



UPDATING ARTICLE

OPERATIVE GROUP AS A NEW APPROACH IN HEALTH EDUCATION

GRUPO OPERATIVO COMO UMA NOVA ABORDAGEM EDUCATIVA EM SAÚDE

GRUPO OPERATIVO COMO UN NUEVO ENFOQUE EN LA EDUCACIÓN EN SALUD

Ana Cristina Viana Campos¹, Simone Dutra Lucas², Andrea Maria Duarte Vargas³, Efigênia Ferreira e Ferreira⁴

ABSTRACT

Objective: to argue the operative group through experiences and examples in the scientific literature as well as pointing a method for the use of this approach in the practice of health services. **Method:** this is update paper-based on literature search of relevant material for reflection on the topic that was structured in three sections: a brief history of health education in Brazil, the theoretical assumptions and building an Operational Group Operational Group. **Results:** Operative Group seems to be intrinsic to the practice of public health professional, but often occurs without the theoretical support, based on experience and personal experiences of the professionals. Most studies in the literature on operative group are for Nursing, and the focus is still the disease, for example, diabetes, hypertension, or prioritizing women, pregnant and postpartum women. This theme suggests a constant reflection, so you really can learn to use the operative group as a new approach to health education. **Conclusion:** one can see that working group is ready to learn to learn, and then yes, change our concepts and practices for the benefit of the population to which we are responsible to care. **Descriptors:** health education; family health program; operative groups.

RESUMO

Objetivo: discutir sobre o grupo operativo por meio de experiências e exemplos na literatura científica, bem como apontar um caminho para o emprego dessa abordagem na prática dos serviços de saúde. **Método:** artigo de atualização baseado na busca bibliográfica de material pertinente à reflexão sobre o tema que foi estruturado em três sessões: breve histórico da educação em saúde no Brasil, pressupostos teóricos do Grupo Operativo e construindo um Grupo Operativo. **Resultados:** o Grupo Operativo parece ser inerente à prática do profissional da saúde pública, mas muitas vezes ocorre, sem referencial teórico, baseado em experiências e vivências pessoais dos profissionais. A maioria dos estudos encontrados na literatura sobre grupo operativo é da área da Enfermagem, sendo que o foco ainda é a doença, como o diabetes, a hipertensão, ou priorizando mulheres, gestantes e puérperas. Esse tema sugere uma reflexão constante, para que seja realmente possível aprender a utilizar o grupo operativo como uma nova abordagem de educação na saúde. **Conclusão:** pode-se concluir que trabalhar em grupo é estar pronto a aprender a aprender, e aí sim, mudarmos nossos conceitos e práticas em benefício da população à qual nos responsabilizamos a cuidar. **Descritores:** educação em saúde; programa saúde da família; grupo operativo.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el grupo operativo a través de experiencias y ejemplos en la literatura científica, así como señalar un camino para el uso de este enfoque en la práctica de los servicios de salud. **Método:** actualización de búsqueda en la literatura en papel de material pertinente para la reflexión sobre el tema que se ha estructurado en tres elementos: una breve historia de la educación en salud en Brasil, los supuestos teóricos y la creación de un Grupo Operativo Grupo Operativo. **Resultados:** el Grupo Operativo parece ser inherente a la práctica del profesional de la salud pública, pero a menudo se produce sin el marco teórico, basado en la experiencia y las experiencias personales de los profesionales. La mayoría de los estudios en la literatura en el grupo operativo es para la enfermería, y el foco sigue siendo la enfermedad, como la diabetes, la hipertensión, o dar prioridad a las mujeres, las mujeres embarazadas y posparto. Este tema propone una reflexión constante, por lo que realmente puede aprender a utilizar el grupo operativo como un nuevo enfoque de la educación para la salud. **Conclusión:** se puede ver que el grupo de trabajo está listo para aprender a aprender, y entonces sí, cambiar nuestros conceptos y prácticas en beneficio de la población a la que somos responsables de cuidar. **Descritores:** educación en salud; programa de salud familiar; grupo operativo.

¹Doutoranda em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: campos.acv@gmail.com; ²Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: sdlucas@uai.com.br; ³Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: vargasnt@task.com.br; ⁴Professora Associada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: efigeniaf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da assistência no Brasil, alcançada por meio da adscrição de clientela, da aproximação da realidade sócio-cultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe.¹

Nos últimos anos, as atividades exercidas pelas equipes de saúde vêm alcançando níveis interessantes de qualidade, através da responsabilização e vínculo com a família.² A educação em saúde, que representa uma parte do conjunto dessas atividades, é um recurso por meio do qual o conhecimento científico em saúde, intermediado pelo profissional de saúde, promove a compreensão e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas na saúde.^{1,3}

Entretanto, percebe-se que pouca importância é atribuída às ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde. Os trabalhos existentes encontram profissionais desestimulados, infra-estrutura escassa e grande procura da população por atendimento. Quando realizadas, essas atividades são em forma de palestras restritas a um único profissional, o que não promove interação com a comunidade nem continuidade no processo educativo.⁴

Por outro lado, a saúde bucal ainda permanece muito restrita ao trinômio placa-dieta-escovação e à transmissão de informações sanitárias de hábitos saudáveis de auto-cuidados, e pouco relacionada à necessidade de transformação da realidade social e qualidade de vida. O grupo operativo é uma das estratégias da Saúde da Família que pode auxiliar nessas questões, visto que proporciona trocas vivenciais entre os participantes, e pode ser um caminho para o saber/fazer na saúde.⁵

Por entender que o grupo operativo favorece a educação em saúde, o presente artigo se propôs a discutir o tema por meio de experiências e exemplos na literatura científica bem como apontar um caminho para o emprego dessa abordagem na prática dos serviços de saúde.

Para isso foi realizada uma busca bibliográfica de material pertinente à reflexão sobre o tema e os resultados foram estruturados em três sessões: breve histórico da educação em saúde no Brasil, pressupostos teóricos do Grupo Operativo e construindo um Grupo Operativo.

• Breve Histórico da Educação em Saúde no Brasil

Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil.⁶ No Brasil do século XIX, o discurso sanitário seguiu a tendência européia, concentrando-se nas cidades e desenvolvendo-se em torno da moralidade e disciplinarização higiênica, com intervenções normalizadoras e reguladoras, para assegurar o controle social evitando rebeliões das classes populares e epidemias. Predominava o autoritarismo e o paternalismo do educador, a transmissão vertical e repetitiva de conhecimentos, desconsiderando a subjetividade do indivíduo, sendo a submissão do saber, o único vínculo formado. Obedecer rigorosamente era a única condição existente para o não adoecer.¹

No início da década de 1960, com advento da Medicina Comunitária, e o forte apelo à participação popular, a conscientização da população ganha importância, mas não consegue ultrapassar a responsabilização da comunidade pela resolução de seus problemas de saúde.⁷

A educação em saúde no Brasil foi basicamente marcada por imposição, pelas elites políticas e econômicas, de normas e comportamentos considerados adequados e, portanto, subordinando-a aos seus interesses. Nesse processo a relação com a comunidade tendia a se tornar utilitarista, pois era conduzida apenas no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as chamadas “campanhas” educativas.⁶ Fazia-se necessário aumentar a condição reivindicatória de cuidado, de direito ao acesso digno e de qualidade dos serviços de saúde.⁸

Na década de 1970, Paulo Freire publica o livro “Pedagogia do Oprimido” abordando a valorização e o resgate da individualidade, os conhecimentos empíricos e o respeito à cultura. Para esse autor, a aprendizagem só se realizava como processo de problematização do mundo, empenhada na construção da qualidade de vida e de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas.⁹

O enfoque dialógico e reflexivo freiriano procurou formular uma leitura que levasse não apenas à aprendizagem formal, mas a uma compreensão crítica da realidade capaz de tornar o homem consciente e comprometido a ser agente de transformação de si e de sua realidade.¹⁰

A construção da Educação Popular em saúde se deu a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular, nas periferias e regiões rurais inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde.⁶

O aprender é conduzido pela interação do pensar, do sentir e agir em suas múltiplas dimensões, na qual o profissional é o intermediador desse processo.¹¹ O objetivo não é informar para se ter saúde, mas trabalhar sobre os saberes já existentes através do diálogo aberto, na tentativa de integrar saberes com a população em busca da adoção de hábitos saudáveis adequados à realidade de cada pessoa.⁸

O profissional deve se apropriar dessa concepção teórica que valoriza o saber do outro e entende o conhecimento como um processo de construção coletiva, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas. Por meio da formação de laços de compromisso e co-responsabilidade aconteceria a melhor tomada de decisões.^{6,7}

• Pressupostos teóricos do Grupo Operativo

Na década de 1940, mediante uma greve dos enfermeiros, o psiquiatra e psicanalista argentino Pichon-Rivière coloca os pacientes menos doentes para cuidar dos mais doentes. Essa experiência acabou por estabelecer um novo processo de comunicação entre pacientes e a ruptura de papéis “estereotipados” contribuindo para melhora da saúde dos enfermos. Assim, foi possível perceber outras questões que perpassavam a rotina do hospital, ficando claro o quadro do abandono familiar, da segregação e do confinamento do doente.¹²

O grupo operativo é constituído por um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente a uma tarefa, estabelecendo papéis e formando vínculos entre si. Não é uma somatória de indivíduos, mas um conjunto de relações interpessoais em constante movimento para promover de forma econômica um processo de aprendizagem, que acontece através do diálogo, da discussão, da inserção do indivíduo na realidade que o cerca e o influencia.^{7,13}

O grupo operativo se propõe a ser informativo, reflexivo e de suporte, objetivando o desenvolvimento da autonomia e independência dos seus integrantes, permitindo uma adaptação ativa e criativa à realidade, possibilitando fazer escolhas mais maduras e livres, ao mesmo tempo em que se assume maior responsabilidade por essas escolhas dos pacientes.^{14,15}

O grupo operativo conta com um coordenador e um observador que têm funções importantes e bastante distintas em

relação aos outros sujeitos, que são os protagonistas do grupo.¹¹

O **coordenador** de grupo operativo é o agente facilitador que deve ser capacitado para promover o diálogo e estabelecer a comunicação, identificar as dificuldades do grupo em participar das tarefas de forma a propor atitudes de mudança e ajudar os membros a refletirem. Ele não está ali para responder às questões, mas para ajudar o grupo a formular aquelas que permitirão o enfrentamento das mesmas.¹³

Igualmente relevante é a função do **observador**, que é responsável pelo registro da história do grupo. Tradicionalmente é quem recolhe material expresso tanto verbalmente como pré-verbalmente nos distintos momentos grupais, sendo que suas anotações são analisadas juntamente com o coordenador repensar as hipóteses formuladas e adequá-las em função do processo grupal.¹² Deve também ser capaz de identificar os obstáculos, apreender as regras e a dinâmica do grupo e interagir com o coordenador, bem como escolher e preparar o ambiente para que o encontro seja tranquilo, confortável e privativo.⁵

O grupo operativo se organiza por meio de três princípios estruturantes: pré-tarefa, a tarefa e o contrato grupal. Esses momentos não são rígidos nem seguem uma lógica linear, pois o grupo vai se recriando e re-projetando a todo instante.¹²

O processo grupal principia com a fase de **pré-tarefa**, na qual o grupo tenta centrar-se em formular seus objetivos e propor uma mudança ou uma realização. É o momento em que predominam mecanismos de resistência à mudança, o medo de perder e de se frustrar. É natural que as pessoas resistam a entrar em um processo de aprendizagem, uma vez que está sempre implica mudanças. Quando o grupo aprende a problematizar, verdadeiramente, podemos dizer que o grupo entrou na tarefa.¹⁰

Tarefa é um conceito pichoniano¹² dinâmico e dialético. É o caminho percorrido pelo grupo para alcançar os objetivos propostos, que induz seus participantes a aprender pensar e agir para resolver as dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal.^{4,5}

O fundamental na tarefa grupal consiste em superar e resolver situações fixas, permitindo questionamentos sobre o que era considerado imutável.¹² É esta necessidade que mobiliza o sujeito a buscar o objeto de satisfação e mediante esta experiência, a

necessidade transforma-se em modificação do sujeito.¹¹ De um modo geral, a tarefa pode ser vista como um eixo norteador de condutas do grupo, de modo que cada integrante seja capaz de interagir a partir de suas próprias características e necessidades.

O **contrato grupal** conduz a tarefa, de modo a definir o porquê, para quê e como será o grupo. Nesse momento, se estabelecem democraticamente e em conjunto, as regras, as metas, os temas, o número de encontro, o tempo. Apenas o número de participantes deve ser fixo, preferencialmente entre oito e doze pessoas.⁵

O contrato tem dois objetivos principais: o vínculo e o projeto. O primeiro é uma estrutura psíquica complexa, mas que na prática podemos dizer que é um processo de estabelecimento de identificação entre duas pessoas, quando se é internalizado pelo outro e vice-versa. O projeto engloba a elaboração dos objetivos e metas a serem cumpridos pelo grupo; e durante essa elaboração, o grupo vai se tornando mais consciente e flexível quanto aos seus papéis, com o rompimento de estereótipos e modificação de comportamento.¹⁰

Percebe-se no cotidiano dos serviços, que os grupos são “criados” pelos profissionais; no entanto, deveria ser justamente o inverso. A inserção do sujeito no trabalho em grupo é livre e independente e integra a conciliação de duas dimensões: a verticalidade que é a história individual de cada participante e a horizontalidade, que se refere história coletiva compartilhada no grupo.⁵

Portanto, o processo decisório em relação à tarefa deve ser feito por meio de votação e consenso, sendo este um bom meio de envolver os participantes e fazer valer a idéia de que o grupo é feito pelos membros e não apenas para eles.¹³

O grupo operativo possui ainda dispositivos qualitativos que nos permitem analisar a relação entre conteúdos explícitos e implícitos.¹² Estes são chamados de vetores: afiliação, pertença, comunicação, cooperação, pertinência, aprendizagem e tele.

A **afiliação** representa o grau de identificação como grupo que acontece logo no primeiro contato. Esse é o primeiro momento da história grupal, em que a pessoa mantém certa distância até se sentir integrada ao grupo.⁵ A identidade grupal se constrói a partir do momento que cada indivíduo evolui para construções sociais mais elaboradas, com formação de vínculo,

satisfação de suas necessidades de crescimento pessoal e suas ambições.¹⁰

Quando ocorre maior integração a afiliação se transforma em sentimento de **pertença**, resultando na melhoria de vínculos, aumento do compromisso e responsabilidade dos membros entre si e com o grupo.⁵ Nos serviços de saúde, o sentimento de pertença não se dá por si só, ele vai sendo constituído, na medida em que os trabalhadores vão convivendo uns com os outros, desenvolvendo o sentimento de que fazem parte da equipe, de que pertencem a ela.¹⁶ Os integrantes deixam de ser apenas expectadores e se tornam sujeitos do caminhar do grupo. Desenvolve-se um sentimento de fazer parte do grupo, “vestir a camisa”. Por isso, a afiliação e pertença são básicas para o desenvolvimento dos outros processos no grupo.¹⁰

Comunicar é essencial para o sujeito, seja verbalmente, através de atitudes, olhares e até mesmo no silêncio as pessoas podem estar querendo dizer alguma coisa. O diálogo é algo inerente ao ser humano e faz parte do cotidiano de cada indivíduo.¹⁷ Dentro do grupo a comunicação pode ser estabelecida de diversas maneiras, verbalmente, com olhares e expressões. É importante estar atento a essas manifestações que podem revelar bastante sobre como as pessoas se sentem em um determinado momento.

A **cooperação** diz respeito à coesão dos integrantes, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe.¹² Pode ser que haja discórdia e confronto de opiniões, mas o mais importante é buscar o consenso que proporcione o crescimento e fortalecimento dos laços. Podemos dizer que cooperar no grupo é contribuir com o que se pode e com o que se tem para realização da tarefa, além de ajudar uns aos outros.

A **pertinência** refere-se ao grau de “centramento” do grupo e à sua capacidade de executar seus objetivos de forma clara e produtiva.⁵ É também o compromisso do grupo quanto à tarefa, o desempenho de papéis e ao fortalecimento dos vínculos.¹²

Aprender nessa teoria é sinônimo de mudança. Significa fazer uma leitura crítica da realidade e uma apropriação ativa dessa realidade; usando atitudes investigadoras em que cada resposta obtida se transforma, imediatamente, em uma nova pergunta.¹² Ultrapassa a transferência de saber de uma pessoa a outra. Vai além da mera incorporação de informações e pressupõe o desenvolvimento da capacidade de criar alternativas inter-relacionadas à

comunicação. Na interação face a face, os sujeitos sociais convivem compartilhando experiências, contanto que não se perca de vista que cada um possui sua maneira independente de compreender o mundo e se compreender no mundo. Quando os sujeitos podem aprender uns com os outros e não de alguém, a aprendizagem promove uma mudança qualitativa do grupo, implicando em criatividade, resolução das ansiedades e uma adaptação ativa à realidade.¹⁸

A **tele**, teoricamente, é definida como um conteúdo implícito representado pelos aspectos latentes da história dos sujeitos e do grupo.⁵ Representa a “distância” entre os membros e como as pessoas aumentam ou diminuem a distância entre elas. Quando a tele é negativa existe discórdia, rejeição e a distância aumenta. Por outro lado, a tele positiva acontece quando há aceitação e concordância entre as pessoas. É apenas na tele que o grupo consegue deslanchar todos os processos vivenciados rumo à aprendizagem.¹⁰ Por exemplo, “climas” muito permanentes, que ficam muito tempo da mesma forma, podem indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralisação do desenvolvimento das tarefas.

• Construindo um Grupo Operativo

Essa abordagem teórica parece ser inerente à prática do profissional da saúde pública, mas muitas vezes ocorre, sem referencial teórico, baseado em experiências e vivências pessoais dos profissionais. No entanto, a maioria dos estudos encontrados na literatura que abordam grupo operativo é da área da Enfermagem, sendo que o foco ainda é a doença, como o diabetes, a hipertensão, ou priorizando mulheres, gestantes e puérperas.

O Grupo Operativo também tem sido utilizado para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas. As possibilidades criadas pelo diálogo e compartilhamento de significados e saberes em relação à vida, aos sentimentos e aos valores atribuídos ao processo de adoecer possibilitam a formação de novas construções narrativas sobre o adoecimento e a vida com a doença ou a despeito dela. As novas explicações sobre o adoecer, que emergem desse processo dialógico, compreendem o desenvolvimento de narrativas e atitudes que aumentam a autonomia frente à doença e às estratégias terapêuticas.¹⁵

Esse método foi utilizado com êxito em muitos outros contextos: com adolescentes, com pais e familiares, em grupos da terceira

idade, grupos de trabalho, grupos de teatro e grupos esportivos, dentre outros. Além disso, tem se mostrado também um instrumento de pesquisa útil, proporcionando troca de vivências entre os sujeitos pesquisados e possibilitando a reflexão, exteriorização dos sentimentos e reconstrução da realidade.⁵

Ao contrário, na saúde bucal, se percebe poucos avanços na educação de saúde e também na formação de grupos operativos. Essa é uma prática que não faz parte da realidade de trabalho dessa categoria que estava acostumada a dar instruções e informações individualmente dentro do consultório odontológico ou através de palestras escolares.

A participação dos profissionais de saúde bucal em grupos acontece eventualmente, a convite do enfermeiro em momentos isolados para falar de higiene bucal e cárie dentária. As questões trabalhadas ainda estão centradas na causalidade dos agravos, ainda de maneira restrita (microrganismo, sacarose e placa) nas formas de prevenção, na revelação de placa e na escovação supervisionada, atividades realizadas por orientação vertical, sem participação dos envolvidos.

Um trabalho na saúde bucal foi realizado com adolescentes de 12 a 14 anos estudantes de escola pública, participantes do Projeto Guanabara da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Instituto Ayrton Sena - AUDI. As atividades foram realizadas através de discussões, jogos, visita técnica, apresentações e pesquisa na internet de acordo com os temas escolhidos pelos próprios adolescentes. O mais interessante dessa experiência foi que uma maior participação deles foi observada quando o tema foi escolhido livremente, confirmando ser esta, uma estratégia eficiente para se trabalhar as questões de educação em saúde nessa faixa etária.¹⁹

É bem verdade não existem fórmulas prontas, mas sim experiências que auxiliam na aplicação da técnica do grupo operativo na educação em saúde, contribuindo para promoção de saúde. Para que esta estratégia funcione é necessário pensar em alguns aspectos importantes. A Figura 1 representa uma sugestão de fluxograma para guiar o profissional desde as etapas de preparação à avaliação das atividades programadas.

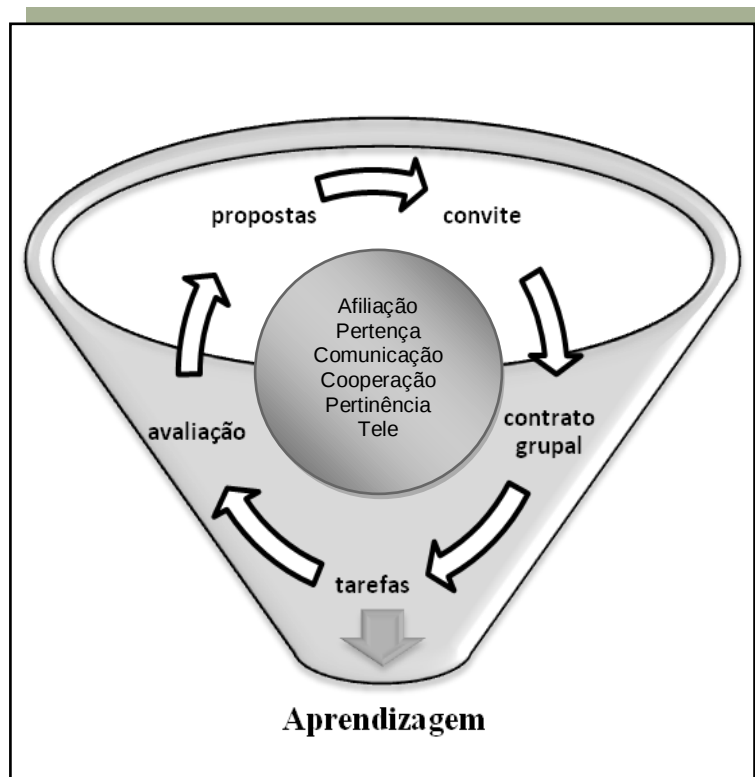


Figura 1. Fluxograma para construção de um Grupo Operativo

Essas etapas aparecem em formato de ciclo porque o grupo deve ser criado e recriado, sendo aperfeiçoado e modificado de acordo com os ganhos e desafios vividos. Já o funil, semelhante ao proposto em outros trabalhos, é para enfatizar que o caminho do grupo é único, alcançar a aprendizagem utilizando-se de todos os pressupostos teóricos, mas seu fluxo é variável e intenso. O primeiro passo é a formulação das **propostas** do grupo, ou seja, seleção de pessoas que constituirão o grupo, a quem o mesmo se destina e a que ele se propõe.

A formação de um grupo deve ser articulada pela equipe multiprofissional de saúde disponível no serviço, e não apenas por uma única pessoa. Os profissionais ao proporem a construção de um grupo operativo devem estar preparados para encará-lo como uma ferramenta de aprendizagem e de transformação de todas as pessoas envolvidas, inclusive deles próprios. Além disso, é necessário que cada profissional se coloque aberto para pensar e trabalhar em equipe, de tal maneira que as barreiras entre as profissões possam ser superadas.

Tanto profissionais quanto sujeitos podem experimentar dúvidas e receios com relação à formação de um grupo ou sua entrada nele. Este é o momento de lidar com os conceitos e pré-conceitos, pois mesmo que seja difícil, é necessário se preparar para as mudanças e para os conflitos que estão por vir.

Inicialmente, os profissionais precisam se apropriar do referencial teórico descrito anteriormente, pois sem o devido preparo os

profissionais acabariam repetindo as formas verticais de educação em saúde. É interessante que cada pessoa estudasse o material e um encontro fosse marcado para a discussão em conjunto. Somente com essa base sólida, a equipe estará apta para fazer o **convite** à comunidade, fazendo o possível para envolver as lideranças comunitárias, os voluntários bem como as pessoas que mais freqüentam o serviço de saúde, para juntos planejarem a formação do grupo operativo. No entanto, deve-se considerar que não se trata de um planejamento nem uma agenda fixa, pois o interessante é ouvir a opinião, as necessidades reais e o desejo das pessoas.

O próximo passo é a escrita do **contrato grupal** que englobará os objetivos, os temas e as questões práticas referentes a horários, material e o local. Alguns pontos devem ser enfatizados na construção do contrato: a valorização da interação profissional-indivíduo através do compartilhamento de experiências e, especialmente, a participação da população na escolha das temáticas. A troca de experiências dentro do grupo é importante para ajudar aos participantes a se lembrarem que eles não estão sozinhos e que os problemas deles podem ser ouvidos e compartilhados.

A escolha das temáticas parece ser o ponto crucial, pois na maioria das vezes as pessoas são colocadas para fazer atividades decididas exclusivamente pelos profissionais de saúde. Parece que a melhor maneira é escolher dentre algumas opções, por meio de votação e consenso entre os membros do grupo.

Um cuidado especial é pensar em uma maneira de desmistificar “rótulos” que são colocados nas pessoas, quando se cria grupos para hipertensos, para diabéticos, para idosos. Há que se pensar naquela pessoa idosa hipertensa e diabética que acabaria por ser “obrigada” a participar de três grupos, que nem por isso se diferem uns dos outros.

O contrato deve ser lido e aprovado por todos os membros no primeiro encontro, por isso deve ser escrito de forma clara e prática, que possa ser executado com limites bem definidos em relação aos seus objetivos, quantidade de pessoas e tempo de duração. Costuma-se pensar em uma referência numérica, levando-se em conta que menos de oito pessoas formar-se-á uma “família” e o profissional se sentirá responsável e senhor dos membros. Por outro lado, com mais de doze pessoas seria necessário termos um líder, um chefe, um presidente. Essa situação, possivelmente, poderia intimidar os participantes a se abrirem, e não é essa a proposição de um grupo operativo.

Em relação ao tempo, o grupo pode ser organizado para ter duração de um ano com encontros mensais ou duas vezes no mês. Essa escolha depende mais da organização das atividades de cada serviço e da disponibilidade e vontade dos participantes.

O objetivo do grupo é a meta a ser cumprida no final da trajetória grupal, podendo ser apenas um, mas não mais do que três por causa do tempo. A maioria das experiências lidas revelou a mudança de comportamento como principal resultado, mas nem sempre esse poderá ser o objetivo de todos os grupos por ser algo difícil de ser alcançado. A idéia central aqui é alcançar a aprendizagem, que pode acontecer de diferentes maneiras de acordo com os avanços individuais e do grupo como todo. Pode ser possível aprender novos conceitos, novas formas de lidar com a saúde e a doença, alcançar mudanças no ambiente onde a população vive ou até mesmo despertar a cidadania em cada indivíduo.

As **tarefas** são as atividades a serem desenvolvidas ao longo do grupo, que podem estar no contrato ou serem propostas no desenrolar do grupo. Quando planejadas com antecedência, os resultados são melhores, pois estreita o vínculo entre os membros.

Cada coordenador deve encontrar o próprio caminho junto com o grupo para saber quais atividades serão mais bem-vindas. O essencial é tornar as tarefas mais divertidas e menos monótonas, o que pode ser conseguido através

de jogos, arte, artesanato, dinâmicas, vídeos, música e dança.

O uso de jogos educativos é enriquecedor, uma vez que jogar favorece o aprendizado, intensificam as diversas trocas de saberes e contribui para a formação de laços de compromisso.²⁰

Apesar de ser importante abordar as questões cruciais do processo saúde-doença, hábitos e estilos de vida saudáveis, os profissionais devem falar menos e ouvir mais. Quando o indivíduo encontra um espaço saudável para sua expressão e abertura, o trabalho em grupo tem trazido bons resultados, principalmente com relação à auto-estima, o plano de vida, o juízo crítico e, sobretudo, criatividade.

O final do grupo deve ser marcante para incentivar os membros voltarem no próximo ano e para chamar mais pessoas. Se possível, os profissionais podem organizar um passeio cultural a algum ponto turístico da cidade, que pode ser conseguido articulando-se com o governo local, uma vez que algumas prefeituras têm ônibus para esse tipo de turismo.

O último encontro deve ser reservado para **avaliação** grupal, na qual cada membro poderá apontar os pontos positivos e negativos, enfim expressar sua sincera opinião sobre o grupo de modo a ajudar aos profissionais a planejarem o próximo grupo. Se o vínculo foi formado, se as questões que aparecem no decorrer do grupo foram resolvidas e trabalhadas em prol da aprendizagem, pode-se dizer que o grupo operativo cumpriu seu papel.

Para que o grupo operativo seja realmente eficiente em sua proposta, deve-se ter em mente que o mesmo requer fundamentação técnico-teórica. Com essa base o coordenador terá em mãos os meios necessários para enfrentamento do contexto e da dinâmica grupal.⁵

Mesmo sabendo-se que agradar a maioria é muito difícil, este momento deve ser usado para pesar os ganhos e obstáculos vividos e decidir se realmente valeu e vale a pena prosseguir com a idéia do grupo operativo. São os membros atuais do grupo que contribuirão para um possível novo grupo, com outros objetivos e, portanto, novas **propostas** - o que se inicia um novo ciclo. O encerramento pode ser agradável como uma breve despedida entre os membros com uma festa de confraternização, amigo oculto, comida e bebidas saudáveis, uma boa música e boas lembranças que ficarão em cada pessoa.

Portanto, a convicção de que a estrutura grupal possa ser um instrumento de facilitação da educação em saúde advém da experiência de outros profissionais que trabalham com essa metodologia, e vêm contribuindo para favorecer o trabalho em equipe de forma integrada.^{6,20} Além disso, somente com uma educação crítica e consciente poderemos conseguir as mudanças de valores e, conseqüentemente de um novo agir e pensar saudável.^{13,14}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi exposto, pode-se concluir que o grupo operativo é uma abordagem nova em educação popular em saúde e pode dar muito certo. Apesar de ser um desafio, é possível organizar um grupo em que todos os profissionais possam interagir em um trabalho conjunto, de tal maneira que seja possível estabelecer parcerias sólidas.

Esse tema sugere uma reflexão constante, para que seja realmente possível aprender a utilizar o grupo operativo como uma nova abordagem de educação na saúde. Portanto, trabalhar em grupo é estar pronto a aprender a aprender, e aí sim, mudarmos nossos conceitos e práticas em benefício da população à qual nos responsabilizamos a cuidar.

COLABORADORES

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIA

S

1. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* set.2004/fev. 2005;9(16):39-52.
2. Cortez EA, Valente GSA, Assis MM, Almeida VC, Chagas FS, Tórnió RA. The nurse in the management of health education of the family health strategy. *Rev enferm UFPE On line* [periódico na internet]. 2010[acesso em 2010 Nov 18];4(2):149-57. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/796/pdf_48
3. Silveira JLGC, Campos ML, Berndt RLE. Educação em Saúde como Estratégia para o Controle Social em Saúde Bucal. *Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr.* 2006;6(1):29-34.
4. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. *Rev Mineira Enferm.* 2006;10(4):402-6.
5. Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007;9(3):796-805.
6. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2001;8(5):121-31.
7. Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2004;8(15):259-74.
8. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):315-9.
9. Pedrosa JS. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2001;5(8):137-8.
10. Afonso L. (org.). *Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um método de intervenção psicossocial.* Edições do Campo Social: Belo Horizonte; 2002.
11. Lucchese R, Barros S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. *Rev Esc Enferm USP* 2002;36(1):66-74.
12. Pichon-Rivière E. *O processo grupal.* São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2005.
13. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):320-5.
14. Santos MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. *Rev Enferm UERJ* 2007;15(2):242-7.
15. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2009;13(28):7-18.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enferm.* 2005;13(2):262-8.
17. Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Cien Saude Colet.* 2006;11(1):179-82.

18. Silva GSF, Villani A. Grupos de aprendizagem nas aulas de física: as interações entre professor e alunos. Ciênc educ. (Bauru) 2009;15(1):21-46.
19. Mendonça JP, Andrade RAC, Ferreira EF. Educação em saúde no projeto Guanabara-UFMG: avaliação das atividades. Arq Odontol. 2005; 41 (3): 242-54.
20. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública 2003;19(4):1039-47.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/11/18
Last received: 2011/04/25
Accepted: 2011/04/27
Publishing: 2011/05/01

Address for correspondence

Ana Cristina Viana Campos
Rua dos Jês, 151/ Ap. 302
CEP: 31530-160 – Santa Mônica, Belo Horizonte (MG), Brasil