

GRUPO OPERATIVO/REFLEXIVO DE EDUCACIÓN EN SALUD EN LA COMUNIDAD DE LAS VILAS OPERARIAS DE VILA ISABEL, RIO DE JANEIRO

Maria Inez Bernardez do Amaral¹

Pedro Medeiros Hakme²

Rosimary Gonçalves de Souza³

1. INTRODUCCIÓN

La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en un dado momento de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en sus luchas cotidianas. En su sentido más abarcador, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, transporte, ocio, libertad, acceso y posesión de la tierra y acceso a servicios de salud. Es así, antes de todo, el resultado de organización social de la producción, las que pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida. (Anales de la 8ª Conferencia Nacional de Salud, 1987, p. 382).

El objetivo de este trabajo es presentar una experiencia de trabajo con grupo educativo realizado por un equipo multidisciplinar del Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A lo largo de estos últimos años, se ha percibido una demanda oriunda de la comunidad de Vila Isabel (barrio de la ciudad de Rio de Janeiro donde se localiza HUPE) que ante las dificultades de acceso al sistema de salud, buscaba insistentemente vagas en las diversas especialidades atendidas por el Hospital.

Ante esta demanda, el Departamento de Medicina Integral Familiar y Comunitaria (DMIFC) del Hospital, a través de un proyecto denominado “Projeto Saúde na Vida [Proyecto Salud en la Vila]”, emprendió esfuerzos en el sentido de hacer del departamento una referencia en Atención Primaria a la Salud (APS) para los moradores de parte del

¹ Asistente social del Hospital Universitário Pedro Ernesto de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ - E-mail: inez.amaral@yahoo.com.br

² Médico residente del Hospital Universitário Pedro Ernesto de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ

³ Profesora Adjunta de la Faculdade de Serviço Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ E-mail: rgdsouza@uol.com.br

barrio de Vila Isabel, en las adyacencias del HUPE. De esta forma, este proyecto pasó a desarrollar acciones de salud comunitaria en el referido barrio, ofreciendo a la población local acciones de educación en salud, asistencia de ambulatorio y domiciliar a través de un equipo multidisciplinar, compuesta por médicos, psicólogas, asistentes sociales y fisioterapeuta.

Así, el trabajo con grupos aquí presentado se inserta en el contexto de las acciones desarrolladas por el “Projeto Saúde na Vila” y se realizó durante el año de 2008. Este grupo se ha constituido como un grupo operativo de educación en salud, ejecutado junto a los moradores de las villas operarias de Vila Isabel y se ha mediado por un médico residente del DMIFC y por una asistente social del Programa de Atención a la Salud del Adulto (PASA) del HUPE a través de una aparcería entre estos dos sectores del Hospital.

2. PREMISAS TEÓRICO-CONCEPTUALES QUE ORIENTARON EL TRABAJO CON GRUPO

El Ambulatorio de Medicina Integral – AMI, conectado al DMIFC, y el Servicio Social del Programa de Atención a Salud del Adulto – PASA - HUPE, han construido una aparcería, para presentar una propuesta diferenciada a la población de las villas operarias en Vila Isabel, llevando esta forma de trabajar para más allá de los muros del hospital, buscando una integración con la comunidad del entorno, teniendo objetivos definidos como:

- **Comprensión o concientización** mayor sobre ti mismo, su enfermedad y su proceso de salud-enfermedad, a partir de su contexto de vida (aspectos físicos, psicológicos y sociales).
- Facilitar el acceso, **vehicular el cambio y asimilación de informaciones** adecuadas y experiencias sobre salud, enfermedad, factores de riesgo, prevención y vida.
- Reflexionar y **desarrollar recursos propios** con relación a las formas de cuidado y salud, buscando el auto-cuidado, autonomía, corresponsabilidad y adhesión al tratamiento.

- Facilitar el **desarrollo o perfeccionamiento** de soporte emocional y social.

El principal objetivo de la propuesta es fomentar un proceso de promoción a la salud que englobe concientización, reflexión, cambio y mudanza, dentro de un ambiente acogedor y de apoyo mutuo.

Vasconcelos (2002) al discutir la complejidad que envuelve las prácticas multidisciplinares, afirma que tales prácticas implican un serio cuestionamiento y reubicación en nuevas bases de los principios y de la formación convencional aprendidos por los profesionales en los cursos universitarios tradicionales, exigiendo una cultura institucional nueva en los servicios, capaz de ofrecer un clima favorable para este proceso de reelaboración de sus identidades profesionales originales, bien como una democratización efectiva de las relaciones de poder en los equipos, a pesar de todos los atravesamientos en contrario.

Gomes y Deslandes (apud COSTA, 2002), apuntan que “la interdisciplinariedad en el campo de la salud pública pasa a tener *status* de necesidad interna ante los problemas complejos que la salud impone” (p. 40), precisando según los autores exceder obstáculos como la tradición positivista y biocéntrica, vencer los espacios de poder cristalizados por la rigidez disciplinar, superar las dificultades de comunicación entre instituciones de enseñanza, al mismo tiempo superar cuestiones inherentes a la práctica interdisciplinar .

El trabajo con grupos constituye, en este sentido, un espacio de trabajo horizontalizado que provoca cambios tanto en los usuarios como en los profesionales, necesitando que se considere tanto las condiciones objetivas/materiales como las subjetivas de todos los miembros envueltos.

Para Silveira (2003), de ese modo, los objetivos del grupo de adhesión se direccionan en tres vertientes: de los pacientes, de los profesionales de salud y de la institución. Particularmente, para los profesionales el trabajo con grupo se direcciona a los siguientes objetivos:

- favorecer la comprensión del concepto de salud ampliado y de los determinantes del proceso salud-enfermedad;
- desempeñar su papel de facilitador en el proceso de adhesión al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas;

- ampliar el repertorio de recursos para lidiar con los diferentes factores de la adhesión al tratamiento;
- promover la participación activa en la búsqueda de soluciones diferenciadas para las varias y complejas situaciones envueltas en el proceso de cuidar;
- integrar profesionales de salud de diferentes especialidades facilitando la interacción, ampliando la capacidad comunicativa y promoviendo la interdisciplinariedad;
- comprender la importancia de la actividad de grupo como recurso terapéutico;
- desarrollar acciones teniendo como objetivo la protección y promoción de la salud y la prevención de complicaciones. (SILVEIRA, 2003, p. 46).

Moscovici (1978) destaca que el hombre no absorbe los contenidos tales cuales le son repasados. Al contrario, según él, los sujetos los reformulan cuando con ellos se deparan. Esa reformulación ocurre principalmente debido al hecho del individuo ser activo y no meramente pasivo ante el mundo. Él (el individuo) puede a veces simplemente reproducir los significados recibidos, pero en otras, la apropiación que hace de la realidad pasa por un proceso de reorganización de los significados que les han sido suministrados.

Una de las maneras del individuo apropiarse de los aspectos de la realidad sería vía representación social, comprendida como una forma de conocimiento elaborado y compartido, teniendo una perspectiva práctica y concurriendo para la construcción de una realidad común a un conjunto social.

El grupo al introducir un grado de exigencia induce a la participación de los miembros, a la interrelación entre factores subjetivos y objetivos, a la dinamización de su comunicación, de cooperación y autonomía. El grupo pretende no solamente comprender sus condiciones de salud/enfermedad de los sujetos envueltos, pero también dar respuestas creativas a sus necesidades. Desempeña un papel educativo, constituye un espacio de aprendizaje, envolviendo la elaboración de los significados, sentimientos y relaciones.

Según Jodelet (1986) llama atención para la representación social desarrollada en el propio proceso de interacción social, particularmente en aquellas situaciones relativas a la difusión de los conocimientos. De acuerdo con el autor, las representaciones sociales

podrían ser consideradas, en un sentido más amplio, como una forma de pensamiento social, de la misma forma que ese puede todavía ser concebido como la realidad que es formulada por los sujetos de los diversos segmentos de una sociedad. Son esos significados compartidos que posibilitan la construcción de perspectivas comunes.

Frente a los desafíos colocados para actuarse en educación en salud, es importante traer para nuestra discusión la importancia del papel del trabajo en grupo en la valorización de la comprensión del proceso salud/enfermedad, pensando los sujetos en su totalidad.

De esta forma, debemos pensar en el grupo como una herramienta capaz de posibilitar la reflexión, permitiendo la discusión de temas que interfieren en las condiciones de salud de los usuarios. O sea, buscar comprender los condicionantes sociales que pueden influenciar en este proceso de padecimiento, reflexionando tanto sobre los aspectos objetivos como subjetivos que envuelven el cotidiano de los usuarios.

Según Carvalho (1982), hay un problema común y un obstáculo en la teoría de los grupos, que puede ser el propio grupo. Las principales dificultades son en relación a la ideología del grupo, la utilización de sus efectos y la dificultad en atribuir estabilidad a los resultados alcanzados.

(...) hay una notable convergencia, entre las diferencias técnicas de grupo, con relación a la función del grupo, cuanto al papel del monitor, cuanto a la manera por la que se representan los procesos en cuestión, cuanto al beneficio que de ellas se espera (CARVALHO, 1982, p. 94).

En las prácticas educativas, el coordinador y grupo, acaban por dividir un espacio, en el que todos pueden ser agentes de transformación de la realidad y constructores del conocimiento.

El grupo tiene condición de ser un objeto de construcción del conocimiento, en el momento en que sirve para identificar y analizar las situaciones de salud y de padecimiento de sus miembros, de esta forma puede servir como un instrumento para los usuarios apropiarse de la autonomía necesaria para decidir y dialogar con el profesional médico que le acompaña en su tratamiento.

En el grupo, la comunicación, el dialogo, es la forma fundamental para que se pueda conquistar la comprensión del proceso de padecimiento y, por consiguiente, indispensable para la difusión del proceso educativo, como actividad de soporte a los

programas de salud se constituye en recurso para establecer la confianza y la vinculación del usuario al profesional y al servicio de salud.

El conocimiento que se establece entre usuarios y trabajadores de salud es la base para la comunicación. Mediante el cambio de informaciones, se alteran creencias y valores, buscando acuerdos que orienten tanto a los profesionales cuando los usuarios, para que pueda alcanzar la atención de las reales necesidades de salud de estos últimos.

En este sentido, el grupo busca una revalorización de los saberes, buscando una relación y una discusión horizontalizada, democrática, teniendo como objetivo una transformación conjunta de los dos saberes.

En este sentido, se relativiza la importancia del saber formal, académico, y valoriza los conocimientos adquiridos en las experiencias de vida, en las diversidades culturales, valorizando los saberes, dentro de un proceso considerado como en permanente construcción.

Esta práctica de acción en salud presupone que los sujetos puedan ampliar el control sobre sus vidas a través de la participación en grupos contribuyendo para transformaciones en las realidades sociales y política.

Pero a pesar de los grupos ya ser considerados parte de los trabajos educativos en salud, todavía se procesa en carácter residual, visto las dificultades de formarse equipos cooperativos, como también de construir una cultura de aprensión del conocimiento a través de grupos.

A partir de la intersubjetivación y del diálogo sobre su vida, el usuario busca a ti mismo, dialogando y aprendiendo con el otro, despertando la conciencia para la reflexión sobre el conocimiento de su cuerpo y sobre los derechos de la que son portadores, despertando el poder de decisión, fortaleciendo las elecciones conscientes.

Aquí se refuerza la búsqueda por un espacio democrático, en el que el papel del usuario no es representado como

un objeto a ser transformado, pero como un sujeto interesado, consciente, participante. [...] Se pasa a acumular posibilidades de manosear instrumentos de indagación, de descubierta, de desvelamiento de la realidad social", colocándose en ese proceso, articulando las informaciones con el conocimiento que poseen sobre lo que están preguntándose (VASCONCELOS *apud* SANTOS, 2001, p.44).

El trabajo grupal proporciona un lugar de mayor acogimiento, donde el usuario es oído, en el que él podrá colocar sus dudas, dialogando con otros usuarios, con profesionales, en una aparcería, que valoriza la escucha y la construcción de la autonomía.

Un punto importante del trabajo con grupos es justamente poder proporcionar a los usuarios el ejercicio de su libertad de elección, espacio en el que pueden poner sus opiniones, trayendo cuestiones la ser compartidas, no importando se serán aceptas o no, pero libres para relacionarse unos con los otros, pero siempre buscando una reflexión acerca de la responsabilidad sobre sus elecciones.

La experiencia del grupo de educación y salud en las Villas Operarias de Vila Isabel

Como ya dicho anteriormente, el grupo realizado junto a moradores de las villas operarias de Vila Isabel se inscribe en las acciones implementadas por el “Proyecto Salud en la Villa” de DMIFC-HUPE-UERJ, en el que se busca atender la población del entorno del Hospital Universitario, teniendo como principios orientadores las directrices trazadas en la 8ª Conferencia Nacional de Salud, en el que la definición de salud va más allá de ausencia de enfermedad, pero incorpora necesariamente los condicionantes sociales como parte del proceso salud-enfermedad.

Este grupo aconteció durante diez lunes durante el año de 2008 en la Escuela Batistina Ferreira, local próximo de las Villas Operarias del barrio de Villa Isabel, con la participación de sus moradores.

Por ocurrir dentro de la universidad, esta experiencia tuvo acoplado a ella también la dimensión de la investigación. Así, se buscó a través de este proyecto analizar cual la efectividad de la práctica interdisciplinar en grupos operativos/reflexivos de educación en salud en comunidades, tomando como punto de partida la visión de los usuarios que participaron del grupo.

Este trabajo fue coordinado por un médico residente del DMIFC-HUPE y una asistente social del Programa de Atención a la Salud del Adulto (PASA-HUPE) y se orientó por los siguientes parámetros:

1. Público – objetivo

Individuos adultos (de 20 a 59 años) y Ancianos (60 o más años), portadores de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Obesidad, moradores de los callejones y villas operarias que componen la AMAVOC (Associação de Moradores e Amigos das Vilas Operárias Confiança) [Asociación de Moradores y Amigos de las Villas Operarias Confianza], situadas en el entorno de la antigua Fábrica de Tejidos Confianza (espacio hoy ocupado por un supermercado), en el barrio Villa Isabel, municipio de Rio de Janeiro – RJ.

2. Objetivos

Objetivo Geral

- Implantar acciones educativas en salud en las Vilas Operarias de Villa Isabel, teniendo como objetivo la prevención y promoción y acompañamiento de la salud por los propios sujetos envueltos en el proceso.

Objetivos específicos

- Reflejar en conjunto con el usuario el proceso salud-enfermedad;
- Posibilitar la reflexión ante comportamientos de riesgo;
- Movilizar para la participación en los Grupos Temáticos;
- Motivar el autocuidado;
- Fomentar la participación en foros representativos, congresos y demás eventos intra y extra-institucionales;
- Observar se el grupo atendió a los objetivos del usuario;

3. Metodología

Por envolver personas oriundas de las clases menos favorecidas que, por lo general, poseen un nivel educacional bajo, se buscó a continuación una metodología que proporcionara, simultáneamente, el examen del mayor conjunto posible de datos, informaciones y opiniones teniendo como punto de partida conocimientos existentes y la

utilización de esos conocimientos para la construcción de un cuadro de referencia relevante para los sujetos.

No podemos desvincular el objeto del proceso de trabajo en salud, de la realidad social, bien como de las particularidades de la cuestión social que determinan la anormalidad o patología, en el cuerpo humano.

Para dar cuenta de esta “red de relaciones”, que se hace presente en el cotidiano del hombre y que son determinadas por una realidad social específica, es necesaria una intervención que supere el binomio salud/enfermedad. Para tanto, es que se ha demandado el trabajo del asistente social como parte del proceso de trabajo en salud. Tal demanda se explica en función de la necesidad de un profesional cuya intervención procure asegurar la articulación “de las diversas esferas del SUS” y, las demás políticas sociales sectoriales, (COSTA, 2000), legitimándose, así, el trabajo del asistente social en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS).

Para Jodelet (2001), las representaciones son frutos de la interacción entre individuos, integrados en determinadas culturas que, al mismo tiempo, construyen y producen una historia individual y también producen una historia social.

De esa forma, la manera como los amigos, los familiares, conciben el padecimiento, sus posibles enfrentamientos y el proceso de búsqueda por un cambio en la calidad de vida, contribuye, conjuntamente con los datos de la experiencia individual, para la forma como el individuo va construyendo su representación de la patología que está enfrentando.

Los grupos operativos introducidos por el psicoanalista argentino Enrique Pichón Rincón, en 1957, en su famosa “Experiencia Rosario” (Pichón Rincón et al., 1960), se constituye en una forma de abordaje innovadora, una forma de pensar y operar en grupos que puede ser aplicado en diferentes tipos de grupos, en el que un conjunto de personas se identifican por un objetivo común para trabajar/reflexionar en equipo, a través de la organización de los procesos de pensamiento, comunicación y acción que ocurren entre los miembros del grupo. En este sentido, estos grupos supieron la técnica en sí, formando una ideología en la forma de agir y enfrentar las situaciones del cotidiano en el que están insertados, y, donde también ocurren las situaciones que precisan ser vivenciadas y superadas. De una cierta forma, los grupos operativos trabajan la concientización de los sujetos de la realidad vivida a fin, a través de la reflexión, poder superarla.

Fueron, así, esenciales para perfeccionar la metodología de trabajo, la lectura de bibliografía sobre la modalidad de trabajo con familias en comunidades y sobre trabajo con grupos, la fin de construir una base teórica sólida para dar soporte a los coordinadores del grupo en la realización del trabajo.

4. Etapas del Proceso

A- Condiciones esenciales:

- Elección de moderadores
- Selección de los participantes voluntarios con intereses y experiencias similares.
- Convite a los participantes.
- Logística: sala neutra, con sillas en círculo, situada a Rúa Silva Teles, dentro de la Escuela Municipal Batista Pereira.

B- Preparación de las reuniones:

- Definición del objetivo del taller;
- Definición y validación de las preguntas pues las mismas fueron llevadas a 5 o 6 personas del mismo nivel y especificidad del grupo nominal;
- Preparación del desarrollo del taller;
- Designación de los relatores del documento final.

C- Organización del grupo

- Presentación de los participantes
- Acuerdo de los horarios
- Presentación de las temáticas
- Enumeración de las respuestas
- Sistematización de las reuniones

- Duración prevista para cada edición del proyecto
- La duración será de diez semanas siendo un encuentro de dos horas por semana.

5. Recursos materiales

- Lápiz
- Papel pergamino
- Xerox de los textos utilizados en las dinámicas y para reflexión

6. Recursos humanos

- 1 Médico
- 1 Asistente Social

7. Encuentros

El trabajo en comunidades diferente del trabajo dentro de la institución permite al profesional no sólo conocer la realidad de sus usuarios, como también, percibir las potencialidades de cada local. En este sentido, al desarrollar el trabajo con grupos en comunidades el profesional tiene condiciones de estimular a los usuarios a la búsqueda de estrategias que estén a su alcance y muchas veces reivindicar que autoridades políticas suministren los servicios y equipos sociales necesarios.

Al participar de un grupo, cada sujeto tiene condiciones de expresar sus pensamientos, posibilitando a este sujeto enterarse de sus propias condiciones y de las condiciones de los otros, percibiendo que no está sólo en su condición de salud. En esta perspectiva, el trabajo en salud con grupos en las comunidades se constituye una herramienta para la apropiación de la crítica de los sujetos a respecto de sus condiciones de vida y salud.

En el caso del trabajo con grupos los miembros de la comunidad de las villas operarias de Villa Isabel, los usuarios pudieron beneficiarse con los cambios de experiencias que ocurren entre ellos y, también, con las contribuciones del profesional de

salud. De esa forma, el grupo pudo evaluar la necesidad de repensar sus actitudes en nivel individual y colectivo.

Los encuentros realizados han tenido la siguiente sistemática:

A - Primero Encuentro

Tema: discusión sobre lo que sería acordado entre los miembros del grupo, sobre su funcionamiento.

- Dinámica de calentamiento y presentación;
- Esclarecimientos sobre la estructura de las reuniones
- Presentación de los temas que serían desarrollados;
- Contratación de horarios;
- Discusión sobre la existencia de factores que podrían perjudicar el trabajo del grupo
- Evaluación del espacio conquistado por el equipo para las reuniones, confort y distancia de las habitaciones.

B – Segundo Encuentro

Tema: Movilizar los participantes a percibir como el proceso de padecimiento representa en sus vidas.

- Explanación y presentación de los objetivos del proyecto;
- Orientaciones generales con relación al proyecto;

C- Tercero Encuentro

Tema: adhesión a los remedios

- Comprender la dinámica de adhesión o no a los tratamientos propuestos
- Colaborar para una discusión males horizontal entre la equipe de salud y los usuarios

D – Cuarto Encuentro

Tema: proceso salud/enfermedad

- Movilizar los participantes a percibir cuanto el proceso de padecimiento representa en sus vidas.

E - Quinto Encuentro

Tema: Derechos de seguro social y consejos de salud

- Lo Construir una cultura de derechos y participación de los usuarios para la vida y para la comunidad.

F - Sexto Encuentro

Tema: HAS

- Explanar la definición general de las enfermedades, prevalencia estimada en Brasil, importancia del tratamiento y complicaciones

G – Séptimo Encuentro

Tema: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Obesidad

- Explanar la definición general de las enfermedades, prevalencia estimada en Brasil, importancia del tratamiento y complicaciones

H – Octavo Encuentro

Tema: Factores de Riesgo y Protección

- Empoderar los participantes con relación al concepto, importancia y conocimiento de los principales factores de riesgo y de protección a la Hipertensión Arterial Sistémica, DM2 y Obesidad

I – Nono Encuentro

Tema: Sándwich y Platos de Comida

- Traer la información de que un sándwich puede contener más calorías y poseer valor nutricional menor que un plato de comida

J – Décimo Encuentro

Tema: Encerramiento

- Reflexión sobre los puntos-llave discutidos a lo largo de los encuentros anteriores, retomando los puntos de mayor duda entre los participantes.

En estos diez encuentros versaban, por lo tanto, sobre diferentes temas y dinámicas, abarcando desde el acuerdo de como se realizaría las reuniones hasta cuestiones de ciudadanía y funciones y localización de los consejos de salud locales.

Hubo momentos de embates entre los miembros debido a posiciones políticas diversas, ya que tenemos en nuestro grupo personas ligadas a organizaciones no gubernamentales que viven en las villas operarias y participan del consejo distrital de salud.

Nuestro punto de partida fue la reflexión sobre el proceso salud enfermedad, en el que estaba inserido los temas relativos a hipertensión, a la obesidad y a la diabetes mellitus, los factores de riesgo y las posibles protecciones, la dificultad de adhesión al tratamiento. Mas, como preveníamos, durante las reuniones surgieron otros asuntos de interés del grupo que buscamos abordar, como derechos sociales – de seguro social y laborales-, esclarecimientos sobre otras enfermedades como Mal de Alzheimer, la cuestión de la religión, del acceso a los servicios de salud, etc.

Otro tema también recurrente en los encuentros del grupo fue la relación médico-paciente y su no transparencia, además de la falta de una escucha activa e interesada por parte de los médicos asistentes, que en la visión de los usuarios era entendida como falta de respeto y cuidado.

En acuerdo con nuestros presupuestos teóricos, buscamos hacer con que en las actividades, para además de los temas propuestos, fosen también valorizadas las

experiencias traídas por los usuarios. Con esto pretendemos demostrar que todo en nuestra vida tiene cierto sentido y aunque no percibamos estamos impregnados de teorías, sean ellas conservadoras o transformadoras, y que precisamos identificar lo que queremos para nuestro futuro. O sea, lo queremos es mantener lo que tenemos o, al contrario, buscar una transformación que altere no sólo nuestra condición biológica, pero otros aspectos de nuestra vida individual y colectiva

En los primeros encuentros fue difícil establecer un control del horario y mantener los compromisos pactados en el primer encuentro. Los temas previstos fueron, de modo general, trabajados a lo largo de los encuentros, pero algunos momentos polémicos ocurrieron logo en las reuniones iniciales, cuando tuvimos algunas dificultades, por ejemplo cuando la temática de la religión se ha traído por los miembros del grupo generando intensos debates.

Ese fuerte carácter religioso, de matriz evangélica, por varias veces ha atravesado las conversas en diferentes días de reunión del grupo. Esta peculiaridad reflexiona la forma como este grupo social vivencia el proceso salud/enfermedad, en el que, muchas veces, la justificativa de la no adhesión al tratamiento pasa por el fatalismo que se justifica por la religión.

No que esto sea un impeditivo, pero es una variable relevante cuando se trata de la adhesión o no al tratamiento/acompañamiento propuesto. Pero incluso teniendo este sesgo religioso, el grupo permitió que penetrásemos en el cotidiano de sus miembros pudiendo, así, percibir cual es la naturaleza de las justificativas que tranquilizan y crean la permisión necesaria para que justifiquen su no adhesión al tratamiento.

Todas las situaciones que han surgido precisaron ser negociadas, una a una, hasta que se llegara a un consenso, el que acabó por ocurrir en el cuarto encuentro. Con el pasar del tiempo, el grupo empezó a asimilar mejor nuestra propuesta y las contribuciones han aumentado. En algunos momentos jugamos las preguntas al grupo, y, en otros, dejamos el grupo fluir con mayor libertad, para que él propio pudiera construir sus límites y establecer los espacios de cada uno de sus miembros.

Así, se fue desarrollando una confianza mutua, que nos permitió entrar con temas que en principio algunos miembros del grupo presentaron cierta resistencia, como, por ejemplo, la cuestión del cambio en los hábitos alimentares.

En función de cuestiones personales tanto de los usuarios como de los coordinadores con la cuestión del cambio de hábitos alimentares y de la realización de ejercicios físicos regulares, percibimos en este momento que el grupo es un conjunto de usuarios de la salud y de facilitadores, pero que todos forman un cuerpo que se articula, se cuestiona y espera que todos tengan compromiso y comprometimiento con lo que se está difundiendo.

Discutimos todavía las cuestiones sanitarias de las casas de las villas operarias y trajimos el debate sobre el acceso a la red de salud, lo que proporcionó una evaluación de la atención del propio HUPE por los usuarios.

Del punto de vista de nuestra práctica profesional, percibimos que esa actividad en grupos en el área de la salud en la comunidad fue muy importante, pues enriqueció nuestro entendimiento sobre el cotidiano de los usuarios, sus necesidades singulares y colectivas en cuanto comunidad y amplió nuestra mirada sobre el proceso de padecimiento y su relación con las condiciones sociales de los sujetos concretos. Pudimos ampliar, así, nuestra mirada ante el cuidado en salud, del proceso de entendimiento del padecimiento humano y de las diversas maneras que se lidia con algunas cuestiones de salud y enfermedad.

Podemos pensar las actividades en grupos fuera de los muros del hospital como una de las estrategias posibles para propiciar la ampliación de la cobertura del HUPE, así, como una reorganización y reestructuración de los servicios ya existentes y mejoría de la red de apoyo y referencias, teniendo como objetivo principal los moradores de las villas de la antigua fábrica⁴ en Villa Isabel, buscando implementar las acciones orientadas a las personas con diabetes, obesidad, hipertensión arterial a través de acciones educativas orientadas a la prevención del padecimiento.

Al ser indagados sobre lo que el grupo trajera como beneficio, los usuarios colocaron ser este un espacio de escucha y acogimiento, donde pudieron cambiar experiencias comunes y exponer sus miedos y dudas sobre las enfermedades, pero, además, también pudieron conocer mejor los vecinos, muchos de los cuales sólo cumplimentaban por cortesía y que pasaron a tener un lazo afectivo más estrecho.

A pesar del equipo del hospital haber sido compuesto solamente por un médico y una asistente social, percibimos que la mirada diferenciada sobre la salud acabó por

⁴ El espacio donde era la fábrica es hoy ocupado por un supermercado perteneciente a una de las mayores redes del oficio de supermercados del país.

ocurrir, pero la propia dinámica del grupo ha proporcionado una visibilidad mayor para otras cuestiones que no son solamente las cuestiones biológicas. El objetivo fue mostrar que el proceso salud-enfermedad se constituye de diversos factores que deben ser llevados en consideración para que se consiga un abordaje integral de la salud.

Buscamos abordar el significado de cada uno de los temas propuestos, incluyendo las enfermedades y sus riesgos, las formas más atractivas de posibilitar su enfrentamiento, buscando durante todas las reuniones traer cuestionamientos sobre todas las dudas y las principales angustias de los usuarios para que los asuntos, aunque no fueran agotados, por lo menos fueran ampliamente discutidos.

Este nuestro propósito de tratar lo más ampliamente posible los temas fue importante, sobre todo, porque el trabajo concebido a partir de temas preestablecidos, lo que muchas veces puede ser un complicador para el trabajo educativo, pues ni siempre atiende a las expectativas de los usuarios.

Uno de los principales elementos mencionados por los usuarios durante las reuniones es que el grupo se puso con un espacio para una mejor comprensión de la patología de la que son portadores. Lo que percibimos es que los médicos en el cotidiano, examinan, receptan, informan cual es la patología, determinan la cantidad y horario de los medicamentos a ser tomados, pero no explican para los enfermos lo que sus patologías pueden causarles. Con esto, muchos de los usuarios no perciben la debida importancia del tratamiento y de la utilización correcta de los medicamentos para su calidad de vida, lo que acaba determinando una no adhesión al tratamiento. En esta cuestión, los grupos operativos cumplen un importante papel, pues funcionan como un espacio de socialización de informaciones sobre las condiciones sociales y físicas de las patologías que los usuarios poseen.

Observamos cómo hay un desconocimiento del cuerpo, atraillado a los desconocimientos de las formas de manifestación de las patologías. A eso se agregan creencias venidas de raíces socio-culturales de los usuarios. La casi totalidad de los moradores de la villa operaria vino del nordeste, lugar en que los bocados tienen muchos aderezos y acompañamientos que muchas veces interfieren en la medicación, a esto se agrega al costumbre de los tés caseros como solución para todos los “males del cuerpo”.

Estas creencias, aliadas al desinterés de los médicos frente a los dolores que los usuarios reclaman tener, crean en los usuarios el interés por la búsqueda de soluciones

“mágicas”, negando en alguna medida el saber de la ciencia, ya que este saber viene con un desinterés por él (usuario) como persona.

Para los usuarios el “poder del médico” se presenta en posturas autoritarias, que acaban por dejar los usuarios constreñidos cuanto a reclamar de los sufrimientos físicos, como también, miedo de mostrar que no están entendiendo lo que les está siendo explicado, reproduciendo de esta manera la relación asimétrica entre usuarios y médicos. Las declaraciones de usuarios del grupo transcritos a continuación son reveladoras de esa compleja tela de relaciones que se establece ente los médicos y los pacientes:

“¡No me gusta mucho preguntar las cosas en la consulta porque a los médicos no les gusta explicar... ellos siempre hablan muchas cosas que no entendemos... y también no explican bien!” (M., 48 años).

“Ah, para que yo voy a tomar remedio, todo mundo va a morir, el médico manda tomar, pero mira, no sirve de nada, continúo con dolor, ya hablé para él, pero él no presta atención”. (M.F., 52 años)

En las declaraciones de los usuarios también pudimos percibir el “miedo” ante la figura del médico. Esto es reforzado por el distanciamiento entre la ciencia médica y los que conocen por la experiencia de vida, esto es, no hay una búsqueda por lo que el saber popular tiene a ofrecer para complementar el saber científico y establecer con este una aparcería para mejorar la salud de las personas.

La organización de las acciones educativas en el área de la salud hoy todavía demuestra bastante fragilidad en la su operacionalización aliada a la falta de discusión más profundizada sobre los referenciales teóricos más adecuados para su estructuración. En los diferentes modelos asistenciales adoptados poco se discute sobre el tema de la educación y salud y principalmente sobre grupos educativos. Tal vez esto se deba incluso a la indefinición sobre lo que actuar y como trabajar, lo que resulta en la falta de clarezas teórico-metodológica para la organización y conducción de los grupos.

A pesar de la tentativa de superar la visión biomédica, la dificultad de implantación de un modelo que incorpore los determinantes sociales al proceso salud-enfermedad todavía encuentra resistencia junto a algunas áreas dentro del campo de la salud.

CONCLUSIÓN

Las actividades con acciones educativas en el área de la salud, todavía presenta una relativa fragilidad en su operacionalización, teniendo como objetivo la falta de discusión sobre los medios de acción, como también sobre los referenciales teóricos que se pretende utilizar. En lo que concierne a la discusión sobre los diferentes modelos asistenciales que disputan espacio en la salud.

La discusión sobre el tema de “*educación y salud*” y principalmente sobre grupos educativos abre espacio para que reflexionemos sobre como acción y teoría precisan mantener interlocución permanente que permita a los profesionales del campo de la salud, principalmente los que trabajan junto a las comunidades, permear su acción práctica por una concepción que supere el modelo biologicista, teniendo como horizonte la concepción de salud ampliada.

Creemos que trabajar con grupos operativos/reflexivos de forma interdisciplinar, en comunidades, reflexiona una de las posibilidades de transformarse efectivamente la realidad de las personas, posibilitando una mayor autonomía en relación al cuerpo y a la vida, construyendo ciudadanía como un derecho y la salud como una perspectiva de vida.

Sabemos que la política de salud actual se configura por proyectos antagónicos en disputa, lo que se reflexiona en las acciones asistenciales desarrolladas en el cotidiano de funcionamiento de los servicios de salud.

En este sentido, la defensa del proyecto de reforma sanitaria que incorpora la visión ampliada de la salud compete a la sociedad como un todo y a la categoría profesional de los asistentes sociales, la cual posee como uno de los principios fundamentales de su Código de Ética Profesional el “Posicionamiento en favor de la equidad y justicia social, que asegure universalidad de acceso a los bienes y servicios relativos a los programas y políticas sociales, bien como su gestión democrática”.

Y, a nuestro ver, el trabajo de educación en salud en la forma de grupos en comunidades es una de las estrategias posibles de defensa de una política de salud universal, integral y igualitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, Roberto Fernando de. Grupos: o que se passa neles? O que são?. In: BAREMBLITT, G. (org) **Grupos: teoria e técnicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- COSTA, Maria Dalva H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 62, março de 2000.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S. A., 1989.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (org). **Psicología social**. Barcelona: Paidós, 1986, v.1. p. 469-494.
- _____. (org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. **Medicina social aspectos históricos e teóricos**. Global Editora, 1983.
- MENDONÇA, E. A. P. Grupos de sala-de-espera na saúde: sobre o que atuar. **Em Pauta** Revista da Faculdade de Serviço Social da Uerj, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 109-130, 1997.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- OLIVEIRA, N.G., Serviço Social Com Grupos: Uma Experiência Em Uma Equipe Multidisciplinar No Hospital Universitário Pedro Ernesto, In: 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, 2007, Foz do Iguaçu. Anales del 12º Congreso Brasileiro de Asistentes Sociais - CBAS. Brasília-DF : Consejo Federal de Servicio Social, 2007.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- SANTOS, C.C.R. **O serviço social e o trabalho coletivo: uma abordagem sobre a ampliação e a universalização dos direitos sociais**. Trabalho de Conclusão de Curso, UERJ, Rio de Janeiro, 2001.p.44.
- SILVA PINTO, Fernanda Milliet. **Grupo conviver: as atitudes favoráveis de um facilitador**, septiembre/ 2004.
- SILVEIRA, L.M.C. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) UFRJ. Rio de Janeiro, 2003.
- SOUZA, A. S.; MOURÃO, A. M. A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 4, n.10, 2002.
- TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. O Programa Saúde da Família, o serviço social e o Canto do Rouxinol. IN: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar.** Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.