

Luciane de Medeiros dos Santos^I
Eleonora Menicucci de Oliveira^{II}
Maria Aparecida Crepaldi^{III}
Marco Aurélio Da Ros^{IV}

Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial

Actions of health group coordinators within the teaching/care network

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o modelo de atuação de coordenadores de grupos de promoção da saúde em unidades básicas de saúde vinculadas à formação de profissionais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo realizado no município de Florianópolis, SC, em 2001. Foram analisados quatro grupos, totalizando 24 sessões em unidades básicas de saúde. Procedeu-se à observação participante para iniciar o trabalho de campo. Os relatos foram analisados por meio da técnica de análise do discurso do tipo enunciativo-pragmático.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: As formas de atuação dos coordenadores congruentes ao modelo preventivista foram: opressiva, pedagógica bancária, biologicista e higienista, prescritiva de condutas e culpabilizadora, infantilizadora, redutora das problemáticas coletivas, desfavorecedora do *setting* grupal, além de utilização de solilóquio. As formas de atuação consonantes ao Modelo da Nova Promoção foram: facilitadora da livre expressão e autonomia, comunicadora empática, construcionista, acolhedora, utilizou a escuta ativa, além de promover a superação da violência e alienação.

CONCLUSÕES: Os coordenadores atuaram primordialmente por meio do modelo preventivista e sem utilizar recursos técnicos e teóricos alusivos à metodologia grupal na área da saúde. As atuações identificadas nos modelos preventivista e a nova promoção da saúde desvelam características que se fundamentam, respectivamente, nas éticas da – opressão/subordinação e; – na cooperação/aceitação dos usuários como livres e responsáveis por suas escolhas e conseqüências.

DESCRIPTORIOS: Serviços de Integração Docente-Assistencial. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Promoção da Saúde, recursos humanos. Humanização da Assistência. Centros de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa. Empoderamento.

^I Centro de Estudos do Envelhecimento. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil.

^{III} Centro de Ciências Humanas e Filosofia. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil

^{IV} Centro de Ciências da Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Luciane de Medeiros dos Santos
R. Flores da Cunha, 74/221/
88070-460 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: lucianems@terra.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the model for actions by health promotion group coordinators, in primary healthcare units with links to professional training.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study was carried out in the municipality of Florianópolis, Southern Brazil, in 2001. Four groups were evaluated, over a total of 24 sessions at primary healthcare units. Participant observation was performed to start the fieldwork. The reports were analyzed by means of the technique of enunciative-pragmatic discourse analysis.

ANALYSIS OF RESULTS: The types of action among the coordinators that were congruent with the preventive model were: oppression, bench teaching, biologism and higienism, prescription of approaches, blame apportionment, infantilization, reduction of collective problems, denigration of group settings and use of monologue. The types of action consonant with the new promotion model were: facilitation of free expression and autonomy, empathetic communication, constructivism, receptiveness, active listening and promotion of overcoming of violence and alienation.

CONCLUSIONS: The coordinators acted primarily by means of the preventive model, without using technical and theoretical resources that allude to group methodology in the field of healthcare. The actions within the preventive and new health promotion models that were identified reveal characteristics that are grounded in, respectively, the ethics of oppression/subordination of users and cooperation/acceptance of users as free and responsible for their choices and consequences.

DESCRIPTORS: Teaching Care Integration Services. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Health Promotion, manpower. Humanization of Assistance. Health Centers. Single Health System. Qualitative Research. Empowerment.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de grupos de promoção da saúde contribui para intervenções interdisciplinares de ações cooperativas direcionadas à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)²¹ e, estrategicamente, aqueles em situação de vulnerabilidade e baixa autonomia, a exemplo dos idosos.

Pesquisas nas áreas de promoção da saúde e saúde de idosos relatam a necessidade do desenvolvimento de métodos de planejamento, gerência e tecnologias direcionados à melhoria das condições de vida e saúde e envelhecimento saudável da população brasileira nos contextos de profunda desigualdade econômica e social. Esses trabalhos devem pressupor uma abordagem crítica da prevenção, educação em saúde e da promoção da saúde para que o sistema possa atender às necessidades da crescente demanda de idosos.^{2,4,19}

Os grupos de promoção da saúde articulam conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentados num conceito de saúde que contempla simultaneamente

aspectos emocionais, sociais e biológicos entre as diversas formações na abordagem e busca compartilhada de resolução dos problemas.

O aperfeiçoamento do processo educativo em saúde requer o desenvolvimento de metodologias participativas contextualizadas na situação concreta, adequando-se tempo, narrativas pessoais e recursos pedagógicos às condições de equalização de oportunidades de aprendizagem e empoderamento individual e comunitário.

Experiências realizadas na construção da reforma sanitária brasileira identificam a qualificação em atividades educativo-grupais como aspecto crucial para a superação de modelos educacionais paternalistas e/ou preventivistas.^{8,18}

Optando como referência a Nova Saúde Pública⁷ e as diretrizes do SUS, há dois modelos de promoção da saúde: Preventivista – as conservadoras do *status quo*, e Nova Promoção da Saúde – que propõe a mudança da organização social.

O modelo Preventivista atua na prevenção das doenças e/ou controle dos agravos, por meio do modelo biomédico, o qual tem como finalidade mudar comportamentos individuais em condições de alienação e opressão. Possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais e uma alta densidade ideológica ao fazer uma construção teórico-ideológica que sustenta a atuação de indivíduos passivos em suas decisões e ignorantes de suas possibilidades.² Compõe-se historicamente das seguintes tendências:

- o modelo de história natural da doença, proposto por Leavell & Clark em 1976;¹⁵
- a promoção da saúde behaviorista, articulada em 1978 a partir do Relatório de Lalonde,¹⁴ que propõe maior responsabilização dos indivíduos sobre questões de saúde; e justifica as “mudanças no estilo de vida” como condição axial para a promoção da saúde;
- a promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença. Entretanto, no nível das intervenções de saúde mantêm-se não propondo a reflexão e enfrentamento das causas de iniquidade forjadas no modo de produção capitalista.

O modelo da Nova Promoção da Saúde reconhece a complexidade dos fatores macro e microsociais que compõe os processos de saúde-doença e atua na criação de ambientes favoráveis à saúde por meio de políticas saudáveis e práticas transformadoras fundamentadas na reflexão crítica dos problemas de saúde em condições de equidade e empoderamento.⁷

Tal modelo tem como referência a Carta de Ottawa^a (1986), que defende o incremento do poder técnico e político das comunidades na definição de prioridades e implementação de estratégias que visem o desenvolvimento da autonomia e a melhoria das condições de vida e saúde. Desta forma, são inseridos conceitos amplos como recursos fundamentais para a saúde: paz, educação, renda, ecossistema estável, justiça social, alimentação, equidade.⁵ Também é requisito neste modelo a humanização da assistência, enquanto condição para o autoconhecimento, autonomia e autogestão de indivíduos e grupos sociais. Parcerias entre profissionais de saúde e usuários que transformem formas de conceber e prestar serviços são fundamentais para o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos e deveres.^{1,20}

Considerando-se a importância das intervenções grupais para a promoção da saúde e humanização da atenção,

o objetivo do presente estudo foi analisar o modelo de atuação de coordenadores de grupos de promoção da saúde em unidades básicas de saúde vinculadas à formação de profissionais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo realizado em Florianópolis, SC, em 2001. Foram identificados os grupos de saúde realizados nas unidades básicas de saúde que participavam da Rede Docente Assistencial da universidade. Uma das atribuições dessa rede é o desenvolvimento teórico-prático dos conteúdos relacionados às intervenções grupais. Assim, a seleção dessas unidades considerou a forma como instituições de formação-aperfeiçoamento de profissionais comprometidos com a promoção da saúde, a humanização da assistência e a Estratégia de Saúde da Família atuam no contexto do SUS.

Foram utilizados formulários para obter informações das unidades: número de grupos, tempo de existência dos grupos, local de funcionamento, número de participantes, frequência dos encontros, duração e formação dos coordenadores.

De um universo de sete unidades de saúde, foram selecionadas duas delas, por apresentarem dois grupos com maior tempo de funcionamento; número maior de participantes e sala própria para condução das atividades grupais. Foram observadas 12 sessões em cada uma dessas unidades, distribuídas de forma equivalente entre grupos de gestantes e grupos de hipertensos e diabéticos, totalizando 24 observações.

A finalização das observações ocorreu quando as informações coletadas foram consideradas suficientes para o cumprimento dos objetivos propostos.

Realizou-se a técnica de observação participante para a entrada nas unidades de saúde, sem a eleição de categorias analíticas pré-estabelecidas.¹⁰ Após familiarização com o campo, a pesquisadora foi convidada pelos coordenadores dos grupos a participar desses encontros.

Os registros das interações grupais foram constituídos pela descrição contínua e cursiva das manifestações verbais e não verbais, recorrendo à escrita manual, gravação e posteriormente transcrição dos dados.

A interpretação dos resultados foi elaborada por meio da análise dos discursos identificados nas regularidades discursivas, e conteúdos latentes observados nos comportamentos verbais e não-verbais.³

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina e conduzido segundo os princípios da Declaração de Helsinki. Os

^a Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: 1. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [evento na internet]; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Canadá. [citado 2009 mar 10]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

coordenadores e usuários foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As análises dos discursos foram fundamentadas na construção de categorias agrupadas quanto aos modelos Preventivista e Nova Promoção da Saúde.

Atuações congruentes ao modelo Preventivista

Forma opressiva

A substituição da ética da cooperação com o reconhecimento do outro como legítimo, pela imposição de condutas normativas, institucionaliza relações contingentes de opressão.¹⁶

O diálogo pedagógico democrático nos Grupos de Promoção à Saúde refere-se tanto ao conteúdo quanto à forma de construção do saber em saúde que estimula indivíduos a pensar e atuar criticamente. Diferentemente, os coordenadores reproduziram formas autoritárias de relacionamento no papel de cuidadores, ao atuar por meio de condutas que cerceiam a elaboração coletiva do conhecimento e desvalorizam a compreensão de cada indivíduo sobre o tema proposto.

A situação seguinte ilustra o encerramento da construção compartilhada do conhecimento por meio da intervenção do coordenador ao propor o seu adiamento, sem, contudo retomá-la durante a sessão do Grupo de Gestantes.

– (...) às vezes o neném ainda não pegou o jeito da sucção, então é preciso paciência. (Gérbera)

– Uma amiga minha tá dando NAN para a criança, com 3 meses. É preciso tentar um pouco mais. (Rosa)

– Vamos continuar o grupo e deixar a discussão para depois. (Coordenador C - Tema: Amamentação).

Modelo pedagógico bancário

A imposição de condutas é compatível com o modelo pedagógico bancário.¹² Os coordenadores relacionaram a dinâmica grupal a uma aula ou similar. Nessas condições, o conhecimento era organizado e avaliado pela introdução do maior número possível de informações a serem assimiladas de forma passiva, conforme ilustrado no relato a seguir:

“A próxima aula será sobre alimentação saudável (...)” (Coordenador B - Grupo Hipertensos).

Compreensão biologicista e higienista

A educação para a promoção da saúde pressupõe o conhecimento do outro, das condições materiais e emocionais e dos saberes que possui.

Em oposição a essa afirmação, os coordenadores priorizaram informações relacionadas aos cuidados higiênicos em detrimento das dimensões relacionais nas quais se fundamentam as mudanças de conduta.

A seguir são exemplificados discursos proferidos pelos coordenadores, distanciados dos aspectos emocionais, sociais e materiais do cotidiano dos participantes e dos seus aspectos afetivos.

“O encontro de hoje é sobre educação da mãe para a saúde do bebê. Então, preparei para vocês uma aula sobre práticas adequadas de higiene pessoal.” (Coordenador B - Grupo Gestantes)

Prescrição de condutas e culpabilização do indivíduo

Reduzindo o enfrentamento dos processos de saúde-doença às relações de causa e efeito, a coordenação utilizou-se de posturas paternalistas para impor condutas e culpabilizar indivíduos pelos agravos à saúde. Essa compreensão justifica a coerção, legítima ações desumanizadoras, impede a autonomia e perpetua a dependência ao dividir os indivíduos em pólos assimétricos de poder:⁶ os que sabem e, que induzem formas “corretas de condutas para a boa saúde”; os profissionais de saúde e; aqueles que não sabem e devem aprender e/ou obedecer a prescrições – os pacientes.

– Minha pressão ficou alta depois que minha mãe morreu. Se fico nervosa, minha pressão aumenta.” (Violeta)

– Eu não posso me incomodar que a pressão sobe.” (Crisântemo)

– A hipertensão é uma doença que pode ser evitada se a senhora modificar o estilo de vida. A senhora sabe que tem que parar de fumar!” (Coordenador A - Grupo Hipertensos)

Infantilização do indivíduo

Atuando de forma negativa à comunicação grupal, coordenadores infantilizavam indivíduos, minimizando dúvidas e ansiedades por meio da expressão de palavras na forma diminutiva e de tonalidade de voz infantilizada. Os diálogos conduzidos nessas perspectivas revelam desconhecimento teórico-técnico da importância das formas de transmissão das mensagens, apontando possibilidade de os discursos serem utilizados pelo coordenador para a não-elaboração de conteúdos necessários à melhoria das condições de vida e saúde dos seus usuários.

– Eu tenho muita náusea (...) então queria saber se tem algum remédio para parar com essas náuseas quando tá grávida? (Polianta)

– A gente faz assim: essa duvidzinha que tu tens a gente tira depois (...). Tá? (Coordenador R - Grupo Gestantes)

Redução de problemáticas coletivas para o nível individual

A metodologia grupal deve priorizar suas intervenções ao coletivo e no momento em que se desenvolvem. A percepção compartilhada dos diferentes manejos e as possíveis identificações entre os indivíduos pertencentes ao grupo incrementa possibilidades de superação de traumas e enfrentamento dos agravos comuns.

Não se apropriando de tais recursos grupais, a coordenação reduziu o processamento sobre as problemáticas coletivas dos membros do grupo para o nível de compreensão e enfrentamento individual:

– *Cada mês a gente conversa sobre uma coisa, hoje é sobre os cuidados que os diabéticos precisam ter (...).* (Coordenador F)

– *Sim, tudo bem. Porque eu não entendo, talvez eu tenha algum sintoma de diabetes, mas eu não sei se é ou não. Então a gente conversando tenta descobrir.* (Copo de Leite)

– *Aí também conversamos separadinho, pra dar uma orientação também (...)* (Coordenador F - Grupo Diabéticos)

Desfavorecimento do setting grupal

Dentre as funções do coordenador, compete a manutenção do *setting* grupal, conjunto de procedimentos que organizam, normalizam e possibilitam o processo grupal.²⁴

O processo de trabalho nas unidades de saúde prioriza ações relativas à doença, individualizadas e centradas na intervenção médica, em detrimento das ações coletivas, educativas e favoráveis à promoção da saúde. Assim, foram rotineiras as situações em que o *setting* grupal foi invadido por ruídos e movimentos de pessoas externas ao grupo, conforme ilustrado a seguir:

– *O que a gente come pode fazer mal ao bebê ou isso é mito?* (Azaléia)

– *Tem uns tipos de alimentos que se a mãe come dá mais cólica na criança (...).* (Coordenador C)

[Neste momento chegaram Glaxínea, seu companheiro e Primula. Arrastaram-se as cadeiras, colocam-se mais três assentos, trazidos de outro ambiente. A discussão foi reiniciada, não retomando o tema interrompido. Passados cinco minutos, um profissional da unidade de saúde abriu a porta sem bater e, do lado de fora da sala, perguntou: – “A Glaxínea tá aí?... e a Primula? Elas têm consulta!” (Grupo Gestantes)]

Solilóquio

O coordenador, mobilizado por dimensões pessoais, conduzia o grupo falando por um extenso período

de tempo, desfavorecendo a partilha e construção de significados mobilizados com a livre participação dos membros.

– *A minha sogra também é legal, meu sogro, (...), eles são muito legal mesmo.* (Cravo)

– *A gente não tem que ter ressentimento com a origem da gente, eu acho que a pessoa tem que perdoar o pai e a mãe, a mãe então não tem dívida, nenhuma, porque assim oh (...)* (Coordenador M - Grupo Gestantes)

[Nesse relato o coordenador seguiu o raciocínio falando ininterruptamente por mais de nove minutos e por fim, devido ao horário, finalizou a sessão grupal.]

Atuações congruentes ao Modelo da Nova Promoção da Saúde

Facilitação da livre expressão

Discorridos os conteúdos no grupo, cabe especialmente ao coordenador estimular o diálogo, construindo e fortalecendo cumplicidades na busca da promoção da saúde.¹⁷ Desta forma, facilita a identificação e superação cooperativa das situações concretas.

Este acontecimento se aprimora com a livre expressão dos participantes, quando se amplificam condições para que uma palavra dita por alguém possa trazer aos outros a recordação de outra palavra, pensamento e/ou emoção.

No exemplo que segue o coordenador facilitou a compreensão e enfrentamento das condições concretas, oportunizando elaborações grupais que contemplam argumentos emocionais, sociais e biológicos.

– *Às vezes eu vejo o neném só mais aqui, sabe?* (Lilás mostra a barriga para o grupo)

– *Barriga linda!* (Rosa)

– *Mulher grávida é a coisa mais bonita do mundo...* (Coordenador I)

– *Eu sou mais paquerada...* (Margarida)

– *Sabe o que significa? Que você deu certo...* (Coordenador I - Grupo Gestantes)

Favorecimento da autonomia

Cabe ao coordenador manter um clima favorável ao desenvolvimento da autonomia. Suas mediações sugerem atitudes direcionadas à potencialização das capacidades das pessoas de gerir o seu processo de vida de forma livre e esclarecida.¹¹

O processamento grupal aprofunda discussões relevantes ao desenvolvimento das condições cognitivas, emocionais e sociais que favorecem a autonomia.

– *Pra que fazer consulta?* (Coordenador K)

– *Pra ser medicado.* (Camélia)

– *O remédio é uma das formas de tratar pressão alta, mas o que eles tão tentando dizer é que não é só remédio que vai botar essa pressão normal. O que mais precisa fazer para se cuidar?* (Coordenador K)

– *Não comer gordura, parar de fumar.* (Camélia)

– *Eu quero colocar pra vocês, que não é médico, o posto de saúde ou hospital que vai fazer (...). Existe uma outra parte importante que é refletir o que eu quero e posso fazer (...).* (Coordenador K - Grupo Hipertensos)

[Neste momento, paralelamente à discussão, Flor-de-Anis convidou Camélia para caminhar.]

Comunicação empática e escuta ativa

Dirigir-se às pessoas por seus nomes, ouvindo-as falar sobre seus modos de pensar, sentir e viver são consideradas medidas humanizadoras e relacionadas à capacidade de empatia dos coordenadores. Entretanto, a literatura revela como uma das mais frequentes dificuldades do coordenador as atividades de escutar e poder fazer o aproveitamento útil das reflexões e sentimentos dos seus usuários.²³

Seguindo o desenrolar dos conteúdos manifestos, o coordenador, comunicando-se de forma empática, estimula a atitude de escuta na convivência grupal.²³ Nesta circunstância, o propósito do diálogo grupal não é a padronização de idéias e comportamentos, mas convergir sentidos diversos.²³ Esta situação pode ser analisada conjuntamente com a próxima categoria.

Atuação baseada no construcionismo

A coordenação tem como atribuição fundamental assumir uma relação em que ambos (coordenador e grupo) se constroem.²² O coordenador reconheceu a atividade grupal como meio fundamental para a co-aprendizagem e reflexão crítica da realidade, conforme o seguinte depoimento:

“Eu queria falar que o grupo seja um momento da gente ouvir histórias, né? De repente, a gente se conhece, escuta, ri, aprende jeitos diferentes de sentir, ver e fazer as coisas. Isso são momentos assim que nos fazem crescer, pensar e quem sabe viver melhor.” (Coordenador L - Grupo Diabéticos)

Atuação acolhedora

Durante as sessões em grupo, indivíduos podem manifestar temas relacionados a emoções desagradáveis. Assim, é necessário que os coordenadores atuem ao acolher estes conteúdos e auxiliar a construção de significados coerentes as suas estruturas psíquicas.

Dessa forma, é favorecida a unidade grupal uma vez que o coordenador foi continente às necessidades de cada um e do todo.⁴

– *Eu engravidei, mas tô com medo.* (Jasmim)

– *Quando a gente expressa, “aqui”, aquilo que tá sentindo, a gente tem a possibilidade de trabalhar em cima disso: o medo que tu sentes e, que talvez outros sintam.* (Coordenador Q - Grupo Gestantes)

Superação de experiências de violência e alienação

Dispositivos de poder e violência que a medicina exerce nos corpos de homens e mulheres podem desestabilizar e alienar pessoas e coletivos para o enfrentamento de acontecimentos próprios do ciclo vital.¹³

A exemplo disto observa-se o número crescente de cesáreas interferindo no aumento da morbidade e mortalidade de mulheres e crianças. Nesse contexto, observou-se o tema tipo de parto como mobilizador de ansiedade.

Tais situações requereram do coordenador posicionamentos direcionados à superação de práticas desfavoráveis à promoção da saúde, compreendendo essas condições concretas a serem enfrentadas como resultantes de um processo, em curso, e que dependem do desenvolvimento dos indivíduos e contexto técnico-político em que se inserem:

– *Qual a atitude que tem que tomar quando o ‘médico’ quer fazer cesárea e a gente não precisa nem quer?* (Margarida)

– *Devolvo a pergunta: Se você fez as consultas e exames pré-natais e tudo transcorre bem com você e com nenê (...). Qual a atitude que tem que tomar quando o ‘médico’ quer fazer cesárea indiscriminadamente?* (Coordenador S)

– *Eu penso que o parto natural é a escolha mais certa quando está tudo bem com a mãe e o bebê. Então, tu tens a opção de trocar de médico!* (Rosa)

CONCLUSÕES

A análise do papel dos coordenadores de grupos de promoção da saúde pode ser utilizada como recurso prático que auxilia a construção e aperfeiçoamento de serviços associados ao conceito positivo/ampliado de saúde e a humanização dos serviços prestados na área da saúde. Porém, a aplicação de tais abordagens educativas não constitui por si só ações de promoção da saúde e/ou humanizadoras.

A análise das atuações dos coordenadores identificadas nos modelos Preventivista e a Nova Promoção da Saúde desvelam características que se fundamentam,

s sucessivamente, nas éticas da – opressão/subordinação que desrespeitam o eu e o outro como legítimos na convivência e; – na cooperação/aceitação recíprocas de si e do outro como livres e responsáveis por suas condutas e conseqüências dessas escolhas.

Para que os grupos de promoção da saúde possam se concretizar numa metodologia que concebe e promove a saúde por meio do modelo da Nova Promoção da Saúde é necessário que haja coerência entre os fins e os fundamentos éticos, políticos e pedagógicos que organizam as dinâmicas dos grupos em saúde.

Tendo em vista serem recursos de promoção da saúde, os grupos de promoção da saúde podem ser embasados na abordagem pedagógica da problematização. Nessa perspectiva, a metodologia grupal se utiliza do que as pessoas pensam, sentem e falam sobre os seus problemas como recurso de desenvolvimento cooperativo de habilidades pessoais e sociais que possibilitam práticas de autonomia e transformadoras de si e do *status quo*.

Ao planejar ações de promoção da saúde, sua implementação deve ser feita em condições de cooperação e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos como autônomos cooperativos que são capazes de entender o cotidiano e produzir estratégias de participação solidária e controle social.

Os coordenadores atuaram primordialmente sem utilizar recursos técnicos e teóricos alusivos à coordenação de grupos na área da saúde. Suas práticas revelaram desconhecimento dos limites e possibilidades da sua atuação. Minimizaram potencialidades dos recursos grupais para a promoção da saúde e humanização da assistência. Utilizaram argumentação linear dos processos de saúde-doença e intervenção impositiva de condutas.

Embora os coordenadores tenham se apropriado parcialmente dos pressupostos da Nova Promoção da Saúde, observa-se escasso processamento dos aspectos emocionais e sociais que interferem na determinação da saúde-doença. Suas práticas favorecem condições de espontaneidade, ao revelar desconhecimento teórico-técnico para a condução de grupos, e alienação do processo de trabalho. Eles se desgastam na atuação de coordenação de grupos de saúde desenvolvida com insuficientes recursos de capacitação e re-qualificação.

São fundamentais projetos de formação e re-qualificação de profissionais em metodologias grupais comprometidas com as diretrizes da Nova Promoção da Saúde e humanização da assistência. Os profissionais precisam desenvolver habilidades/conhecimentos nesse novo referencial, aprofundando discussões acerca das raízes dos agravos à saúde e refletindo sobre os conteúdos emocionais presentes nos discursos dos participantes dos grupos.

REFERÊNCIAS

1. Aleksandrowicz AM, Minayo, MCS. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):513-26. DOI:10.1590/S1413-81232005000300002
2. Arouca S. Medicina preventiva e sociedade. In: Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.243-52.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
4. Bion W. Experiências com grupos. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):163-77. DOI:10.1590/S1413-81232000000100014
6. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(1):139-46. DOI:10.1590/S1413-81232004000100014
7. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(3):669-78. DOI:10.1590/S1413-81232004000300018
8. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.9-53.
9. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med*. 1990;31(12):1347-63. DOI:10.1016/0277-9536(90)90074-3
10. Ezpeleta J, Rockwell E. Pesquisa participante. 2.ed. São Paulo: Cortez; 1989.
11. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e promoção da saúde. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p.147-63.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia. 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
13. Foucault M. A história da sexualidade 1: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
14. Lalonde M. A new perspective on health of Canadians. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.
15. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
16. Maturana H. Biologia do fenômeno social. In: Maturana H. A ontologia da realidade. 3.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2002. p.195-243.
17. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1335-42. DOI:10.1590/S0102-311X2006000600022
18. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1527-34. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500031
19. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-7. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300011
20. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológico. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(4):999-1010. DOI:10.1590/S1413-81232007000400021
21. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):346-52. DOI:10.1590/S0034-89102006000200024.
22. Tagatiba MC, Filártiga V. Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupo. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
23. Teixeira RR. Humanização e atenção primária. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):585-97.
24. Zimerman DE. Os fenômenos do campo grupal. In: Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000; p.117-208.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Santos, LM apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo, em 2002.