do bairro Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado com 5 (cinco) usuários que participam dos grupos Unidos e 5 (cinco) usuários do grupo do Movimento.

A pesquisa foi realizada no espaço de ocorrência dos grupos, a igreja evangélica. Durante as entrevistas o grande grupo permanecia no salão de festa, enquanto as

entrevistadas eram encaminhadas para uma sala mais reservada ao lado do salão. A igreja fica localizada na rua B da Vila São Carlos no bairro Lomba do Pinheiro.

A fim de alcançar o objetivo proposto, estabeleceram-se alguns critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios de inclusão pré-definidos para a pesquisa foram: terem participado de um ou dos dois grupos Movimento ou Unidos e terem um total de 8 (oito) participações em pelo menos um dos grupos, o que significaria um mês de participação.

Os critérios de exclusão definidos foram: não ser participante dos grupos Movimento e/ou Unidos e terem um total de participações nos grupos inferior a 8 (oito) encontros.

O método utilizado para o estudo foi a análise de conteúdos de Bardin na modalidade de análise temática, onde se utiliza a categorização dos temas que surgem das falas dos usuários entrevistados.⁵ Esse método visa encontrar respostas para os questionamentos formulados, além do mais, diz respeito às descobertas dos elementos inerentes ao conteúdo relatado.

A análise de conteúdos é compreendida como um conjunto de técnicas, que analisa as informações sobre o comportamento humano, com o objetivo de verificar as hipóteses que estão por trás dos conteúdos manifestados.³²

Os tratamentos dos dados das entrevistas respeitam a proposta da análise de conteúdo de Bardin, que trata os conteúdos a partir da sequência: a pré-análise do conteúdo, a exploração do material coletado e o tratamento dos resultados, analisando as interferências e as interpretações.⁵

Para facilitar a compreensão e a discussão da pesquisa foram formuladas categorias temáticas empíricas relacionadas à temática da pesquisa, que emergiram dos relatos e a partir das perguntas do questionário semi-estruturado (Apêndice A).

Algumas falas, palavras ou parágrafos chamaram atenção e foram recortadas dos discursos dos participantes, realizado a partir das perguntas do questionário semi-estruturado. As que tiveram o mesmo significado foram categorizadas, o que gerou três categorias: a construção do saber em saúde; o fortalecimento da rede social; e você no comando.

Em cada categoria foram agrupadas duas perguntas do questionário semi-estruturado.

Na categoria a construção do saber em saúde, foram agrupadas as perguntas:

O que faz você participar do grupo?

A seu ver o grupo está provocando mudanças? Quais?

Já na categoria o fortalecimento da rede social a perguntas agrupadas foram:

Como você soube deste grupo? De quais grupos você participa?

Por último a categoria intitulada você no comando agregou as perguntas:

Quantas vezes por semana você participa do (s) grupo (s)?

E se você não estivesse no grupo agora o que estaria fazendo?

Ainda com o intuito de complementar a análise dos dados coletados durante as entrevistas, houve a análise das informações como: gestos, olhares, risos, choros e expressões faciais.⁵

Em acordo com a resolução 466/12, que dispõem sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi enviado para a apreciação e aprovação dos comitês de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil, da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e do município de Porto Alegre.⁷ Tendo recebido parecer favorável de ambos os órgãos. E em abril do ano de 2015 recebeu o parecer favorável da Plataforma Brasil sob o número 44281315.0.3001.5338.

Para a garantia do anonimato e o absoluto sigilo sobre a origem dos dados, os participantes foram nomeados através das suas iniciais, idade e sexo, ex.: (DFD, 33a, FEM).

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2015.

Resultados e Discussão

Apesar do convite para participar da pesquisa ter sido dirigido a todos os usuários participantes dos Grupos Comunitários Unidos e Movimento, a pesquisa foi composta exclusivamente por mulheres. As entrevistadas tinham idade média de 66 anos. Tal constatação é essencial, pois nos diz respeito à composição dos grupos: sugere um predomínio quanto ao sexo feminino nos grupos comunitários e possibilita a classificação desses grupos que na literatura encontramos nominados como de "terceira idade", de "melhor idade" ou de "idosos".

Esses achados sugerem semelhanças com os achados de outros estudos que ressaltam que embora os grupos comunitários devam ser compostos por ambos os sexos, socialmente vemos mais mulheres nesses espaços.^{9,10,12,33} Ao nos questionarmos em relação a essa questão de gênero buscamos as hipóteses de que a exclusão que os homens sofrem nos grupos decorrentes da sensação de não pertencimento aos grupos, da resistência das mulheres a inserção dos homens.^{34,39} Há ainda a possibilidade de alguns homens se sentirem incomodados ao terem que se submeter às decisões tomadas por mulheres, devido às valores sociais discriminatórios e machistas ainda presentes na nossa sociedade. Dentre os paradigmas de masculinidade presentes na

sociedade, e que muito prejudicam o acesso dos homens aos cuidados com a sua saúde apontamos alguns como; de que o homem nunca adocece, de que o homem tem que ser forte fisicamente e emocionalmente.

Respondendo as questões de gênero é necessário que os profissionais de saúde, em relação à saúde do homem, adotem formas diferentes de pensar; rompam com atitudes, crenças e valores cristalizados ao longo de sua formação profissional e social, e incorporem novos conceitos pertencentes à saúde do homem, para que ele se incorpore a serviço de saúde.³⁹ Frente a isso os grupos comunitários auxiliariam como uma nova forma de comunicação e aproximação desse usuário e a unidade de saúde.

Já ao nos reportarmos ao fator idade, esses grupos podem ser classificados como um grupo de terceira idade. Em 2020 o Brasil será o sexto país em número de idosos, com uma estimativa de aproximadamente 30 milhões de pessoas idosas.⁴¹

Colaborando com a questão do envelhecimento populacional o Brasil passa por uma transição demográfica e epidemiológica acentuada, com uma redução da mortalidade infantil e da natalidade com consequente aumento do percentual da população idosa, ademais uma redução da prevalência das doenças infecciosas e um concomitante aumento das doenças e agravos não Transmissíveis (DANTS).³³ Entre elas podemos

citar as doenças cardíacas e cerebrovasculares, cânceres, diabetes, hipertensão arterial, doenças mentais, doenças genéticas, agravos causados por acidentes ou violência, que têm como consequência lesões físicas e emocionais, além de grande ônus social.

A sustentabilidade desses grupos se dá em virtude dos idosos revelarem mais disponibilidade de tempo, que é facilmente conciliável, e que esses também se apresentam mais livres dos afazeres domésticos, e que a maioria encontra-se aposentados das atividades laborais.^{1,4}

Os programas de promoção de atividade física nas comunidades, para indivíduos acima de cinqüenta anos de idade, têm crescido em popularidade nos últimos anos.^{1,33} Para critérios de contextualização as atividades físicas podem ser entendidas como qualquer movimento corporal que produz uma contração da musculatura esquelética e que implica gasto energético.

Nesta presente pesquisa extraímos algumas características sócio-demográficas referente às pesquisadas. Em relação ao estado civil elas declararam estar: 2 (duas) casadas, 3 (três) divorciadas, 1 (uma) separada e 4 (quatro) viúvas. Sobre o grau de escolaridade elas informaram ter: 1 (uma) com o segundo grau completo, 3 (três) com o primeiro grau completo, 1 (uma) estudou até sétima série, 2 (duas) estudaram até a quinta série, 1 (uma) estudou até a terceira série e 2 (duas) nunca

estudaram. Ao nos reportarmos ao tipo de renda foi visto que: 1 (uma) não possui nenhum tipo de renda fixa, 1 (uma) ganha um salário-mínimo, 1 (uma) tem somente uma pensão, 7 (sete) recebem aposentadoria sendo que entre essas, 1 (uma) recebe uma pensão e outra recebe um salário-mínimo. Em

relação ao trabalho 2 (duas) participantes trabalham e 8 (oito) não trabalham. Também perguntamos com quem as entrevistadas residiam, sendo informado que: 4 (quatro) entrevistadas moram sozinhas, 4 (quatro) moram com um familiar, 2 (duas) moram com dois familiares.

Tabela. 1. Dados Sócio-demográficos das entrevistadas.

Participantes	Idade	Estado Civil	Nº de Morador	de Escolaridade	Renda/ Benefício	Trabalho
R.M. – Fem	50	Divorciada	1	7ª série	Não	N
A.M. – Fem	60	Viúva	2	Analfabeta	A* + P**	N
J.M. – Fem	68	Viúva	2	Analfabeta	A	N
T.S.L. – Fem	68	Casada	2	5ª Série	A	N
S.G. – Fem	70	Viúva	0	1º Grau completo	S***	T
E.M. – Fem	65	Divorciada	3	5ª Série	A + S	T / S
V.P.R. – Fem	77	Divorciada	1	1º Grau completo	A	N
M.L.V. – Fem	72	Viúva	3	2ª Grau completo	P	N
R.P.S. – Fem	65	Separada	1	3ª série	A	N
L.M. – Fem	70	Casada	2	1º Grau completo	A	N
Média de idade: 66 anos						

Fonte: Autora (2015)

*Aposentadoria; **Pensão; ***Salário mínimo.

Essas características podem nos sugerir que posições sociais mais vulneráveis, dificuldades econômicas e a baixa escolaridade contribuem para fortalecer a relação desigual de poder entre usuários e profissionais de saúde. Pois diante da linguagem diferenciada destes, diante da diferença cultural, dentre outras desigualdades, os usuários dos sistemas de

saúde muitas vezes sente-se constrangido, acuado para comunicar seus problemas com o profissional a sua frente.

Os idosos brasileiros convivem com medo de violências externas e intrafamiliares, solidão, escassas atividades de lazer, além das angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões.⁴¹

Nesse sentido a participação em grupos comunitários favoreceria a comunicação do usuário com os demais atores da comunidade, pois ao se encontrarem diante de outros pacientes, essas dificuldades não existem ou, se existem, são amenizadas, já que os usuários estão na mesma situação, do mesmo lado e no mesmo território.²² Também na formação dos grupos comunitários há a possibilidade de uma mudança na relação entre profissionais e usuários uma vez que permite uma melhor leitura do profissional em relação ao modo de organização da vida do lugar, do ordenamento social desse território. Acreditamos que a participação em grupos comunitários contribui para que os pacientes ganhem mais autonomia, autoestima, aprendendo a cuidar e se responsabilizar melhor pela própria saúde.

Para facilitar a compreensão e a discussão da pesquisa foram formuladas categorias temáticas empíricas relacionadas à temática da pesquisa, que emergiram dos relatos e a partir das perguntas do questionário semi-estruturado.

Algumas falas, palavras ou parágrafos chamaram atenção e foram recortadas dos discursos das participantes, realizados a partir das perguntas do questionário semi-estruturado. As que tiveram o mesmo significado foram categorizadas, o que gerou três categorias: a construção do saber em saúde; o fortalecimento da rede social; você no comando. Em cada categoria foram agrupadas duas perguntas do questionário como já foi explicado na fase metodológica dessa pesquisa.

A partir desse ponto foi realizada a análise com embasamento na literatura científica.

A construção do saber em saúde

A análise dessa primeira categoria as participantes responderam o que as motiva a participar destes grupos e se conseguiam perceber mudanças provocadas por essas práticas na sua qualidade de vida.

A valorização da participação nos grupos comunitários foi referida pelas 10 (dez) participantes como fator necessário para alcance do bem-estar físico, mental, emocional, social e promoção e manutenção da sua saúde e a prevenção de doenças. Em relação à motivação foi referindo a busca da promoção da saúde importante para 5 (cinco) participantes. Também foi apontada por 5 (cinco) participantes a participação nos grupos comunitários como uma ferramenta de combate a doenças físicas, a depressão, a ansiedade e a solidão. Para 6 (seis) das participantes também tinha grande importância a possibilidade de formar novos vínculos, novas amizades com os demais integrantes dos grupos.

Em relação às mudanças comportamentais decorrentes da participação nos grupos comunitários 7 (sete) participantes referiram terem adquirido melhor qualidade na sua saúde, 5 (cinco) relataram terem melhorado dos seus quadros patológicos com doenças músculo-ósteo-articulares, depressão, ansiedade, e também referiram melhora nos

seus quadros de tristeza. Para 5 (cinco) participantes as mudanças sentidas foram à formação de novos laços de relacionamentos e o fortalecimento dos laços já existentes.

Foi unânime a opinião de que o grupo promove saúde, embora as entrevistadas entendam promoção de saúde de maneira diversa, como podemos perceber nos seguintes relatos:

[...] Estava com depressão. [...] exercita o corpo muito bom! (R. M., 50a, FEM).

[...] Eu estive muito arrasada! Aqui eu vim, e eles me ajudaram muito [integrantes do Grupo Unidos], me levaram até em casa de tão desesperada que eu estava, parece que eu já tava presentindo alguma coisa [gravidez inesperada da neta adolescente]. (A. M., 60a, FEM).

No relato acima é possível perceber o compromisso éticopolítico comentado na obra de Gomes e Merhy (2014a, p. 1430 e 2014b, p. 1428) que falam que esse compromisso deve orientar o cuidado desses profissionais, porque ele enfatiza que mesmo o profissional não tendo as soluções técnicas bem-definidas, ele se responsabiliza e não deixa que as pessoas com pouca capacidade de enfrentamento da crise de vida a que estão submetidas fiquem abandonadas e sozinhas.

[...] Eu tô fazendo ainda tratamento para depressão, e me sinto bem melhor depois que eu entrei no grupo [Grupo Unidos]. Posso falar e ouvir [...] Eu vejo que têm pessoas com mais problemas do que eu, então eu já fico me controlando, me ajuda a refletir sobre os problemas [...] eu achava que só eu que tinha problemas. (L. M., 70a, FEM).

Esses relatos revelam que a participação em grupos comunitários muito tem a contribuir

para o combate do sofrimento psíquico. É possível perceber que esses grupos através das relações de trocas de conhecimento de diferentes saberes, de obrigações recíprocas e laços de dependência mútua auxiliam seus participantes, rompendo o isolamento individual e melhorando as condições de saúde criando assim um campo de força em volta dos integrantes, onde cada um atua sobre o outro.

Esse movimento dos grupos comunitários vem de encontro à pobreza das relações sociais que constituem um importante fator de risco à saúde comparável muitas vezes a fatores nocivos como hipertensão, obesidade, depressão, sedentarismo entre outros, e que tanto comprometem a qualidade de vida dos indivíduos.⁴

É nesse sentido que o uso dos grupos comunitários da ESF como uma ferramenta de intervenção adequada para acolher esses usuários, e realizar uma terapêutica baseada na formação de uma rede de apoio que contribui para melhorar as condições de saúde dos usuários.¹¹

Para atuar diante dessas situações de adoecimento é importante considerar os aspectos da vida dos usuários, em especial das suas dimensões subjetivas, pois além de produzir sofrimento, os episódios de adoecimento mais relevantes podem também representar portas abertas para a transcendência, oportunidades para se ressignificar a existência, considerando que tal

compreensão permite trabalhar com as potências da doença, saindo da sua mera negação, entendendo-a como experiência também produtora de vida.²²

Também lembrar que para compreendermos essa subjetividade no campo social, precisamos acessar outros conhecimentos, geralmente não desenvolvidos na formação tradicional do profissional de saúde. Um ponto relevante na concepção é a inserção em processos de luta social coletiva leva à produção de novas subjetividades.

Os problemas materiais ganham sentido na vida das pessoas a partir de seus sistemas de valores e crenças que ordenam, interpretam e lhes atribuem prioridades. Eles afirmam que a consciência da carência e a necessidade de luta para sua superação exigem elaboração mental dos indivíduos. Entretanto, os processos que geram tal atitude coletiva variam, pois as condições consideradas adequadas de vida e o que se compreende como direitos de cidadania são singulares.²²

Em diversas situações, pessoas de classes populares evitam os processos de conscientização por imaginarem que isso exigirá mais ainda da parte delas que já se encontram vivendo próximo de seus limites. Fica claro aí as limitações da concepção de tomadas de consciência, segundo a mesma fonte.

[...] Ah estava procurando alguma coisa pra fazer, porque eu não posso ficar sem tratar das minhas

costas [...] Iria fazer uma academia, algum lugar que desse uma assistência para idosos. (E. M., 65a, FEM).

[...] Nos exercícios eu tinha muita dor nos braços e passou. [...] Em casa também melhorou, assim, eu chego a casa tenho vontade de trabalhar de fazer as minhas coisinhas, e antes eu levantava e começava a olhar para as coisas, e me dava uma vontade de sair pra rua [faz movimentos bruscos com as mãos demonstrando a saída de casa]. (T. S. L., 68a, FEM).

[...] Muito! A ginástica é boa! Porque a ginástica é uma coisa que a gente precisa né! Fazer exercício é bom principalmente com a idade, baixa o colesterol, porque eu sei que a caminhada baixa o colesterol, me baixou bastante, então tudo isso é muito bom pra saúde. [...] Tem que fazer alguma coisa, não pode ficar parado, tem que caminhar, ou venho aqui quando eu posso, ou vou lá na horta, sempre tem que fazer uma atividade. [...] Ficar assim sem nada não dá, alguma coisa tem que fazer. (S. G., 70a, FEM).

Fica visível nos relatos supracitados que os grupos comunitários com foco em atividade corporais são bem aceitos na comunidade, pois possibilita dentro do território a realização de atividades físicas que geralmente, quando são feita fora do território, se tornam inviáveis para essa parcela da população que apresenta questões como a dificuldade de deslocamento desses usuários aliado aos altos custos financeiros.

Evidenciam-se assim, mudanças positivas após a entrada das usuárias nos grupos comunitários, sendo relatada uma diminuição das dores físicas, dores emocionais, melhora do desempenho nas atividades de vida diárias, melhora nas relações e interações sociais e melhora no cuidado da saúde de cada uma.

Os grupos comunitários de patologias crônicas e grupos de atividade física para terceira idade, têm como objetivos realizarem educação em saúde e práticas corporais sendo importante para redução do número de atendimentos clínicos individualizados, assim como facilita a adesão dos participantes aos tratamentos convencionais.¹⁸

[...] Ah é porque é um lugar que eu faço bastantes amizades. [...] Não fico sozinha em casa, porque a minha filha trabalha e a neta estuda. O que quer dizer que eu ficaria no mínimo sozinha. [...] Ai eu optei pelos grupos, ai eu tenho o meu tempo preenchido. (M. L. V., 72a, FEM).

[...] Ah! É que eu me sinto bem melhor depois que eu comecei a participar do grupo [...] Porque a gente conversa, a gente pega amizade, conversa com elas e eu me sinto bem em participar, bem melhor do que quando eu não participava. (L. M., 70a, FEM).

[...] Dá mais energia na gente, mais alegria, prazer, faz a gente se sentir mais alegre mais disposta. [...] Eu me sinto bem aqui! [...] Assim, no grupo eu não sou muito de falar, sou mais de ouvir, mas ouvir a gente aprende, aprende muitas coisas, e muitas coisas trazem, é muito bom isso ai. (J. M., 68a, FEM).

[...] O que eu observo em mim que eu melhorei bastante [...] Eu melhorei bastante da saúde, e melhorei bastante também na comunicação, porque eu me abro mais eu falo mais. Que eu sou muito trancada, e eu não gosto muito de tá falando. Tem muita coisa que eu até gostaria de conversar, e eu não converso. [...] Eu deixo guardado em mim [...] me abriu mais a mente o jeito de ver as coisas, melhorei bastante, tá muito bom isso ai pra mim. [...] É uma escola! A gente aprende mais com os problemas dos outros do que com a gente, porque estando de fora a gente enxerga melhor. [...] A gente faz comparações vai melhorando, vai mudando. Mas eu tenho que mudar bastante ainda. Eu sou muito trancada. [...] O grupo está me ajudando a raciocinar melhor, a pensar: Assim não, assim não dá, vamos por ali que é mais suave, vamos por ali que as pessoas vão me entender melhor. [...] Isso é muito bom! [...] O grupo é bom porque auxilia a gente em

todas as maneiras, não só na saúde, mas na maneira de pensar, na maneira de ver as coisas de fazer as coisas. Vai pegando os exemplos dos outros, e vai adequando aquilo que é bom aquilo que tu acha que te convém. (E. M., 65a, FEM).

[...] Ah mudou muita coisa eu era muito assim encolhida [fecha as mãos e aperta contra o peito e encolhe o corpo], e agora eu convivo com pessoas de fora [abre as mãos espalmadas ergue o corpo e sorri]. [...] Depois que eu comecei nos grupos mudou totalmente Até fala, que eu não falava em público, agora eu tô falando. [...] Foi bem bom! (M. L. V., 72a, FEM).

[...] 'Bah' [terminologia usada no Rio Grande do Sul] aqui é muito bom! Fora os exercícios, a gente aprende um monte de coisas boas. Aprende com os outros. [...] Às vezes nem é pra mim, mas escutando os outros. Ah isso ai é muito bom. [...] Já pensou eu ficar em casa sem fazer nada? Eu fico doente, não posso! Gosto das pessoas, com certeza! (R. P. S., 65a, FEM).

[...] Mudou justamente no aspecto de conversar com as pessoas. [...] Eu tô me sentindo uma pessoa mais alegre entende? Bem mais alegre do que eu era antes. Sei que mudou bastante. Mais disposta. [...] Chego à minha casa cansada, mas parece que eu não estou. Melhor em tudo! (L. M., 70a, FEM).

Observamos nesses relatos a consolidação dos vínculos entre os participantes, sendo visível o fortalecimento de uma rede de relacionamentos entre si. Também é visto que o interesse dos usuários em participar dos grupos comunitários vai apontando para um processo de ensino-aprendizagem acerca da promoção da saúde constituído na finalidade do trabalho coletivo, levando em consideração o saber popular. Essas falas revelam importância em se ter um espaço de escuta e acolhimento.

Corroborando com essa ideia, chamam atenção sobre a importância do acolhimento

para vincular e produzir corresponsabilização no cuidado da saúde.^{16,24} As respostas deixam claro que cada um entende promoção da saúde de forma distinta. Contribui para o entendimento de que promover saúde é entendê-lo no sentido amplo, como parte da cultura, dos costumes, dos modos de se relacionarem, dos modos de viver e das condições políticas e sociais das pessoas e da comunidade adstrita.

Para o sucesso do acolhimento e vínculo nesses espaços é necessário que enxerguemos além das carências existentes na população.²² Precisamos aprender a ver as potências as intensidades presentes nas suas vidas, destacando a necessidade de se compreender e valorizar as potencialidades dos indivíduos e grupos sociais e trabalhando sobre aspectos positivos, ricos, da vida. Para isso temos que ter em nossas mentes a importância da educação popular em saúde.

Essas falas também nos contam sobre a capacidade que os grupos comunitários despertam em relação ao reconhecimento e a valorização dos seus componentes, pois favorece o crescimento do indivíduo tornando capaz de influir na mudança comunitária e assumirem novas posturas e novos comportamentos valorizando mais a si mesmo, o outro e a sua comunidade. Essa interdependência do outro nas relações de troca significa reconhecer que não só os profissionais são produtores e possuidores do cuidado e dos saberes em saúde e que os usuários não são apenas os receptores passivos. O respeito e o

reconhecimento para com o outro é o fator mais importante para produzir relações saudáveis nos acolhimentos, pois possibilita a (re)significação dos conceitos obstrutivos ao processo de promoção da saúde, valoriza os conteúdos disponíveis na comunidade, manifesta e processa as mobilizações emocionais, conhece e reflete práticas de saberes em saúde que favorecem o incremento das capacidades funcionais dos indivíduos.^{25,28}

Vemos nesses relatos das participantes dos grupos comunitários o favorecimento da tradução objetiva das experiências singulares e subjetivas, possibilitando que haja o processamento e contemplação dos amplos significados de saúde e do viver, sendo possível problematizar a vivência singular da saúde e do adoecer, ao relacionar as dimensões social, biológica e psicológica à situação existencial de liberdade.

Portanto, os grupos comunitários são entendidos pelas participantes como um dispositivo que permite promover e melhorar a saúde além dos aspectos biomédicos, uma vez que envolve, acolhe e autonomiza os usuários às práticas de saúde voltadas para a promoção e prevenção de doenças. Percebe-se que a partir do grupo comunitário é possível uma ampliação do acolhimento e do vínculo profissional da ESF com os usuários do grupo.

O fortalecimento da rede social

Na segunda categoria as participantes foram inquiridas a responder sobre a forma como

conheceram os grupos comunitários, e quais grupos escolheram participar.

Das 10 (dez) entrevistadas 7 (sete) revelaram que souberam dos grupos através da sua estratégia de saúde de referência, através de Agentes Comunitários de Saúde, e através de outros grupos comunitários de outras estratégias de saúde do bairro. Já 3 (três) entrevistadas revelaram saber dos grupos através de pessoas da comunidade.

Fica claro, a partir, de algumas falas recortadas, o papel das estratégias de agregar os usuários para atividades do território, sendo indispensável o papel do agente comunitário ao transitar na comunidade.

[...] Através do posto de saúde. (R. M., 50a, FEM).

[...] Através das colegas. (A. M., 60a, FEM).

[...] Convite das ACS feito no Grupo da Caminhada. (T. S. L., 68a, FEM). [...] Eu fui ao posto, passei pela médica dai fui pra ti, foi uma coisa bem concreta bem lega! (E. M., 65a, FEM).

[...] Eu soube desses grupos porque uma vai falando pra outra, e aí me convidaram. "Vai lá, é 'tri' bom lá!" [terminologia usada no Rio Grande do Sul] [...] Primeiro foi a Dona L. ela disse assim: "É tão bom a gente faz ginástica!" [...] Aí eu vim! Eu estou frequentando desde o ano passado. (VPR, 77a, FEM).

[...] É que eu já caminhava na parada 10, há sete anos (Grupo da Caminhada ESF Stª Helena). E a Agente Comunitária de Saúde me convidou pra vir para esse grupo. (M. L. V., 72a, FEM).

Esses relatos nos falam sobre a escolha do perfil das pessoas que participarão dos grupos comunitários, já que ao transitar pelo território

para identificar futuros participantes dos grupos, é necessário primeiro ter em mente que público-alvo se quer atingir. Para essa tarefa é necessário transitar entre os outros grupos comunitários, entre as lideranças comunitárias e entre outros espaços sociais, a fim de formar parceiros e divulgadores no território. Novamente nos deparamos com o processo de territorialização, ferramenta indispensável para essa tarefa de agregar e identificar pessoas.

A rede de relações sociais se organizam através de trocas socialmente aceitáveis que são importantes para a compreensão da estrutura social na qual as redes se realizam, contemplando: o que é trocado nos conteúdos dos vínculos; com quem é trocado, se são relações horizontais ou verticais; quanto é trocado, intensidade desses vínculos.²⁴

Nos relatos sobre a formação de vínculos sociais, é possível perceber as relações de troca das usuárias com os profissionais das ESF e delas com a comunidade, através de uma rede presente no tecido comunitário. Potencializar essa rede de contato constitui fator de promoção a saúde, entendendo que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde, onde um chama a atenção do outro, além de aconselhar e incentivar a adesão e a sustentabilidade aos grupos e aos tratamentos propostos e também contribuem para incentivar atitudes pessoais positivas. Assim, as relações sociais contribuem para dar sentido à vida de cada indivíduo.

O apoio social que essas redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte, integrada e acolhedora. Inferindo sobre as relações sociais, através do compartilhamento de informações, dos relatos de experiências e no auxílio em momentos de crise.³

O envolvimento comunitário proporcionado pelos grupos comunitários tem grande efeito no fator psicossocial no aumento da confiança dos usuários, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar os problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima, o que contribui com o sucesso dos tratamentos. O apoio social atua amenizando os efeitos patogênicos do estresse no organismo, incrementando a capacidade das pessoas lidarem com as situações difíceis.

Outro efeito desse apoio seria a sua contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde. Nesse sentido o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o empoderamento, processo no qual o indivíduo, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

Portanto qualificar o cuidado reflete na comunicação entre profissionais e usuários, a fim de possibilitar que as reais necessidades desses últimos sejam reveladas, aumentando a diversificação das práticas de atenção à saúde.

Para atingir esses feitos apontamos o vínculo como elemento central para a produção do cuidado.²² Para uma relação de intensa interação com o outro, acreditando no poder do envolvimento amoroso entre equipe e usuário que permita a comunicação entre eles, acentuando a (co) responsabilização.

Em relação ao número de grupos comunitários frequentados tivemos: 1 (uma) participante que frequentava somente 1 (um) grupo, até outra que participava de 5 (cinco) grupos comunitários na semana. A disponibilidade de participar se apresentou bem diversificada como pode ser observada:

[...] Razão de Viver, Horta, Caminhada, Grupo da Igreja, Movimento. (T. S. L., 68a, FEM).

[...] O da caminhada, esse daqui [Movimento], da Horta e mais o Razão de Viver. (M. L. V., 72a, FEM).

[...] É só aqui contigo, às vezes quando eu tenho tempo eu vou pra psicologia [Grupo Unidos], mas na fisio [Grupo do Movimento] eu venho sempre! (E. M., 65a, FEM).

Esses relatos nos falam sobre autonomia de escolha, que vai ser debatido na próxima categoria.

Você no comando

Nessa terceira e última categoria as entrevistadas responderam referente frequência das participações nos grupos comunitários, e se na ausência desses grupos onde e o que elas fariam.

Ao serem questionadas sobre o número de

vezes que participavam do grupo do Movimento e do grupo Unidos, 4 (quatro) entrevistadas revelaram participarem uma vez por semana e 6 (seis) revelaram participar duas vezes por semana. Em relação a participarem desses grupos 7 (sete) informaram participar dos dois Unidos e Movimento e 3 (três) informaram participar somente do Movimento.

A seguir vemos os relatos sobre as participações nos grupos Movimento e Unidos.

[...] Duas vezes quando dá se não venho só pela manhã, no Movimento e no Unidos. (J. M., 68a, FEM).

[...] Duas vezes no Movimento. (T. S. L., 68a, FEM).

[...] Uma vez por semana no Movimento. (S. G., 70a, FEM).

[...] Uma vez por semana no Movimento e no Unidos. (V. P. R., 77^a, FEM).

Ao serem interrogadas sobre o que fariam se não estivessem nos grupos comunitários, 6 (seis) pesquisadas informaram que estariam em casa realizando atividades domésticas como cozinhar, limpar a casa e/ou cuidar dos netos e/ou filhos, entre outras atividades, 3 (três) afirmaram que realizariam outra atividade, e que de forma alguma ficariam em casa, 2 (duas) informaram não saber o que fariam e por último 1 (uma) afirmou que estaria em sofrimento.

[...] Nem imagino! [...] Tava sentada em casa tomando chimarrão. (T. S. L., 68a, FEM).

[...] Com certeza eu ia fazer outra atividade, parada não dá, já tem esses dois dias que eu faço trabalhos voluntários (AACD e Casa do Menino

Jesus de Praga) pra me preencher [Bate com a ponta dos dedos no peito] [...] Pra eu não ficar em casa. [...] Ficar em casa pra quê? Eu não tenho ninguém! [faz que não com o dedo indicador][...] Eu gosto muito e eu ainda quero trabalhar com as crianças lá da AACD. (S. G., 70a, FEM).

[...] Ah! Estava procurando alguma coisa pra fazer, porque eu não posso ficar sem tratar das minhas costas. [...] Iria fazer uma academia, algum lugar que tivesse assistência para os idosos. [...] Porque eu não posso ficar sem. (E. M., 65a, FEM).

[...] Estaria em casa, fazendo o serviço da casa né! (L. M., 70a, FEM).

[...] Em casa, eu faço todo o trabalho de casa, eu faço crochê, assisto muita TV, que antes eu não tinha tempo. [...] Eu ajudo a reparar o meu bisneto tem nove anos. E eu participo assim com ele, às vezes ele inventa que quer comer uma coisa, dai nos dois vamos pra cozinha. A gente faz bolo, pipoca, várias coisas. E eu participo junto com ele. (VPR, 77a, FEM).

Esses relatos nos fazem refletir sobre os aspectos de autonomia e empoderamento das participantes. A vinculação entre profissionais e usuários como também as relações entre profissionais que compõem a equipe multidisciplinar promovem a criação de vínculos democráticos, que encorajam a participação, a autonomia e a decisões individuais e coletivas.

Os grupos comunitários sirvam como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida, levando em consideração o processo de empoderamento, que diz respeito ao aumento da capacidade dos indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas.³⁷

Podemos observar nos relatos o desenvolvimento da autonomia das participantes, assim como, o desenvolvimento da corresponsabilização com o seu cuidado no momento em que essas se sentem capazes de fazer suas escolhas de onde e quando estarem nos espaços. Essas escolhas feitas de formas livres e esclarecidas dos seus próprios desejos.

A participação nos grupos comunitários envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção de saúde.³⁷

À vista disso, os objetivos dos grupos comunitários são calcados na capacidade de potencializar os sujeitos nas mudanças de comportamentos e atitudes direcionadas ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis e desnecessários.

[...] Estava em casa pensando e chorando. (A. M., 60a, FEM).

O uso dos grupos comunitários como uma ferramenta para promoção de saúde pode ser oportunizada à população em geral e, estrategicamente, aos indivíduos expostos a situações de exclusão social, sofrimento psíquico, e sem autonomia, que foi o perfil de algumas das nossas entrevistadas.

As ações de promoção a saúde são resultantes de um complexo processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas atuando sobre múltiplas dimensões,

compreendendo as intervenções dos profissionais da saúde e, por outro, a singularidade e autonomia dos indivíduos.³⁷

Associar a responsabilização profissional com o reconhecimento da capacidade do outro em determinar sua própria vida e que se tome a autonomia do outro como pilar para a prática do cuidado em saúde.²² Com isso combate o julgamento moral muitas vezes realizado por profissionais e equipes de saúde ao tentarem enquadrar as atitudes das pessoas em padrões de comportamentos aceitáveis ou não e reconhece os conhecimentos populares para a composição da saúde individual e coletiva.

Podemos afirmar que são propósitos dos grupos comunitários a construção das relações sociais cooperativas, a fim de promover o desenvolvimento contínuo da autonomia. Os grupos criam espaços cooperativos onde os participantes têm a oportunidade de: ressignificar conceitos obstrutivos ao processo de promoção da saúde; valorizar os conteúdos disponíveis na comunidade; manifestar e processar mobilizações emocionais; conhecer e refletir sobre as práticas e saberes em saúde, e saberes populares que possam favorecer o incremento das suas capacidades funcionais.

Considerações Finais

A presente pesquisa se propôs e atingiu o objetivo de analisar as percepções dos participantes dos Grupos Movimento e Unidos, em relação à vivência e a convivência nesses

grupos, bem como verificar a possibilidade de eventuais mudanças comportamentais, segundo as suas percepções, além de associar essas percepções com relação à participação em um grupo ou em mais de um referente à modificação na sua qualidade de vida.

Nesse raciocínio também foi realizada a comparação da percepção dos usuários que participavam dos dois grupos em relação aos que participam de um só no que se refere a eventuais benefícios para a saúde. Por último, propôs refletir sobre as motivações que levaram os usuários a participar do (s) grupo (s).

Ao realizar-se uma síntese dos discursos apresentados, observou-se que: em relação ao perfil, a pesquisa em questão foi composta exclusivamente por mulheres, com idade média de 66 anos, na sua maioria aposentadas e com renda de aproximadamente um salário-mínimo. Outra característica também apresentada foi o fato da maioria das participantes terem o primeiro grau incompleto. Em relação aos convívios sociais, grande parcela das entrevistadas residia no máximo com 2 (dois) familiares, mas que igual ficava grande parte do dia sozinhas.

A respeito das questões acima relatadas observou-se o papel positivo de participar dos grupos comunitários, já que esses agiram como um suporte para o convívio social.

Sobre educação em saúde observamos que os grupos comunitários exerceram uma ação

importante, pois potencializou a compreensão do que é saúde nos seus sentidos mais amplos levando em consideração os saberes de cada indivíduo.

A partir dos questionamentos sobre a rede de apoio formada nesses grupos ficou claro quanto é importante o papel dos profissionais de saúde principalmente dos agentes comunitários que transitam na comunidade para a divulgação e fortalecimento dos grupos comunitários. Observa-se também que a participação em uma rede social amplia as relações afetivas e minimiza os sofrimentos oriundos das patologias físicas, emocionais e da solidão.

Outro aspecto importante foi em relação às questões de autonomia promovidas pela participação nesses grupos comunitários, pois a participação em grupos comunitários favorece o fortalecimento do controle dos sujeitos sobre o ambiente social em que vivem, favorecendo ainda a progressão dos níveis de saúde, de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre os indivíduos.

Ficou claro que as tecnologias em saúde se estruturam em três eixos: sendo as tecnologias duras, as leves-duras e as leves. Por mais que essas tecnologias se interrelacionem, a tecnologia considerada essencial para os indivíduos é a tecnologia leve, também nominada com tecnologia das relações. E, por esse motivo, é essencial que o acolhimento seja uma atitude presente nas relações dos profissionais e usuários.

Diante dos objetivos apresentados pela pesquisa, observa-se que as tecnologias em saúde fazem parte da proposição de uma ação integrada em saúde, uma vez que as tecnologias leves como o cuidado e a comunicação se fazem essenciais para que as ações sejam resolutivas, pois, proporcionam a comunidade o desenvolvimento de uma relação mais estreita com as equipes de saúde.

Outro aspecto a destacar é o potencial da educação popular em contribuir para que os grupos comunitários possam incorporar novas práticas a partir dos saberes populares. Em sua concepção teórica, ela valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um

processo de construção coletiva, que leva a um maior entendimento das ações de saúde como ações educativas. Vistas desta forma, as ações tendem a se aproximar da integralidade, da longitudinalidade e da equidade, assumindo como prática cotidiana a junção de promoção-prevenção-assistência, o trabalho multiprofissional e intersetorial.

Espera-se que a realização desta pesquisa possa contribuir para que nós, profissionais da Atenção Básica, possamos refletir um pouco mais sobre nossas ações de forma a construir uma prática de atenção mais humana ao ser humano, com vinculação, com empatia e humanização, permitindo afetar e ser afetado pelo outro.

Referências

- ¹ ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lucia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10-19, jan/mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/03.pdf>> Acesso em: 25 ago. 2015.
- ² ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navaro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, v.8, n. 15, p. 259 – 274, mar / ago. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200006&script=>> Acesso em: 25 ago. 2015.
- ³ ANDRADE, Gabriela R.B.; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 26 ago. 2015.
- ⁴ BARBOSA, Maria Idalice Silva. Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família. **Revista Sanare**, Sobral, v. 8, n. 1, p 86-98, jan/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/47/42.pdf>> Acesso em: 18 ago. 2015.
- ⁵ BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: Persona, 2009.
- ⁶ BRASIL.a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.bvsm.sau.gov.br/bvs/.../politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 05 ago 2014.
- ⁷ BRASIL.b. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.sau.gov.br/web_comissoes/conep/index.html> Acesso em: 05 ago. 2014.
- ⁸ BRASIL.c. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.dab.sau.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pd> Acesso em 01 mar. 2015.
- ⁹ BONOW, Clarice Alves et al. Grupos comunitários adstritos à estratégia Saúde da Família: estudos das características do processo criativo. **Revista Cienc. Cuid. Saúde**, Rio Grande, v. 9, n. 3, p. 527-534, jul/set, 2010. Disponível em:<<http://www.eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../6644>> Acesso em: 15 mar. 2015.

- ¹⁰. BORGES, Celiane Camargo; JAPUR, Marisa. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**. V. 9, n. 18, p. 507 – 519, set/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a04v9n18.pdf> Acesso em: 16 mar. 2015.
- ¹¹. CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo. v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf> Acesso em: 31 maio 2015.
- ¹². CARDOSO, Leticia Silveira et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 66, n. 6, p. 928 – 934, nov. / dez., 2013. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../pdf_253 Acesso em: 31 de maio 2015.
- ¹³. CHAVES, Flora Lima et al. Experiências em grupos na estratégia saúde da família: contribuições da psicologia. **Revista Sanare**, Sobral, v. 8, n. 2, p. 83 – 90, jul. / dez. 2009. Disponível em: <http://www.sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/22> Acesso em: 31 maio 2015.
- ¹⁴. COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script> Acesso em: 31 maio 2015.
- ¹⁵. DELIBERATO, Paulo. **Fisioterapia preventiva fundamentos e Aplicações**. São Paulo, Manole, 2002.
- ¹⁶. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345 – 353, abr. / jun., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> Acesso em: 31 ago. 2015.
- ¹⁷. FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 11, n. 23, p. 515 – 529, set. / dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300009&script> Acesso em: 31 ago. 2015.
- ¹⁸. FORMIGA, Nicéia Fernandes Barbosa; Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113 – 122, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/14.pdf> Acesso em: 31 ago. 2015.
- ¹⁹. GADELHA, Carlos Augusto Grabios et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.3003-3016, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf> Acesso em: 31 ago. 2015.
- ²⁰. GARBIOS, Júlia Arêas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. O direito a saúde na estratégia saúde da família: uma reflexão necessária. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100003> Acesso em: 22 jul. 2015.
- ²¹. GIL, Célia Regia Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006> Acesso em: 22 jul. 2015.
- ²². GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Subjetividade, espiritualidade, gestão e Estado na Educação Popular em Saúde. **Revista Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p.1269 – 1282, 2014 a. Disponível em: <http://www.pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-735932> Acesso em: 28 set. 2015.
- ²³. GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymar Mourão Vasconcelos. **Revista Interface, Botucatu**, v. 18, n. 2, p. 1427-1440, 2014 b. Disponível em: [HTTP://www.redeunida.org.br/...cuidado-em-saude/...cuidado...educacao-popular](http://www.redeunida.org.br/...cuidado-em-saude/...cuidado...educacao-popular) Acesso em: 28 set. 2015.
- ²⁴. GOMES, Maria Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em centros urbanos. **Revista Interface Saúde Educação**, v. 9, n. 17, p. 287 - 301, mar/ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06> Acesso em: 29 set. 2015.²⁵. LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.114-123, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf> Acesso em: 26 set. 2015.
- ²⁶. MACHADO, Eliara Pilecco; HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_447-452_.pdf Acesso em: 20 ago. 2015.

- ²⁷. MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. *Revista Min. Enf.*, v. 7, n. 1, p. 61 – 66, jan. / jul., 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>> Acesso em: 20 ago. 2015.
- ²⁸. MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviço de saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n.1, p. 17-25, abr., 2004. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4490>> Acesso em: 25 jun. 2015.
- ²⁹. MERHY, Emerson Elias. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267 – 279, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48706/52779>> Acesso em: 25 jun. 2015.
- ³⁰. MERHY, Emerson Elias; QUEIROZ, Marcos. Saúde Pública, Rede Básica, e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>> Acesso em: 27 set. 2015.
- ³¹. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7 – 18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200000100002&script>> Acesso em: 27 set. 2015.
- ³². MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ³³. OLIVEIRA, Bráulio Nogueira de; FEITOSA, Welinton Gomes; FERREIRA, Heraldo Simões. Análise da percepção dos idosos integrantes de grupos de práticas corporais na atenção primária: aspectos motivacionais e o fazer multiprofissional. **Revista Motrivivência**, v. 24, n. 38 p. 149 – 158, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5007/2175-8042.2012v24n38p149>> Acesso em: 23 set. 2015.
- ³⁴. PLONER, Kátia Simone et al. Éticas e paradigmas na psicologia social. Rio de Janeiro, **Centro Edelstein de pesquisa social**. 2008, p. 313. Disponível em: <<http://www.books.google.com.br/books?isbn=8599662856>> Acesso em: 23 set. 2015.
- ³⁵. SALMÓRIA, Jordana. Uma aproximação dos signos - Fisioterapia e saúde –aos aspectos humanos e sociais. **Revista Saúde soc**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 73-84, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> Acesso em: 18 maio 2015.
- ³⁶. SANTOS, Luciane de Medeiros dos et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**, Florianópolis, v. 40, n. 2, p. 346-352, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>> Acesso em: 01 set. 2015.
- ³⁷. SANTOS, Mara et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 1, jan/fev, 2014. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/Fisioterapia/Artigos/PSF>> Acesso em: 28 ago. 2015.
- ³⁸. SILVA, Marcos Vieira; GRANDI, Agnah; AMARAL, Marcionília Soares. Afetividade, identidade e poder em grupos comunitários: características e articulações com o desenvolvimento do processo grupal. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 12, p. 125-129, dez., 2002. Disponível em: <[http://www.periodicos.pucminas.br/Capa/v.8,n.12\(2002\)/Silva](http://www.periodicos.pucminas.br/Capa/v.8,n.12(2002)/Silva)> Acesso em: 15 maio 2015.
- ³⁹. SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 21-25, jul. / ago. / set., 2010. Disponível em: <[HTTP://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/.../p3_v3n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/.../p3_v3n3.pdf)> Acesso em: 16 maio 2015.
- ⁴⁰. SOUZA, Aline Correa de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da produção da saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/>> Acesso em: 01 set. 2015.
- ⁴¹. VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025>> Acesso em: 27 set. 2015.

Submissão: 10/01/2018
Aceite: 13/06/2018