



Pesquisa Teoria e Metodologia

## Promoção à saúde do idoso através de grupo educativo, uma experiência na atenção básica de saúde.

*Promoting the health of the elderly through group educational experience in a basic health care.*

**Cleber Mossini<sup>1</sup>**  
**Alexandra Crispim Boing<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Prefeitura municipal de Brusque, SC, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

**Resumo:** Objetivou-se construir e implementar atividades de educação em saúde visando à promoção da saúde através de grupo educativo para pessoas idosas vinculadas a uma Unidade Local de Saúde no município de Brusque. Trata-se de um estudo de prática assistencial que consistiu no desenvolvimento de uma proposta de intervenção na prática, a partir do estabelecimento de um grupo operativo comunitário, do tipo aberto e homogêneo, realizado com uma amostra de idosos da comunidade e em parceria com um grupo comunitário já existente de idosos. Para coleta dos dados utilizou-se a técnica de Diário de Campo e a análise das atividades foram de forma qualitativa e subjetiva às experiências vivenciadas do ponto de vista de um enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, investido como coordenador do grupo. Foram quatro encontros que permitiram conhecer e refletir as ameaças, fragilidades, fortalezas e oportunidades que implicam no desenvolvimento de um grupo de educação popular. Deste modo, as reuniões fomentaram a reflexão e troca de saberes, autocuidado e corresponsabilização sobre a saúde dos participantes e evidenciou-se a necessidade da implementação cada vez mais frequente de atividades de promoção a saúde através de educação em saúde com grupos operativos na Atenção Básica de Saúde, estimulando um estilo de vida saudável.

**Palavras-chave:** saúde do idoso, atenção básica, estratégia saúde da família.

**Abstract:** The objective was to build and implement health education activities aimed at promoting health through education group for older people linked to a Local Health Unit in the city of Brusque. This is a study of care that was to develop a proposal for intervention in practice since the establishment of an operational group Community, open end and homogeneous, conducted with a sample of older adults and in partnership with a existing community group of elderly. For data collection we used the technique of field diary and analysis of the activities were in a qualitative and subjective experiences to the point of view of a nurse from the Family Health Strategy, invested as coordinator of the group. There were four meetings that allowed us to know and reflect threats, weaknesses, strengths and opportunities that involve the development of a group of popular education. Thus, the meetings have fostered reflection and exchange of knowledge, and self-responsibility on the health of the participants and highlighted the necessity of implementing increasingly frequent activities to promote health through health education to groups operating in Primary Care Health, encouraging a healthy lifestyle.

**Keywords:** Appreciative Inquiry; Public Health; Investigative Techniques.

### 1. Introdução

O envelhecimento da população mundial configura-se um fenômeno progressivo e acelerado como resultado da redução da fecundidade e da mortalidade e o aumento

da expectativa de vida. Para 2008, o número de pessoas residentes de 60 anos e mais estimada no Brasil foi de 11,1% da população, percentual que deve mais que dobrar até 2025. Com isso, percebe-se um aumento substancial tanto no número total quanto na porcentagem de idosos na população brasileira (BRASIL, 2006a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; IBGE, 2009). A cidade de Brusque possui 6,1% de idosos (IBGE, 2010) e o Bairro Santa Rita 11,6% segundo dados atualizados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Esta mudança do perfil demográfico com uma maior longevidade da população brasileira, é acompanhada pela transição epidemiológica que se caracteriza por uma inversão do perfil de morbidade e mortalidade da população, antes com prevalência das doenças infecciosas e parasitárias para um crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis – DCNT, que geralmente não são letais, mas comprometem a qualidade de vida das pessoas. Esta situação associa-se a fragilização pelo envelhecimento, tornando a pessoa idosa mais propensa às diversas condições de saúde/doenças (GONÇALVES et al., 2006). Pesquisadores complementam que a cronicidade afeta a funcionalidade do idoso geralmente de maneira expressiva e simultânea a outras doenças, implicando em necessidade de cuidados continuados (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; RODRIGUES, VIEIRA, TORRES, 2010).

Observando esta mudança no perfil demográfico e epidemiológico no cenário atual brasileiro, o Ministério da Saúde refere que a Equipe de Saúde da Família-ESF deverá estar atenta para a capacidade funcional e risco de fragilização da pessoa idosa em sua área de abrangência, tentando ao máximo evitar sua apartação do convívio familiar e social (BRASIL, 2006a). Neste sentido, buscou-se um fortalecimento dos direitos do idoso através da promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria GM nº 2.528 (BRASIL, 2006d), do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 (BRASIL, 2006c), do Pacto pela Saúde – Portaria GM nº 399 (BRASIL, 2006e), da Política Nacional de Atenção Básica – Portaria GM nº 648 (BRASIL, 2006b). Tais documentos, dizem ser imprescindível que o idoso, além de viver por vários anos, viva bem e com saúde, ou seja, com qualidade de vida. Nesta perspectiva, constituem desafios para o Sistema de Saúde do Brasil a promoção da saúde às pessoas idosas e a prevenção das doenças crônico-degenerativas. Para transpor estes desafios, está proposto em suas diretrizes, objetivos a serem alcançados pelas equipes de saúde da família: atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências; informar e estimular a prática e hábitos de vida saudáveis; e estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos.

Visando à promoção da saúde e prevenção de doenças, num cenário voltado para a produção do cuidado em saúde, o modelo de organização e produção de ações em saúde vem sendo inovado a fim de melhor atender as mudanças sociais, políticas e no campo científico. Assim, os grupos educativos ganham ênfase e passam a ser amplamente incentivados por políticas e programas de saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família. Este estímulo se deve a um modo do usuário melhor entender seu processo saúde-doença, levando-o a uma mudança de hábitos que constituem riscos à saúde. Deste modo, propõe-se um intercâmbio de saberes e socialização do conhecimento sobre promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação de alcance coletivo (ABRAHÃO, FREITAS, 2009).

Albuquerque e Stotz (2004) ainda relatam que a educação popular valoriza o saber do outro e tem na Estratégia Saúde da Família um ambiente favorável ao desenvolvimento

de tais práticas, com relevância para atividades em grupo. Além disso, é uma estratégia para superar as dificuldades do modelo assistencial tradicional, fomentando o diálogo e aproximando a equipe de saúde da população onde estão inseridos os serviços (RIBEIRO, 2008).

Deste modo, o presente estudo objetiva construir e implementar, juntamente com o Equipe de Saúde da Família Santa Rita do município de Brusque, atividades de educação em saúde visando à promoção da saúde de pessoas idosas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, através de grupo educativo, refletindo com os mesmos os fatores relacionados com as condições ambientais e, portanto, passíveis de intervenção. O desenvolvimento de tais atividades e reflexão desta experiência será do ponto de vista de um enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, investido como coordenador do grupo pela equipe devido seu interesse em desenvolver tais atividades, coordenador da ULS, especializando do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância.

## 2. MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de prática assistencial que consistiu no desenvolvimento de uma proposta de intervenção na prática para a concretização de um caminhar teórico-prático, com vistas à transformação da realidade assistencial em saúde, a partir do estabelecimento de um grupo operativo comunitário, do tipo aberto e homogêneo; realizado com uma amostra de idosos da comunidade e em parceria com um grupo comunitário já existente de idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Local de Saúde na cidade de Brusque-SC. A atividade tem amparo nas Políticas e Leis da saúde do idoso e contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde Local.

É considerado um Grupo Operativo pois está centrados em uma tarefa, ou seja, os integrantes mantêm relação direta com a tarefa, seja ela a reabilitação, prevenção de agravos, promoção à saúde ou aprendizagem. Ainda, é Comunitário pois as atividades são realizadas na comunidade e com a comunidade (PICHON-RIVIÈRE, 1994; 1995, ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997; OSÓRIO, 2003).

A área desta ULS dista 02 km do Centro de Brusque e se caracteriza por ser residencial. A população é socioeconomicamente homogênea de classe média, estimada em 4663 moradores (CENSO-IBGE, 2008). A Unidade de Saúde possui uma equipe de saúde totalmente reformulada e que assumiu a Unidade quatro meses antes do início deste estudo, responsável por 06 micro-áreas e que tem sua área de abrangência delimitada ao Bairro Santa Rita e parte do Bairro Centro II.

Inicialmente entrou-se em contato com um grupo de convivência da comunidade e firmou-se o compromisso de realizar atividades de promoção à saúde. Paralelamente, discutiu-se a proposta com a equipe de profissionais da ULS Santa Rita, refletindo a relevância das atividades e qual será a contribuição individual e coletiva aos objetivos da Estratégia Saúde da Família bem como à comunidade. A equipe se identificou e comprometeu verbalmente, ficando a cargo do coordenador a organização e distribuição de papéis. Em seguida, houve o processo de planejamento e organização, definindo o tema e buscando na literatura dados atuais e então passou-se à preparação de material a ser apresentado e material a ser utilizado. Este período de planejamento foi de 20 de julho de 2010 a 20 de agosto de 2010.

Mudou-se previamente a agenda dos profissionais da equipe ESF para que houvesse maior adesão dos mesmos, não marcando atividades ou consultas neste período do encontro; e para os que permaneceram na Unidade proporcionar condições para atender a demanda sem sobrecarga. Este cronograma foi organizado em modo de rodízio, de forma que todos os profissionais pudessem participar. O horário dos encontros foram adequados para que os profissionais chegassem ao local da reunião conforme seu horário de trabalho e dentro do período de atividades do grupo da comunidade. Do mesmo modo, o dia do encontro sempre foi em momentos em que estaria disponível automóvel para locomoção.

A população foi avisada através de panfletos na ULS e dos ACSs, por cartazes em pontos estratégicos como igrejas e comércio, pelo informativo da Unidade, verbalmente em reuniões do CLS, associações, igrejas e na própria Unidade de Saúde. A divulgação compreendeu o período do planejamento até a última reunião, aproximadamente um intervalo de 5 meses.

Os encontros foram realizados nos meses de agosto a novembro de 2010, nas dependências da Igreja Católica Santa Rita de Cássia, situada na região central da comunidade. As reuniões foram mensais, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Foram divididas em três momentos: o primeiro, palestra de orientação sobre o tema com base em dados científicos, que abordou conceito, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção à saúde; e um segundo momento para diálogo, reflexão, discussão sobre dúvidas e mitos, troca de experiências, com ênfase na promoção da qualidade de vida. Por fim, utilizaram-se equipamentos e instrumentos para verificação de medidas e dados clínicos. Os assuntos foram escolhidos pela equipe de saúde nos dois primeiros encontros e posteriormente escolhidos pelos participantes a partir das opções de temas oferecidos.

A amostra foi espontânea de participantes da comunidade e do grupo de convivência "cabecinha branca" e contou com uma média de 25 idosos nas reuniões. Estes idosos puderam sair e entrar ao longo do funcionamento, assim como foi permitido o ingresso de novos integrantes. Os critérios para a inclusão dos sujeitos no estudo foram: possuir 60 anos ou mais e ser residente da área de abrangência da ULS Santa Rita.

Para coleta dos dados utilizou-se a técnica de Diário de Campo que é um método de anotação pessoal realizado posteriormente a vivências experienciadas no contato com determinado contexto. É formado pelo registro das descrições e análises referente às observações no campo da pesquisa. As informações analíticas correspondem às reflexões, ideias, percepções e sentimentos pessoais surgidos durante a vivência, registradas imediatamente de forma sintética (SCHATZMAN, STRAUSS, 1973).

A análise das atividades serão de forma qualitativa e subjetiva às experiências vivenciadas pelo especializando do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância, enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, coordenador do grupo e autor deste estudo, durante o processo de discussão em equipe, de planejamento, e de implementação do grupo, procurando discutir as fragilidades e fortalezas na implementação do grupo, bem como ameaças e oportunidades para a continuidade dos trabalhos.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desse estudo serão aqui apresentados e discutidos conforme os procedimentos utilizados no processo de coleta dos dados, isto é, informações descritivas

e subjetivas, de planejamento e execução, colhidas através do Diário de Campo, produto das percepções do coordenador do Grupo, enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

Esse estudo foi uma prática assistencial realizado através de um grupo operativo comunitário a partir das necessidades em se desenvolver atividades de promoção à saúde de idosos, junto a uma amostra de pessoas com 60 anos ou mais que participam do grupo de convivência "cabecinha branca" constituído exclusivamente por moradores na área de abrangência da Unidade Local de Saúde. Tais necessidades em se realizar o grupo devem-se aos riscos de perda da capacidade funcional e suas consequências, melhoria ou manutenção de sua qualidade de vida, ao uso frequente dos serviços da ULS pelas pessoas idosas, representando mais de 25% dos atendimentos, bem como ao quantitativo expressivo de pessoas com 60 anos ou mais quando comparado com a realidade municipal.

Albuquerque e Stotz (2004) referem que a promoção da saúde e a integralidade das ações podem surgir a partir de um cuidado contínuo e participativo que vise à reflexão do processo saúde-doença. Desse modo, o grupo educativo apresenta-se como uma prática dos serviços de saúde que fomenta a participação do usuário na construção e entendimento de sua saúde. Além disso, deve-se observar o indivíduo como um todo, tornando-se necessário pensá-lo inserido na própria comunidade, cidade e país.

Tendo isto em vista, a promoção da saúde manifesta-se de acordo com as peculiaridades da comunidade, com perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, comunicando as situações culturais, econômicas, psicológicas, sociais e ambientais que exercem forte impacto no processo saúde-doença (FROTA, ALBUQUERQUE, LINARD, 2007).

A partir disso e observando a realidade local, surgiu como uma situação estratégica a realização de atividades de educação em saúde, principalmente através de grupo comunitário de idosos, na busca por uma comunidade corresponsável por sua saúde e com hábitos de vida mais saudáveis.

Deste modo, inicialmente entrou-se em contato com o responsável pelo grupo "cabecinha branca" e observou-se a necessidade de atividades em parceria com a ULS, no que tange a promoção da saúde. Em seguida, pactuou-se realizar atividades de educação em saúde sob a coordenação do enfermeiro da Unidade, devido seu interesse em desenvolver tais atividades e consentimento da equipe.

Paralelamente ao contato com o grupo comunitário, foi discutida nas reuniões de equipe a necessidade em se iniciar este Grupo de Idosos, a partir de dados epidemiológicos e demográficos colhidos previamente, bem como da oportunidade em já existir um grupo de convivência na comunidade destinado a esta faixa etária. A equipe tendo em vista os objetivos Estratégia Saúde da Família que tem significativo foco na promoção da saúde (atividades pouco desenvolvidas pela equipe) e a possível repercussão das atividades na qualidade de vida dos idosos, acolheu a ideia de modo espontâneo, como um desafio e ao mesmo momento como ações básicas que já deveriam estar sendo desenvolvidas. Em seguida, partiu-se, nas reuniões semanais de equipe e em outros momentos diários, para a construção da dinâmica a ser utilizada e a definição do papel de cada profissional, organizadas principalmente pelo coordenador. Para estes períodos não agendou-se consultas ou outros compromissos para a equipe, para que o máximo de profissionais pudessem participar sem desassistir a ULS.

Os principais personagens neste processo, além do enfermeiro, foram o médico e os técnicos em enfermagem, sugerindo na construção das dinâmicas e na realização de palestras. Os agentes comunitários de saúde também participaram dos encontros, por

vezes como ouvintes, outras vezes na organização do encontro; bem como na entrevista dos idosos através de instrumentos na terceira reunião. Desse modo, enfatiza-se o trabalho em equipe, pois o apoio de todos os profissionais foi fundamental no desenvolvimento do grupo educativo.

Neste sentido, o Ministério da Saúde refere que os profissionais e agentes comunitários de saúde da ESF têm o papel relevante em estimular tais ações. Partindo do pressuposto que a Saúde da Família está voltada a um cuidado contínuo e integral em todas as fases do ciclo vital, cabe a ela dar uma atenção especial ao idoso e incluí-lo ativamente, juntamente com sua família, na melhoria de sua qualidade de vida. Isto, através de ações individualizadas de promoção a saúde, mas também de modo comunitário através de grupos de educação em saúde (BRASIL, 2006a).

Quanto à divulgação do Grupo, foi relevante o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que além de verbalizarem entregaram um convite nos domicílios, ainda pelo Grupo "cabecinha branca", do informativo da ULS Santa Rita e nas igrejas locais. Todos os profissionais participaram desta etapa ativamente, seja na ULS ou na comunidade. Este período foi de cinco meses, desde o momento do planejamento até o último encontro.

Durante este processo de desenvolvimento do grupo, Abrahão (2007) refere que pode-se fazer o uso dos três tipos de tecnologia, a saber, linha dura, leve-dura e leve, sendo esta última construída durante a produção do cuidado em grupo. As tecnologias duras podem ser utilizadas também nestas atividades como na aferição da pressão arterial e da glicemia capilar. Dessa forma, atuamos com as diferentes tecnologias, aplicando-as conforme o desenvolvimento das atividades.

Assim, quanto às tecnologias leves, buscou-se apoio bibliográfico e referencial metodológico com a procura de artigos na base de dados BIREME, na fonte LILACS, usando no formulário avançado um dos descritores "grupos", "grupos educativos", "grupos operacionais" ou "grupos comunitários" e através do operador booleano AND (intersecção) relacionando com um dos termos "atenção básica de saúde", "atenção primária de saúde", "programa saúde da família", "saúde da família", "enfermagem", "idosos" ou "pessoas idosas", esgotando-se todas possibilidades. No campo de busca foi selecionado "palavras", "descritores de assuntos", "palavras do título" e "palavras do resumo". Do mesmo modo, utilizando os dois conjuntos de descritores, buscou-se em todos os índices e todas as fontes no formulário básico pesquisando-se, pelo método integrado, os cem primeiros artigos por relevância e por ano (decrecente).

Por fim, encontraram-se seis estudos, citados nas Referências, relacionados à importância das atividades de grupo educativo na Atenção Básica, mas nenhum relato de experiência sobre o desenvolvimento de Grupos, o que gerou um desafio ainda maior, pois a equipe teve que apoiar-se principalmente em suas vivências em outras ULS. Este momento ocorreu principalmente fora do horário de trabalho, pois a demanda diária na Unidade impossibilitou esta procura sistemática por dados bibliográficos. Destaca-se como uma referência importante o material disponibilizado no Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância – UNASUS/UFSC, no Módulo 13 – Trabalhando Com Grupos na Estratégia Saúde da Família (MORE, RIBEIRO, 2010) e no Módulo 17 – Educação em Saúde (VERDI, BUCHELE, TOGNOLI, 2010). Esta busca, embora com pouco material específico ao assunto, levantou textos bem elaborados e fundamentados. Também, procurou-se referências sobre a Atenção Básica e Saúde do Idoso, desde artigos à Políticas, tanto para apoio quanto para escolha dos temas a serem discutidos nos encontros.

Assim, definidos os assuntos a serem abordados, passou-se à preparação de material a ser utilizado – tecnologias duras. O material utilizado disponível na Unidade foi de informática (computador, impressora), de expediente (papel, tesoura, fita adesiva) e de enfermagem

(esfigmomanômetro, estetoscópio e aparelho para verificação de glicemia capilar). Também, contamos com equipamentos da SMS (notebook e datashow), bem como o automóvel para transporte. Esta etapa de uso de tecnologias ocorreu tanto durante a jornada de trabalho como em outros horários, durante os 5 meses de atividades.

Os temas escolhidos para as reuniões referem-se a situações de saúde que abrangem grande parte da população, tanto em nível local quanto regional, e frequentemente tem consequências desfavoráveis na qualidade de vida das pessoas idosas. Assim sendo, ocorreram quatro encontros mensais entre agosto e novembro, conforme tabela 2.

Tabela 1: Reuniões do Grupo Operativo Comunitário, na ULS Santa Rita, Brusque, SC, Brasil, 2010.

Reunião	Dinâmica
1 <sup>a</sup>	Abordou-se o tema Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, inicialmente com uma palestra realizada pelo enfermeiro; em seguida passou-se a troca de conhecimentos e posteriormente verificou-se a pressão arterial dos presentes.
2 <sup>a</sup>	Refletiu-se sobre Diabetes, com uma palestra do médico; posteriormente passou-se a dialogar sobre o assunto e ainda verificou-se a glicemia capilar dos idosos.
3 <sup>a</sup>	Assunto escolhido pelos participantes: Depressão, Cognição e Memória, sendo dirigida pelo enfermeiro com posterior troca de experiências e utilização dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975) e Escala de depressão Geriátrica – GDS-15 (YESAVAGE, BRINK, ROSE, 1983) para observar indícios de perda de memória e cognição, e depressão, respectivamente.
4 <sup>a</sup>	O assunto escolhido foi Doenças osteomusculares, sendo o palestrante médico.

Os encontros tiveram um quantitativo homogêneo de participantes, os quais, de modo geral, foram os mesmos nos quatro momentos. Foram agendados encontros quinzenais a princípio; no entanto, ao iniciarem as atividades houve alguns obstáculos e estes momentos ocorreram mensalmente. Tais dificuldades referem-se a compromissos que surgiram ao grupo "cabecinha branca" e assim cancelando algumas reuniões, e por impossibilidade da ULS em abrir nova data para realizar o grupo, devido sua programação. Estes problemas chegaram a ameaçar a continuidade das atividades, pois desestimulou a equipe bem como os idosos participantes. Entretanto, devido ao envolvimento dos idosos e aos resultados vislumbrados, como o interesse destes em participar das reuniões com fortalecimento do vínculo e relatos de experiências de mudança para hábitos mais saudáveis, mostraram a importância em continuar o Grupo.

Vale destacar, que dentre os idosos participantes, apenas uma pessoa era do sexo masculino, o que pode indicar uma maior preocupação das mulheres com sua saúde, bem como maior uso dos serviços em saúde ofertados, além de também poder constatar a feminização da população idosa; conforme observado em outros estudos (FLECK, 2009; CAMARANO, 2004; VERAS, ALVES, 1994). Também se ressalta que embora todos os idosos da comunidade tenham sido convidados, participaram das reuniões principalmente os que já participavam do grupo de convivência. Isso pode indicar que os idosos mais ativos

nos grupos comunitários já eram membros deste existente ou pode sugerir baixa adesão de novos membros, ou ainda, falhas na divulgação.

Sobre a criação de vínculo, pesquisadores indicam que vai além de apenas realizar reuniões, mas que é fomentado quando há três ações: convite individual por meio do agente comunitário de saúde, a discussão coletiva dos assuntos pautados para os encontros e espaço para acolhimento das questões cotidianas (CHACRA, 2005). Observamos desta forma que os encontros previamente agendados devem ser cumpridos para manter e fortalecer o grupo, mas que a dinâmica das reuniões tem maior impacto no vínculo.

Também, pode-se refletir que desenvolver ações em parceria com um grupo já formado a princípio poderia garantir participação de indivíduos alvos e um bom alcance dos objetivos propostos; no entanto, foge dos grupos tradicionais onde a equipe tem total domínio sobre o grupo e as reuniões, ficando sujeitos a adequações no decorrer dos encontros (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010).

As reuniões tiveram foco na promoção à saúde, enfatizando um viver saudável, com bons hábitos alimentares e atividade física regular tanto para pessoas com algum agravo à saúde quanto sem qualquer problema. Para isso, num primeiro momento utilizava-se de palestra informativa, procurando explanar de modo claro as situações-problema, bem como instigar as dúvidas e os mitos dos participantes, para num segundo momento ocorrer a troca de experiências, discussão e reflexão, na tentativa de uma conclusão comum a todos sobre o melhor estilo de vida na perspectiva de evitar incapacidades, recuperar ou manter a saúde. Este segundo momento era o mais longo e houve participação efetiva dos idosos com questionamentos e vivências, no qual eles podiam expressar e aprimorar seus conhecimentos. Evidenciou-se espontaneidade e desejo de mudança de hábitos.

Sobre a dinâmica a ser utilizada Abrahão (2007) cita que deve estimular a interação do grupo, reflexão e verbalização dos movimentos que circulam naquele espaço para solucionar seus problemas. Deste modo, as atividades de educação popular podem ser definidas como um modo de:

*“[...] trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento”* (Vasconcelos, 2001, p.4).

Neste sentido, as atividades educacionais realizadas nestas reuniões passam a ser problematizadoras, pois transformam saberes e indivíduos envolvidos, que começam a analisar a realidade de modo crítico, bem como a resolver os problemas e situações sob nova perspectiva. Esta abordagem de educação em saúde promove o papel ativo do educador e do educando por ser pautado no diálogo, resultando na construção do conhecimento; este método é denominado Modelo Dialógico de Educação em Saúde (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010; PAGLIARO, 2004)

Nesta perspectiva, a partir da segunda reunião disponibilizaram-se temas previamente escolhidos pela equipe para que os participantes escolhessem o assunto que mais gostariam de discutir na próxima reunião, visando estimular a participação e fomentar os diálogos. Os assuntos escolhidos, embora já do conhecimento dos participantes por serem assuntos cotidianos e bastante expostos por mídias, foram discutidos com entusiasmo e espontaneidade pelos idosos. Observou-se ainda, que com frequência os participantes se

utilizavam do saber popular e tinham várias dúvidas sobre prevenção e tratamento, bem como mitos sobre o que pode fazer ou não para um melhor hábito de saúde.

Abrahão e Freitas (2009) referem que na área da Saúde Pública as atividades de grupo centralizam os temas na prevenção de doenças, que têm geralmente o objetivo de informar e esclarecer sobre alguma doença, indicando a necessidade de ampliar o modo de cuidar buscando articular questões sociais, históricas, culturais, além da prevenção de doença. Assim, saindo deste modelo tradicional, a equipe procurou a aproximação da prática à teoria nas dinâmicas dos encontros, produzindo ações coletivas mais adequadas na busca pela qualidade de vida e bem-estar do indivíduo e comunidade.

Ressalta-se também neste modo de trabalhar, a adequação das peculiaridades da grupalidade em foco, desenvolvendo as ações de acordo com as necessidades percebidas e expressas pelas pessoas do grupo e que permita surgir questões no decorrer do diálogo, amoldando novas formas de cuidar em saúde. Além disso, a criação do vínculo entre os participantes e a equipe de saúde deve ser construída, o que acarretaria vontade de interação, responsabilidade e respeito pela autonomia de cada um dos envolvidos (ABRAHÃO, FREITAS, 2009).

Nestas reuniões, um terceiro período foi utilizado para avaliar a saúde do idoso quanto ao assunto discutido através de tecnologias leves e duras, para observar indícios de alteração em sua saúde, buscando pessoas sem diagnóstico. Deste modo, encontrou-se pessoas com pressão arterial elevada e sem diagnóstico de HAS no primeiro encontro, com indícios de Diabetes no encontro seguinte e com cognição e memória alterada na terceira reunião. Os indivíduos com algum indício de alteração foram orientados a procurar a ULS para avaliação e acompanhamento. Assim, as atividades em grupo, também oferecem um espaço diferenciado para investigar e acolher as pessoas que, devido circunstâncias peculiares, não procuram uma Unidade de Saúde ou que, em seus atendimentos, não buscou-se conhecê-lo em outros pontos de sua integralidade.

Ao final da última reunião recapitulou-se os temas discutidos o que apontou as atividades físicas e dieta balanceada como pontos estratégicos na promoção da saúde. Ainda, os idosos puderam se expressar referindo terem aprendido conteúdos novos, que as reflexões já estavam repercutindo em seus hábitos cotidianos e observaram a necessidade de continuidade no próximo ano. Também, notou-se que as principais dificuldades na mudança de hábitos relacionaram-se principalmente ao tabagismo e alimentação. Quanto a atividade física e o desejo dos participante em realizá-la, fomentou-se com a referência do Brusque Saudável, programa onde um profissional da educação física vai semanalmente a comunidade para realizar e estimular esta prática.

Outro retorno positivo foi a repercussão do grupo, percebendo-se as falas dos usuários que buscavam os serviços na Unidade de Saúde com relatos da satisfação que sentiam em participar das reuniões devido a dinâmica, informações levantadas e disposição dos profissionais. Isso, além de ser um estímulo para a equipe sugere as potencialidades com a continuação dos encontros devido à possível diminuição dos riscos de perda de capacidade funcional e maior bem estar.

Além disso, os encontros fortaleceram o grupo "cabecinha branca", pois incrementa outras atividades, aumenta a percepção da comunidade pelo Grupo e recebe o apoio formal de uma instituição, no caso a ULS. Para os profissionais da saúde os benefícios são em relação a satisfação em cumprir seu papel como fomentador de uma população com hábitos mais saudáveis, a percepção positiva da própria comunidade pelo interesse da equipe por sua saúde coletiva, o que fortalece vínculos e eleva o apoio da população à ULS. Ainda, como não existiam Grupos da Unidade, estimula a criação de outros, proporcionando mais ações de promoção a saúde, além de poder aprimorar o

desenvolvimento das atividades grupais, devido às novas experiências no atendimento coletivo.

Além da mudança de data pelo grupo “cabecinha branca”, as dificuldades encontradas no decorrer das atividades referem-se à necessidade de atendimento individual da demanda espontânea, uma vez que a Unidade tem apenas uma equipe de ESF e o dia da reunião é no mesmo período semanal da visita domiciliar, devido a disponibilidade de automóvel. Tais problemas por vezes desestimulavam a equipe e, assim, a coordenação do grupo frequentemente observou ser necessário motivar e lembrar os pontos positivos a estes profissionais.

Ainda, houveram algumas barreiras quanto à algumas tecnologias duras. Os equipamentos audiovisuais (notebook e datashow) foram reservados junto a Secretaria Municipal de Saúde com meses de antecedência e com base nisto construiu-se o planejamento; no entanto, nos últimos dois encontros não foram disponibilizados tais equipamentos, por falta de manutenção, o que atrapalhou a dinâmica proposta. Isso proporcionou que a equipe refletisse sobre o apoio e o planejamento da Secretaria de Saúde às atividades coletivas. A estratégia utilizada foi em dispor do computador e do monitor de uma máquina da própria Unidade. Outra situação desafiadora foi em relação aos equipamentos de verificação de pressão arterial e de hemoglicoteste, pois a ULS possui apenas dois aparelhos de cada tipo, sendo que um destes deveria permanecer na Unidade; o que reduz a abrangência das atividades e aumenta o tempo para estas aferições. Diante disto a aferição da pressão arterial foi realizada durante o período de discussão e trocas de experiências. Quanto a verificação da glicemia capilar foram utilizados os dois aparelhos.

Outra faceta deste estudo se refere à coordenação do Grupo Operativo, realizada pelo enfermeiro da Saúde da Família. Abrahão e Freitas (2009) referem que qualquer profissional da equipe de saúde pode ser o coordenador, mas que usualmente o enfermeiro desenvolve as atividades em grupo, desde internamente na ULS até grupos comunitários. A coordenação de grupos educativos “remete a um trabalho cuidadoso de observação, de sensibilidade e de criatividade”, e planejado, que embora observe a singularidade de cada sujeito, vise a grupalidade de pessoas que convivem com doenças crônicas não-transmissíveis (REVELES, TAKAHASHI, 2007).

Assim, durante as atividades o coordenador valeu-se, após busca bibliográfica e definição em utilizar a Metodologia Dialógica, de uma dinâmica que mobiliza-se o grupo, não apenas voltada para o controle e prevenção de agravos, porém de modo mais amplo valorizando a interação do grupo e troca de experiências que circularam no grupo, buscando, assim, a formação de um autoconhecimento em cada idoso, tendo em vista a promoção da saúde. A escolha da metodologia, quanto as atividades de promoção a saúde, foi devido aos estudos levantados como o de Abrahão e Freitas (2009) que trata do trabalho grupal como um modo de cuidar na saúde pública, o trabalho de Albuquerque e Stotz (2004) sobre a educação popular na Atenção Básica e de Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) sobre os modelos aplicados às atividades de educação em saúde, além de leis e políticas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006d), que mostraram possibilidades de melhores resultados para a saúde do idoso e comunidade, bem como das ações da equipe da ESF e custos ao Sistema de Saúde.

Este profissional também é o responsável pela parte gerencial e técnica de sua Unidade Local de Saúde e conta com uma equipe de ESF numa comunidade de cinco mil pessoas. Deste modo, surgiu como primeira dificuldade a sobrecarga e ao mesmo tempo restrição para novas atividades. O planejamento foi um processo desafiador, pois esteve em várias situações sujeito praticamente à sua influência e anseios. A equipe ofereceu

apoio à medida de seu tempo e capacidade, no entanto, por vezes, pareceu ser um trabalho solitário, pois as decisões, estímulos, ideias, gerenciamento, contatos, organização, além de preparo de grande parte do material, sobrevém sobre este profissional, gerando maior sobrecarga, o que ameaça um planejamento adequado.

Neste contexto, Albuquerque e Stotz (2004) inferem que de um jeito ou de outro, são significativas as dificuldades das equipes de Saúde da Família em se efetivar uma prática cotidiana de promoção a saúde como a educação em saúde através de grupos. Ainda, conforme ocorreu neste estudo, o autor refere que, em meio a estas dificuldades, os trabalhos frequentemente seguem de acordo com o interesse individual dos profissionais, realizando trabalhos em grupos, como este com idosos. Deste modo, notamos que o coordenador deve estar seguro de seus objetivos tendo sempre em mente os benefícios que poderão ser alcançados. Nestes momentos, torna-se significativo lembrar dos estímulos gerados pelos participantes, bem como o apoio da equipe da ULS. De outro ponto de vista, o coordenador se torna uma referência, uma liderança na comunidade, não apenas um profissional da saúde, mas um agente social, fortalecendo o vínculo da Unidade Local de Saúde com sua população.

### Referências Bibliográficas

1. ABRAHÃO, Ana Lúcia; FREITAS, Carla Sueli Fernandes de. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):436-41.
2. ABRAHÃO, A.L. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A.B., organizadoras. *O processo histórico do trabalho em saúde*. v.5. Rio de Janeiro:FIOCRUZ; 2007. p.117-37.
3. ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 15, Aug. 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 70 p. – (Série E. Legislação de Saúde).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS: 2006d.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. *Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília: MS: 2006e.
9. CAMARANO, AA. (org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60 anos*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
10. CHACRA, F.C. Metodologia centrada na primeira pessoa na experiência do vínculo. In: BARROS, N.F., CECATTI, J.G.; TURATO, E.R., organizadores. *Pesquisa qualitativa em saúde múltiplos olhares*. Campinas(SP): UNICAMP; 2005.
11. DUARTE YAO; ANDRADE CL; LEBRAO ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2007, v. 41, n. 2, pp. 317-325.

12. FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 1, Feb. 2010 .
13. FLECK, Marcelo PA et al . Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, Abr. 2000 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jun. 2009.
14. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.
15. FROTA, Mirna Albuquerque; ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de; LINARD, Andrea Gomes. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, June 2007. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072007000200006.
16. GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM, SENA ELS, SANTANA LWS, VICENTE FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. 2006 Out-Dez; 15 (4): 570-77.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Estimativas de População. (14 de agosto de 2009). Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2010.
18. OSÓRIO, L. C. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era. Porto Alegre: Artmed, 2003. PAGLIARO, G. E. Prática homeopática e educação popular: pauta para um diálogo. 2004. 130 f. Dissertação ( Mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
19. PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. 5. ed. São Paulo: M. Fontes, 1994.
20. REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, June 2007.
21. RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Ampliando a atenção à saúde pela valorização das Redes sociais nas práticas de educação popular em saúde. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 235-248, jul./set. 2008.
22. RODRIGUES, Andreia Cristinha Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, Junho 2010.
23. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Educação em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Verdi, Fátima Buchele, Heitor Tognoli. – Florianópolis, 2010. 44 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).
24. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmen L. O. O. More, Carla Ribeiro. – Florianópolis, 2010.
25. VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.8, p.121-6, 2001.

26. VERAS, RP; ALVES, MIC. População idosa no Brasil: consideração a cerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 320-337.
27. YESAVAGE, J.A.; BRINK., T.L.; ROSE, T.L., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17:37-42.
28. ZIMERMAN, D. E.; Osório, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

---

Artigo Recebido: 08.08.2014

Aprovado para publicação: 20.12.2014

**Cleber Mossini**

Universidade Federela de Santa Catarina-SC

Endereço: Rua dos Pinheiros, nº 60, B. Águas Claras, Brusque-SC

CEP:88353-708 Brusque, SC – Brasil

E-mail: cleber\_e\_roseli@hotmail.com

---