

## EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, GRUPOS EDUCATIVOS E A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Maria de Lourdes dos Reis<sup>1</sup>

### Resumo

O presente artigo faz parte da pesquisa realizada para a construção da dissertação de mestrado. Discorre sobre Educação Popular em Saúde, grupos educativos e a contribuição do Assistente Social. Buscamos com este trabalho identificar e analisar as ações educativas coletivas das equipes de Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde do Município de Juiz de Fora – MG, tendo em vista que a prática educativa se desenvolve no contato do profissional com a população tanto no momento individual quanto no coletivo. Para atingir os resultados expressos no objetivo partimos do estudo bibliográfico composto pelas principais elaborações teóricas sobre o tema. O cenário para a pesquisa de campo foi composto por 06 (seis) Unidades de Saúde da Família. Foram realizadas as entrevistas junto aos profissionais que tinham dentre suas atividades a elaboração e realização de grupos educativos, além da observação participante. A pesquisa teve como base metodológica a abordagem qualitativa e o método de análise hermenêutico-dialético.

**Palavras-Chave:** Educação Popular em Saúde. Grupos. Serviço Social.

### POPULAR EDUCATION IN HEALTH, EDUCATIONAL GROUPS AND A CONTRIBUTION OF THE SOCIAL ASSISTANT

### Abstract

This article is part of the research carried out for the construction of dissertation. Talks on Popular Education in Health, groups and the contribution of the Social worker. We seek with this work to identify and analyze the educational collective actions of the family health teams of basic health units in the municipality of Juiz de Fora – MG, since educational practice develops in professional contact with the population in both individual and collective moment. To achieve the results expressed in the bibliographical study objective the main theoretical elaborations on the theme. The setting for the field research was composed by 06 (six) Family Health Units. The interviews were carried out with with the professionals that had among its activities the preparation and implementation of educational groups, in addition to participant observation. The survey was based on a methodological approach qualitative analysis method and hermetic-dialectic.

**Keywords:** Popular Education in Health. Groups. Social Service.

<sup>1</sup> Assistente Social, Especialista em saúde da Família e Mestre em Serviço Social (UFJF/JF/MG).  
Docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Geraldo Di Biase – UGB.

## Introdução

A contribuição da Educação Popular para processo educativo em saúde é discutida pelos estudiosos críticos da área de saúde. A reflexão teórica pauta-se na análise de diferentes autores que reforçam que a Educação Popular representa não só a valorização do conhecimento popular no âmbito da saúde, mas também as novas práticas educativas. Práticas e técnicas que extrapolam o caráter normatizador do modelo tradicional e avançam no sentido da transposição de paradigmas porque “ao invés de difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procuram problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo” (VASCONCELOS, 2004, p. 71).

Essa pedagogia reforça a tese de que o diálogo entre educador e educando contribui para reflexão crítica do indivíduo sobre sua realidade e cria o espaço apropriado para o fortalecimento da resistência contra a desigualdade social. A ideia de interação entre o saber popular e o saber técnico que norteia a Educação Popular em Saúde favorece a luta da população por melhores condições de vida, bem como, traz a compreensão de que fatores culturais, ambientais, socioeconômicos e políticos interferem no processo de saúde e adoecimento das pessoas.

No dia a dia do trabalho, na área de saúde, podemos constatar a situação de vulnerabilidade social apresentada pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Também é possível verificar as dificuldades que os serviços de saúde têm para responderem às necessidades da população. A dificuldade se apresenta porque a maioria dos problemas, tratados como “doenças”, estão relacionados às condições socioeconômicas e necessitam de intervenções que vão além da questão biológica.

Com base em tal reflexão compreende-se a importância da ação educativa em saúde e o envolvimento de vários atores sociais, entre eles o profissional de Serviço Social, respaldado no projeto ético político, cujos princípios de liberdade, autonomia e emancipação dos indivíduos sociais coadunam com a Educação Popular em Saúde.

À medida que Unidade de Saúde se apresenta como espaço de produção de saúde se destacam os Assistentes Sociais, como os principais fomentadores – na equipe multidisciplinar – dos grupos educativos, cuja abordagem das temáticas versa sobre: a cidadania, o conceito ampliado de saúde, os direitos sociais, a participação popular, os conselhos de direitos, o Sistema Único de Saúde (SUS), a cultura, entre

outras. Assim, considerando tal realidade reflete-se sobre o papel do profissional de Serviço Social no âmbito da equipe de saúde, bem como seu compromisso técnico e político no desenvolver das ações.

### **Educação em saúde: traços conceituais**

A educação em saúde está presente na atuação dos profissionais nos diferentes campos de intervenção e ao longo da história vem se articulando aos modelos de assistência à saúde caracterizada por diferentes abordagens e concepções. Faz parte do conjunto de ações de saúde e requer para sua realização planejamento e investimentos. Hoje as práticas educativas que privilegiam aspectos sociais para além dos biológicos têm significado um instrumento favorável na luta por melhores condições de vida e saúde da população.

As mudanças no âmbito da Atenção Primária à Saúde trouxeram para o cotidiano dos serviços um apelo maior à prática educativa. Conseqüentemente, estudiosos e trabalhadores engajados com o caráter crítico da educação em saúde analisam a repercussão ideo-política desta prática na vida da população. Problematizam, ainda, a representação do usuário no processo educativo instituído nos serviços de saúde.

Esse exercício de análise e reflexão das experiências nas diferentes épocas tem contribuído para o surgimento de modelos e propostas inovadoras. São inúmeras as elaborações que percorrendo o caminho histórico discutem o fazer educativo em saúde, expressando o movimento da sociedade, seus anseios e as respostas às necessidades da população. O empenho dos críticos do modelo tradicional volta-se para a constituição de práticas educativas transformadoras e estratégias de superação da realidade.

O esforço é, fundamentalmente, para a consolidação de práticas educativas que resgate o usuário como sujeito participante e ativo, não mais um mero paciente desvinculado da sua realidade objetiva e subjetiva. Além disto, a crítica à educação em saúde colabora para a construção de saberes favoráveis à promoção da saúde e à qualidade de vida dos usuários, bem como para o reordenamento geral dos serviços de saúde e o fortalecimento do trabalho intersetorial e dos vínculos entre a população e os profissionais.

### *Perspectiva Tradicional*

Na aproximação da temática da educação em saúde é necessário, inicialmente, compreender que a articulação entre as duas áreas pode se desenvolver tanto nos níveis de atenção à saúde quanto na busca de conhecimento pelos profissionais. Esta intercessão tem capacidade de constituir uma sucessão de momentos de ensino e aprendizagem.

O resultado da interconexão entre a educação e a saúde se apresenta na literatura através de diferentes denominações: Educação Sanitária, Educação e Saúde, Educação para a Saúde e Educação Popular em Saúde. Repetidamente tem-se empregado o termo educação em saúde como sinônimo destas expressões, porém, cada qual pode conter distintas concepções acerca da saúde, da educação e do indivíduo.

Na ligação que se faz da educação e saúde sobressaem duas tendências principais, sendo a primeira relacionada à influência dos profissionais de saúde junto ao indivíduo, com finalidade de mudanças de hábitos, de prevenção e controle de doenças. Este modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizado na doença, na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza a mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

Essa prática educativa em saúde inclui estratégias como de informações verticalizadas, que definem comportamentos a serem adotados para se ter saúde. Nesta perspectiva o indivíduo é visto como um ser que deve ser educado, uma vez que está desprovido de saberes ou que os têm de forma equivocada. Esta forma de educar segue o modelo pedagógico da educação *bancária*<sup>2</sup>, que segundo o filósofo e educador Paulo Freire, caracteriza-se por uma relação não dialógica entre educador e educando. Nesta relação o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado (...). Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante (FREIRE, 1983, p. 98).

Conforme Prado et al (2007) o Comitê de Especialistas em Planejamento dos Serviços de Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde sinaliza que: “O

---

<sup>2</sup> Este modelo pedagógico é discutido por Paulo Freire no livro *Pedagogia do Oprimido*. Editora: Paz e Terra, 1983.

foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis”. (p. 35). Nessa definição a compreensão de que adotar padrões de vida saudáveis é responsabilidade do indivíduo demonstra a contradição, sobretudo porque nos tempos atuais é notório que esta questão passa pelo envolvimento, assim como pelo comprometimento da coletividade e, certamente do poder público.

Para Candeias (1997), “educação em saúde é quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Na prática a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para saúde (...)” (p. 210).

Na definição de Stotz (2007):

Educação e Saúde são do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltados para ‘instrumentalizar’ o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas”. (STOTZ, 2007 p. 46)

Na sua origem, as práticas educativas caracterizaram-se como instrumento da política de saúde associada a uma questão de bons hábitos. Com objetivo de garantir as forças produtivas, o Estado, mediante um discurso higienista e moralista, cumpria a função de civilizar a grande massa da população.

Um dos principais estudiosos do campo da educação em saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, em seu resgate sobre os primórdios das práticas educativas revela que até a década de 1970 a educação em saúde dos moldes brasileiros foi basicamente uma ação das elites políticas econômicas. Dessa forma, as práticas educativas caracterizavam-se pela,

(...) imposição de normas e comportamentos considerados por elas adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de ‘toca-boiada’, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça). (VASCONCELOS, 2001a, p. 14)

Também na análise de Valla citado por Oliveira (2003), tradicionalmente as práticas educativas representavam um movimento fundamentalmente de cima para baixo, das classes dominantes para as classes populares. A idéia que norteava estas

práticas é a de que, por não possuírem conhecimento próprio, as classes populares necessitam de orientação das classes hegemônicas.

Nesta mesma linha, as ações sanitárias no início do século XX, eram influenciadas pelo modelo da chamada *Polícia Médica*, seguindo o modelo adotado na Alemanha de Bismarck. A figura de Osvaldo Cruz desponta como principal líder das ações sanitárias da época. Suas propostas se destacaram ao empregar recursos radicais, como, por exemplo, a vacinação compulsória e a vigilância sobre as atitudes dos pobres. O intuito principal era controlar as doenças que se espalhavam rapidamente entre a população.

No entanto, as práticas educativas tidas como inovadoras contribuíram para reforçar o caráter higienista da educação em saúde de modo que, permeadas por este discurso, permaneceram durante as primeiras décadas e ainda hoje fazem parte das mais variadas iniciativas educativas em saúde.

É somente em meados do século XX que surge a possibilidade de inserir abordagens de educação em saúde que representam formas inovadoras e contrárias ao modelo tradicional. Ou seja, práticas educativas que objetivam a superação do aspecto adaptador, sendo a Educação Popular em Saúde a principal expressão do anseio de ruptura com o modelo hegemônico de educação em saúde.

### *Educação Popular em Saúde: expressão da perspectiva crítica*

Quando se trata da analogia dos princípios da Educação Popular com a saúde, diversos autores (VALLA, 2000; PEDROSA; STOTZ; VASCONCELOS, 2007) sinalizam para a ação pedagógica que se realiza por meio de uma relação dialógica e horizontal, que considera as experiências de vida das pessoas, os movimentos sociais e organizações, que valoriza os saberes da população, que possui caráter revolucionário e que contribui para tornar visível aos grupos sociais sua inserção histórica, social e política.

O aspecto inovador da perspectiva crítica liga-se ao fato de propor práticas educativas transformadoras de modelos instituídos, pois que,

quando se problematiza através da articulação entre o saber científico e o saber popular questões relativas à saúde da comunidade, (...) a educação em saúde passa a ser um instrumento de participação

popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo de aprofundamento de intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. (VASCONCELOS apud PEDROSA, 2001, p.262-263)

Referindo-se às ações de Educação Popular em Saúde sob o aspecto dos vínculos que se constroem com classes populares Pedrosa (2001) diz tratar-se de “vínculos que promovem a vivência coletiva em torno de movimentos que levam aos projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade”. (p. 33)

Esse mesmo autor aponta que:

(...) a Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade. (PEDROSA, 2007, p.16)

Apresentando os princípios essenciais da Educação Popular em Saúde, Pekelman (2008) chama atenção para o exercício do diálogo que implica o ouvir e problematizar; destaca também, a questão da participação, da construção compartilhada do conhecimento, da percepção do processo saúde-doença, da valorização do cotidiano, da ampliação do campo de atuação em todas as ações dos profissionais de saúde e o incentivo à construção da autonomia dos sujeitos sociais.

Retomando a trajetória histórica da Educação Popular em Saúde, destaca-se que os seus fundamentos emergem do envolvimento de intelectuais católicos, dos movimentos populares e profissionais de saúde com a Educação Popular. A pedagogia da educação desenvolvida por Paulo Freire passa a ser uma referência para crítica ao modelo até então vigente, buscava-se uma nova concepção de educação em saúde para além do enfoque em comportamentos individuais.

Conforme relato de Vasconcelos (2006), contraditoriamente é no contexto da repressão e do cerceamento dos direitos civil e político, estabelecidos pela gestão militar, que as condições se tornaram favoráveis ao surgimento das novas propostas de educação em saúde. As circunstâncias da época indicavam que a possibilidade de mudanças no modelo tradicional – focado no saber médico, de caráter normatizador e adaptador – tornava-se real.

Na valorização dos saberes, aparentemente fragmentado e pouco elaborado, educador e educando constroem juntos um novo conhecimento que perpassa pela reflexão crítica da realidade e pelo desenvolvimento de estratégias de luta em defesa dos direitos da população. Neste transcurso, a Educação Popular – cujo enfoque é a valorização do saber construído pelas classes populares – passou a representar na área da saúde um instrumento favorável à reorientação das práticas.

No conjunto dos movimentos sociais da década de 1980, época de luta pela abertura democrática, emerge no campo da saúde o movimento que representou um divisor de águas. Denominado de Movimento Sanitário buscava, sobretudo, a reforma do modelo da política vigente. O projeto ideológico norteador das propostas de Reforma Sanitária veio contribuir de forma decisiva para o fortalecimento da Educação Popular em Saúde e da reflexão crítica dos profissionais sobre a saúde. Começava a serem gestadas formas diferentes de se pensar a saúde, na relação com os determinantes econômicos, sociais e políticos.

Os avanços registrados com uma nova forma de conceber a prática educativa ainda não significaram a supressão de práticas normatizadoras, autoritárias e higienistas que historicamente perpassam as ações de saúde. O ponto de vista problematizador tende a coexistir com o que há de mais tradicional no que se refere à educação em saúde. Até os dias atuais persiste a tendência em individualizar e culpabilizar os usuários pelos seus problemas de saúde. Nas instituições públicas, muitas vezes desconsidera-se os múltiplos fatores que afetam a vida do usuário e levam ao adoecimento.

Reforça-se, assim, a importância da Educação Popular em Saúde no sentido de possibilitar que o usuário se torne sujeito do seu processo de saúde-doença-cuidado. Além disso, as ações de saúde norteadas pelos princípios da Educação Popular contribui para a participação da população nas decisões políticas, que dizem respeito à condição de vida das pessoas. O argumento reforçado por Valla, citado por Oliveira (2003) é de que a população organizada e participativa exerça uma pressão maior sobre os governos a fim de que sejam revistos os gastos públicos em torno das carências que se refletem na saúde.

O aspecto político da educação, traço essencial na perspectiva crítica, contribui para o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas. Neste sentido, a Educação Popular em Saúde firma-se como o referencial teórico-conceitual que, fundamentado na práxis, valoriza as

potencialidades humanas e constitui-se como estratégia para a constituição das bases de transformação da realidade. Parte-se do pressuposto de que a prática educativa é importante na garantia do direito à saúde, desde que ultrapasse os aspectos formais e avance por caminhos que possibilitam a acessibilidade da população aos bens imprescindíveis à proteção da vida e à saúde.

Segundo Vasconcelos (2001), ainda que a Educação Popular não seja o único projeto pedagógico que valoriza a distinção dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes sujeitos sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e científico, representa no contexto brasileiro um movimento marcante dos profissionais de saúde.

### *Grupos educativos em saúde*

As práticas educativas em saúde concretizam-se por meio de diferentes formas, sejam elas individuais ou coletivas. Toda aproximação do profissional com o usuário pode resultar em processo educativo, mas as atividades denominadas como coletivas ou trabalho com grupos vem se constituindo como espaços privilegiados para a realização da educação em saúde.

Por outro lado, de acordo com a história da educação em saúde, conforme apresentado anteriormente, as práticas desenvolvidas com grupos tendem a aproximarem, no dizer de Paulo Freire, mais da concepção *bancária* da educação. Muitos profissionais de saúde no papel de educador não estão se comunicando com os usuários e sim *fazem comunicados* esperando que memorizem e pratiquem as orientações. Em geral, nestes espaços incentiva-se a mudança de comportamento através de orientações e informações técnicas. Esta é uma característica que se liga ao papel que tradicionalmente o setor da saúde assumiu na intenção de minimizar os problemas de saúde da população.

Conforme Stotz (2007), a educação em saúde destinada a desempenhar o papel de controle social dos doentes e da população de risco, inclui diferentes técnicas que possam assegurar:

(...) a adesão às terapêuticas, a lidar com o abandono do tratamento, com a 'negociação' da prescrição médica pelos pacientes, [...] e outras orientadas para prevenção de comportamentos 'de risco', a

exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene e o sedentarismo e a falta de exercício físico. (p. 50)

Porém, considerando o ponto de vista crítico, observa-se que são inúmeras as possibilidades de aprendizagem em grupos, pois as pessoas têm a oportunidade de perceber formas diferentes de lidar com a mesma situação, de trocar experiências, elaborar conhecimento e, sobretudo, organizar coletivamente suas reivindicações.

Hoje, a utilização das técnicas de intervenção com pequenos grupos é mais frequente nos serviços de Atenção Primária à Saúde, ambiente característico da organização de equipes de saúde no qual predomina também a multidisciplinaridade. Nas Unidades de Saúde da Família as atividades coletivas fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que empregam este instrumento para organizar os usuários, caracterizando-os como: grupo de doentes crônicos; grupos preventivos, cujo objetivo é discutir condutas e hábitos alimentares; grupos de sala de espera; entre outros. Entretanto, esta é uma atividade que precisa de constante acompanhamento e avaliação, sobretudo porque geralmente os grupos são formalizados a partir de estruturas burocráticas e rígidas, impossibilitando maior interação entre usuários e equipe.

É necessário sinalizar, além disso, que ainda que se registrem resultados satisfatórios no que se refere à saúde dos participantes dos grupos, na maioria das vezes não há preocupação com a percepção que cada um tem sobre seu corpo, seu estado de saúde e suas formas de vida, carecendo, portanto, de reflexão acerca de como isto tem repercutido na vida dos usuários para evitar que o grupo seja apenas um espaço de discursos cujos conteúdos não correspondem com a realidade dos usuários.

Do mesmo modo o uso restrito desse recurso, relacionado às campanhas de controle de doenças e de ensino de hábitos saudáveis, parte tanto da desvalorização das atividades em grupo, como do despreparo do profissional em lidar com este tipo de intervenção. Uma das consequências de situações como esta pode ser a responsabilização individual, neste caso do usuário, alvo das informações no cuidado com a saúde, geralmente reforçando a ideologia da culpabilização.

Contudo, considerar e valorizar o espaço coletivo como campo de reflexão e luta por melhores condições de vida e saúde já é um exercício de muitos profissionais,

especialmente dos Assistentes Sociais, por acreditarem na potencialidade transformadora deste instrumento.

Diante da potencialidade das atividades em grupo, reforça-se a necessidade de as equipes de saúde compreenderem melhor os fundamentos desta estratégia, no sentido de utilizá-la a favor dos interesses dos usuários. Para isto, é importante compreender que se trata de uma prática que envolve diferentes sujeitos sociais e que é atravessada também por diferentes concepções e desejos. Assim, é fundamental desmistificar este espaço e valorizá-lo cada vez mais.

Os princípios da Educação Popular em Saúde tornam-se, portanto, basilares na transformação destes espaços, especialmente pelo caráter político-pedagógico que favorece o diálogo e a relação humanizada entre o profissional e a população. Contribui para revelar os aspectos culturais, sociais e subjetivos que envolvem o processo saúde e doença, bem como a realidade e as diferentes representações do corpo e das emoções das pessoas. Assim, tornando-o um espaço de decisões coletivas e de luta para romper com estruturas do modelo biomédico da saúde.

Quando se pensa em grupo a primeira definição que vem à mente é de que se trata de número de pessoas reunidas em torno de um objetivo. Porém, esta é uma interpretação simplificada que não revela o seu significado social. Para compreendê-lo melhor é necessário aprofundar nos conceitos e interpretações já construídos. A intenção não é a de esgotar a discussão epistemológica, mas sinalizar concepções que fornecem as principais noções acerca da categoria e, conseqüentemente, apresentar as contribuições do grupo no campo da saúde.

O conceito de grupo pode ser encontrado em diferentes correntes teóricas, no interior da sociologia, das ciências políticas, da pedagogia, da antropologia e da filosofia. Não há uma única compreensão, nem mesmo no interior desses campos, pois este termo pode, em distintos aportes teóricos, denotar sentidos diversos. Contudo, quando se trata dos estudos sobre o trabalho com pequenos grupos é nas disciplinas da psicossociologia e psicologia social que se encontram, fundamentalmente, a maioria destas elaborações.

Na primeira metade do século XX, as concepções teóricas de Kurt Lewin acerca da questão da Dinâmica de Grupo tornaram-se uma das principais bases conceituais nos estudos sobre as práticas grupais. De acordo com Lane (1988), o princípio lewiniano foca-se na análise da topologia e no sistema de forças representadas nos grupos. Buscava-se com esta análise apreender a "(...) dinâmica que ocorre quando

as pessoas estabelecem uma interdependência seja em relação a uma tarefa proposta (sócio-grupo), seja em relação aos próprios membros em termos de atração, afeição etc. (psico-grupo)” (p.78).

Esse entendimento sobre grupos nega em certa medida, as contradições inerentes à organização social capitalista, sobretudo, porque tem como horizonte a adaptação do indivíduo à sociedade. Ao apresentar esta discussão, Kurt Lewin trata da reeducação como forma de mudar a conduta do indivíduo ou do grupo. Afirma que “a necessidade da reeducação surge quando um indivíduo ou grupo está fora de passo em relação à sociedade em geral (LEWIN, S/DATA, p. 72).

O aspecto crítico dessa influência surge no campo da psicossociologia francesa, especialmente, na produção de autores como Georges Lapassade. A preocupação central é a problematização de questões concernentes aos grupos e às práticas grupais. Este debate ganha força, fundamentalmente, por meio da intervenção da Análise Institucional (AI) que tem como cerne a crítica às instituições burguesas hierarquizadas e burocráticas.

Como eminente representante da Análise Institucional, Georges Lapassade, desde a década de 1950, dedicava-se aos estudos sobre experiências da vida social. Em suas formulações escrevera sobre as experiências no âmbito de grupos como a família, a classe, os amigos, além de questões relacionadas às equipes de empresas e grupos sindicais. Suas elaborações já apontavam para a dimensão dialética dos grupos. Na sua concepção o “(...) grupo é constituído por um conjunto de pessoas em relação umas com as outras que se uniram por diversas razões: a vida familiar, uma atividade cultural ou profissional, política ou esportiva, a amizade ou a religião (...)”. (1983, p. 65)

No ponto de vista do autor o grupo é uma totalização em constante processo e inacabado. Ressalta, portanto, que “(...) a dialética dos grupos, das organizações e das instituições ensina-nos a evitar o uso dos conceitos de acabamento e de maturidade da análise dos processos e das organizações sociais”. (LAPASSADE, 1983, p. 256)

Esse teórico também chama a atenção para as leis internas de funcionamento dos grupos e desenvolve a discussão sobre a questão da Dinâmica de Grupo. O autor esclarece que este termo cunhado por Kurt Lewin, para designar experiências com grupos artificiais e definir o trabalho dos técnicos que saíram dos laboratórios para se ocuparem da “solução dos conflitos sociais”, tomado num sentido mais amplo e mais

popular, refere-se a todas as técnicas de grupo que constituem os meios de aplicação obtidos.

Esse é um ponto extremamente importante, principalmente porque elucida a questão do uso, muitas vezes inadequado do termo Dinâmica de Grupo. A todo o momento depara-se com o uso desta expressão na referência às técnicas, aos jogos e às brincadeiras utilizadas para incentivar, motivar, descontraír e discutir temas nos mais variados tipos de reuniões, encontros e trabalho com grupos.

Entretanto, de acordo com os escritos de Eiras (2006), apesar de inserir a perspectiva analítica e questionar as formas de utilização da Dinâmica de Grupo, Lapassade continuou empregando alguns dos seus recursos. Apesar disto, importa sinalizar que no prólogo da segunda edição do livro *Grupo, Organizações e Instituições*, subtraem-se sinais importantes de sua contribuição, ao propor a Análise Institucional com o intuito de problematizar nos grupos a dimensão institucional, ou nos seus dizeres, a dimensão oculta.

Por conseguinte, Lapassade ao propor o método da Análise Institucional traz para discussão a dimensão histórica e social dos grupos que se revela na seguinte passagem: “É preciso dizer ao contrário de Kurt Lewin, que a análise de campo do grupo implica a análise do campo social em seu conjunto (...)”, reforçando que “na base da sociedade, as relações humanas são regidas por instituições: sob superfície das relações humanas (e desumanas) há as relações de produção, de domínio, de exploração (...)” (LAPASSADE, 1983, p.14).

Conforme já anunciado, os conhecimentos de Kurt Lewin influenciaram muitos estudiosos, dentre os quais também se destaca Enrique Pichon-Rivière que, nos anos de 1950, elaborou as teorias e técnicas dos Grupos Operativos. Suas formulações também encontram base na perspectiva histórica e dialética.

Conforme Eiras (2006), sua crítica à psicanálise contribuiu para proposta de uma psicologia social engajada politicamente. Ao definir o Grupo Operativo, o autor enfatiza que é: “Um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade” (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p. 234).

Neste sentido, “os grupos podem ser verticais, horizontais, homogêneos ou heterogêneos, primários e secundários, porém em todos se observa uma

diferenciação progressiva (heterogeneidade adquirida) à medida que aumenta a homogeneidade na tarefa” (PICHON-RIVIÈRE 1998, p. 132).

Quando aborda as questões referentes ao Grupo Operativo, Eiras (2006) sinaliza para dois importantes aspectos. O primeiro diz respeito ao fato de que o Grupo Operativo pode ser reduzido a uma técnica descaracterizada de seu conteúdo sócio-histórico emergente. O outro aspecto é o uso deste instrumento nas indústrias e empresas com o objetivo exclusivo de facilitar o consenso e a comunicação em torno dos interesses burgueses.

Na elaboração de Lane (1988), há também um destaque importante da análise de F. Calderón e G. C. C. De Govia sobre os Grupos Operativos. Na concepção destes autores um grupo é uma relação significativa entre duas ou mais pessoas que se processa através de ações encadeadas. Esta interação ocorre em função de necessidades materiais ou psicológicas e visa produção de suas satisfações. Eles definem as tipologias dos grupos, considerando que estão em constante transformação e que mudam de estágio ao alcançarem à satisfação de suas necessidades. As sequências dos estágios são:

- *Grupo Aglutinado*: a característica principal deste grupo é a intervenção de um líder que propõe as ações conjuntas. Os membros esperam soluções deste líder.
- *Grupo Possessivo*: neste tipo o líder se torna um coordenador de funções e as tarefas exigem a participação de todos, fazendo com que o grupo alcance uma maior interação e conhecimentos mútuos.
- *Grupo Coesivo*: as características deste grupo revelam-se na aceitação mútua dos membros, na conservação do líder como coordenador e, principalmente, na busca pela manutenção e a segurança do grupo. O grupo tende a fechar-se para a entrada de outros membros.
- *Grupo Independente*: tem como características a liderança amplamente distribuída, o acúmulo de experiências e aprendizagens, o aumento de recursos materiais e de metas fundamentais alcançadas. Neste tipo de grupo as relações de dominação são minimizadas e a coordenação tende para a auto-gestão. (p. 80-81)

Essa distribuição de tipos de grupos não pode ser analisada como tipos fechados em si, uma vez que, de acordo com os próprios autores, eles se misturam e englobam aspectos uns dos outros dialeticamente.

Dessa forma, com base nos conceitos e perspectivas acerca de grupos, pode-se apreender que as práticas grupais, dependendo da concepção político-ideológica, teórico-metodológica e, principalmente, da sua finalidade, podem favorecer tanto a prática crítica e libertadora que impulsiona a transformação da realidade social, quanto contribuir para camuflar as contradições, mantendo a dominação e a ordem social.

Ao relatar a experiência na análise de diferentes grupos, Lane (1988) confirma a existência de relações de dominação e poder ideologizado em termos de experiência, sabedoria, títulos e mesmo dedicação, seriedade, etc. Reforça a questão ao sinalizar que:

(...) qualquer grupo exerce a função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em decorrência das relações de produção, e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como nas suas ações, reproduz ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada. (p. 81-82)

Múltiplos aspectos socioculturais e de inter-relações, políticos e de poder, estruturais e de funcionamento das instituições, estão presentes no desenvolvimento das atividades educativas e se manifestam conforme o caráter e os objetivos do grupo. Por esta razão é importante captar a naturalização destes fenômenos a partir, principalmente, da reflexão crítica do trabalho em grupo e da realidade sócio-histórica da população.

### **Contribuição do Assistente Social**

Considerando a educação em saúde desenvolvida pelas equipes de saúde nas Unidades pesquisada o dado que nos chamou atenção foi o envolvimento dos Assistentes Sociais em todas as atividades educativas coletivas. Conforme se observou os profissionais de Serviço Social são os principais articuladores destas atividades e, em muitas situações, os únicos que elaboram projetos, planejam e conduzem os grupos.

Contudo é importante lembrar que embora os Assistentes Sociais não façam parte da equipe mínima da Saúde da Família, estão inseridos em 21 (vinte e uma) equipes de saúde do Município pesquisado, sendo um total de 35 (trinta e cinco) profissionais, incluindo os residentes de primeiro (R1) e de segundo ano (R2). Este dado é interessante no sentido de que a inserção deste profissional nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora vem desde a década de 1970, entretanto o aumento do número de Unidades e de equipes de saúde não significou aumento de Assistentes Sociais.

Historicamente no Brasil a expansão da profissão ocorreu na década de 1940, sendo a área de saúde o principal campo de absorção dos Assistentes Sociais até a chegada dos anos 2000. Entretanto, somente no início dos anos de 1980 do século XX que é apresentado aos Assistentes Sociais diferentes demandas nesta área, isto é, a partir do movimento da Reforma Sanitária.

De acordo com Bravo (2006), a “(...) busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático e estímulo à participação cidadã”, são questões a serem trabalhadas pelos profissionais do Serviço Social.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) a organização dos serviços passa por mudanças significativas e no que se refere à atenção básica, a implantação das equipes de Saúde da Família e representa a mudança da lógica da assistência à saúde – antes voltada para a cura da doença – que busca atenção integral à família, à prevenção e à promoção.

Assim, conforme Amoroso Lima et al (2006, p. 353), as mudanças imprimiram novas características aos processos de trabalho das diferentes profissões que atuam nesta área, entre elas a do Serviço Social, exigindo dos Assistentes Sociais o domínio das particularidades e dos fenômenos singulares da questão social na dimensão da saúde, em níveis municipal, regional e nacional.

O papel do Assistente Social pode ser pensado sob o ponto de vista de sua contribuição concretização do conceito ampliado de saúde, quando se consideram os aspectos socioculturais, políticos e econômicos, como elementos determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Contudo, a atuação do Assistente Social, revelada no resultado da referida pesquisa, está voltada, basicamente, para as atividades de educação em saúde.

Porém, sua prática realiza-se muitas vezes de forma conflituosa no processo de trabalho e, isto tende a ocorrer devido a vários fatores relacionados à própria conjuntura de crescimento da demanda social e retração dos direitos sociais. Há uma precarização dos serviços de saúde que implica na diminuição dos recursos institucionais e reforço da lógica de produtividade.

Por outro lado, a presença do Assistente Social na equipe de Saúde da Família tem demonstrado relevância fundamentalmente, pela sua capacidade de estabelecer a relação direta com os usuários, facilitada pela *linguagem* “instrumento básico de trabalho” .(IAMAMOTO, 2001, p. 97)

No que se pode notar esse profissional tem sido o principal responsável na busca de alternativas criativas para realização de trabalhos com os grupos educativos. Portanto, é importante que esteja preparado para este tipo de tarefa. É necessário, segundo Vasconcelos (2002), requisitos básicos para que o Assistente Social possa realizar, no campo da saúde, um trabalho voltado para os reais interesses e necessidades dos usuários.

O profissional capacitado, considerando o referencial teórico-metodológico, ético e político da profissão, assume criticamente este espaço ocupacional e tem condições de identificar os limites e as possibilidades de enfrentamento das dificuldades.

Compreende-se que a contribuição dos Assistentes Sociais em conjunto com as demais categorias pode ser fundamental na consolidação da Educação Popular em Saúde. No caso de Juiz de Fora/MG conta-se com a o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que tem representado o diferencial no trabalho das Unidades. A importância do Programa liga-se, tanto à oportunidade de capacitação profissional, uma vez que se refere ao treinamento em serviço, quanto ao aumento de profissionais nas Unidades - inclusive de Assistentes Sociais. As Unidades de Saúde que contam com este Programa, têm o maior número de grupos educativos consonantes proposta com o modelo crítico de educação em saúde.

Constatamos, assim, que é inequívoca a contribuição do Assistente Social nos grupos educativos em saúde, pois favorece o debate teórico voltado para a mudança das práticas tradicionais e autoritárias. Igualmente, as ações educativas pautadas na diretriz teórico-metodológica da Educação Popular em Saúde avançam para a garantia do acesso do usuário ao direito à saúde, no sentido ampliado do conceito.

## Considerações finais

Ao término desta apresentação torna-se relevante destacar os principais achados acerca das formulações teóricas. De forma mais ampliada, todos os itens aqui abordados já foram mencionados no conjunto da obra. Entretanto, no exercício de reforço argumentativo consideramos alguns aspectos-chaves acerca da temática. O estudo demonstrou que a consolidação do modelo crítico de educação em saúde nos serviços públicos necessita do envolvimento dos diferentes atores sociais, bem como do investimento nos diferentes campos.

Com a análise crítica da literatura sobre o tema pudemos observar que nas últimas décadas no Brasil houve avanços, especialmente no que se refere às reflexões teóricas que orientam as práticas educativas em saúde. Identificamos que a Educação Popular em Saúde expressa a perspectiva crítica de se educar em saúde e representa um instrumento de reorientação das práticas, além de ser estratégia fundamental para tornar efetiva a diretriz constitucional do SUS, que é a participação popular, conforme defende Vasconcelos, (2007).

Após décadas do início do Movimento Sanitário – que resultou na reorientação dos modelos e práticas em saúde e no modo de compreender o processo saúde-doença – os argumentos não contradizem que somente práticas educativas que valorizam os aspectos sociais, o protagonismo do sujeito e a relação horizontal-dialógica, podem dar conta de superar o modelo biomédico-normatizador.

Contudo, o importante é não reduzir os problemas a uma questão subjetiva das pessoas, isto para não despolitizar a discussão. Além disto, é necessário considerar que certas práticas apresentam raízes históricas, nos serviços da saúde pública brasileira – podem até ser potencializadas pelas características individuais, mas, em suma, são de natureza estrutural.

Reiteramos também, a importância e o compromisso do profissional de Serviço Social na construção de novas formas de se educar em saúde. No entanto, para uma atuação crítica que avance para a transformação do modelo tradicional é recomendável preparo, especialmente, pautado nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

## Referências

ALBUQUERQUE, Paulette C.; STOTZ, Eduardo N. A Educação Popular na Atenção Básica à Saúde no Município: em busca da integralidade. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**: Recife, v 8, n.15, p.259-274, mar./agosto de 2004.

ALVES, Vânia S. **Educação em Saúde e Constituição de Sujeitos: Desafios ao Cuidado no Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2004.

AMOROSO LIMA, Ana M. C. et al. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: BRAVO, Maria Inês S. et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, 2006.

BARONE, Luciana G. **O Processo de Construção da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Rio de Janeiro, 2006.

BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: \_\_\_\_\_ et al (Org). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. 1ª Edição, Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: **Coletânea de Leis**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Belo Horizonte: 4ª Edição, p.78-94, janeiro de 2006a.

CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: Mudanças Individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 31, n. 2, p. 209-213, agosto de 1997. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 18 de dezembro de 2007.

CHIESA, Ana Maria; VERÍSSIMO, Maria de L. R. **Educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem**. Disponível em: [www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem). Acesso em: 17 de fevereiro de 2008.

EIRAS, Alexandra A. L. T. S. **Grupos e Serviço Social: explorações teórico-operativas**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. São Paulo: Editora Cortez e Moraes, 1980.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

LANE, Silvia T. M. O Processo Grupal. In: \_\_\_\_\_; CODO, Wanderley (Org.) **Psicologia Social o Homem em Movimento**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

LAPASSSADE, Georges. **Grupos, organizações e Instituições**. Rio de Janeiro: Editora F. Alves, 1983.

LEWIN, Kurt. **Problemas de Dinâmica de Grupo**. São Paulo: Editora Cultrix, s /data.

OLIVEIRA, Rosely M. de. **Pistas para Entender a Crise na Relação entre Técnicos e Classes Populares: uma conversa com Victor Vincent Valla**. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19 n.5 p.1175-1187, jul./agosto de 2003. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: Maio de 2006.

PEDROSA, José Ivo dos S. **Educação Popular no Ministério da Saúde: Identificando Espaços de Referência**. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em julho de 2008.

\_\_\_\_\_. Educação Popular, Saúde, Institucionalização - Temas para debate. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001a.

\_\_\_\_\_. Avaliação das Práticas Educativas em Saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001b.

PELICIONE, Maria Cecília F.; WESTPHAL, Marcia F. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: n.33, p. 68-73, dezembro de 1991.

PEKELMAN, Renata. Caminhos para uma Ação Educativa Emancipadora: A Prática Educativa no Cotidiano dos Serviços de Atenção Primária em Saúde. In: **Revista APS**. Juiz de Fora: v. 11 n, 3 , p. 295-302, jul/setembro de 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo Grupal**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1998.

SMEKE, Elizabeth de L. M.; OLIVEIRA, Nayara L. S. de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

STOTZ, Eduardo N. Enfoques sobre Educação Popular e Saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos

Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em julho de 2008.

VALLA, Victor V. Educação e Saúde do Ponto de Vista Popular. In: \_\_\_\_\_(Org). **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: Editora De Paulo, 2000, p. 07-10.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em julho de 2008.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

\_\_\_\_\_. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67-83, maio de 2004. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: Agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Refletindo as Práticas de Educação em Saúde a partir da Educação Popular em Saúde. In: \_\_\_\_\_(Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001a.

\_\_\_\_\_. Participação Popular e Educação nos Primórdios da Saúde Pública

Brasileira. In: \_\_\_\_\_(Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Popular e Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001b.