

Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 2 | FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MÓDULO 07

Abordagem comunitária

2ª edição



Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 2 | FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE

MÓDULO 07

Abordagem comunitária

2ª edição

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
2023



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Instituições patrocinadoras:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Secretaria-Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Departamento de Saúde Pública (UFSC)

Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal de Santa Catarina – (UNASUS-UFSC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a

Brasil. Ministério da Saúde.

Abordagem comunitária [módulo 7] / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. - 2. ed. - Brasília : Fundação Oswaldo Cruz, 2023.

Inclui referências.

110 p. : il., tabs. (Projeto Mais Médicos para o Brasil. Ferramentas da medicina da família e comunidade ; 2).

ISBN: 978-65-84901-46-9

1. Composição Familiar. 2. Medicina de família. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS. I. Título II. Universidade Federal de Santa Catarina. III. Série.

CDU 610

Bibliotecária: Juliana Araujo Gomes de Sousa | CRB1 3349



Ficha Técnica

© 2023. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de São Paulo.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

Referência bibliográfica

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Abordagem comunitária [módulo 7]. 2. ed. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Eixo 2: ferramentas da medicina de família e comunidade. Brasília: Ministério da saúde, 2023. 84 p.

Ministério da Saúde

Nísia Trindade Lima | *Ministra*

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Nésio Fernandes de Medeiros Junior | *Secretário*

Departamento de Saúde da Família (DESF)

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas | *Diretora*

Coordenação Geral de Provimento Profissional (CGPROP)

Wellington Mendes Carvalho | *Coordenador*

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Mario Moreira | *Presidente*

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Maria Fabiana Damásio Passos | *Secretária-executiva*

Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Projetos e Programas (UNA-SUS)

Alysson Feliciano Lemos | *Coordenador*

Assessoria de Planejamento (UNA-SUS)

Aline Santos Jacob

Assessoria Pedagógica (UNA-SUS)

Márcia Regina Luz

Sara Shirley Belo Lança

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS

Paula Zeni Miessa Lawall

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

Rodrigo Pastor Alves Pereira

Validadores da Coordenação Geral de Garantia dos Atributos (CGGAP/DESF/SAPS)

Beatriz Zocal da Silva

Amanda Firme Carletto

Michelle Leite da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Irineu Manoel de Souza | *Reitor*

Centro de Ciências da Saúde

Prof. Fabricio de Souza Neves | *Diretor*

Departamento de Saúde Pública

Prof. Rodrigo O. M. Pires | *Chefe de departamento*

Coordenação da UNA-SUS/UFSC

Sheila Rubia Lindner | *Coordenadora*

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**Coordenação da UNA-SUS/UFSC**

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Departamento de Saúde Pública

Endereço: Campus Universitário – Trindade – Florianópolis/SC

CEP: 88040-900

Telefone:(48) 3721-9388

secretariaab2017@gmail.com

<https://unasus.ufsc.br/>

..

Créditos

Revisor Técnico-Científico UNA-SUS

Débora Carvalho Ferreira
Paula Zeni Miessa Lawall
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima
Rodrigo Pastor Alves Pereira

Designer Gráfico UNA-SUS

Claudia Schirmbeck

Apoio Técnico UNA-SUS

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) – UNA-SUS

Phillipe de Freitas Campos
Juliana Araujo Gomes de Sousa
Tainá Batista de Assis

Engenheiro de Software UNA-SUS

José Rodrigo Balzan
Onivaldo Rosa Júnior

Desenvolvedor de Moodle UNA-SUS

Claudio Monteiro
Jaqueline de Carvalho Queiroz
Josué de Lacerda Silva
Luciana Dantas Soares Alves
Lino Vaz Moniz
Márcio Batista da Silva
Rodrigo Mady da Silva

Coordenador Geral

Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFSC

Carolina Carvalho Bolsoni
Thays Berger Conceição

Conteudista

Giovana Bacilieri Soares
Flávia Henrique
Carolina Carvalho Bolsoni
Dalvan Antônio de Campos

Designer Gráfico UNA-SUS/UFSC

Nicole Alessandra Geller

Designer Instrucional

Pedro Paulo Delpino Bernardes
Soraya Medeiros Falqueiro

Ilustrador de EaD

Naiane Cristina Salvi
Paulo Alexsander Godoi Lefol

Coordenação Executiva - UNA-SUS/UFSC

Eurizon de Oliveira Neto
Gisélida Garcia da Silva Vieira

Equipe de Planejamento e Desenvolvimento do Eixo - UNA-SUS/UFSC

Elza Berger Salema Coelho
Dalvan Antônio de Campos
Deise Warmling
Patrícia Dias de Castro
Sabrina Blasius Faust

Assistente de Secretaria - UNA-SUS/UFSC

Mariah Silva Guzman
Zeno Carlos Tesser Junior

Apoio de Produção - UNA-SUS/UFSC

Faústo Lucini Saavedra

Assistente de Produção - UNA-SUS/UFSC

Gabriel Donadio Costa

Produção de Mídias - UNA-SUS/UFSC

André Felipe Morro

Revisor e validador - UNA-SUS/UFSC

Elza Berger Salema Coelho
Sheila Rubia Lindner

Desenvolvedor HTML - UNA-SUS/UFSC

Jean Marcos da Silva

Plotagem de Material HTML - UNA-SUS/UFSC

Dalvan Antônio de Campos
Thays Berger Conceição

Plotagem de Material PDF - UNA-SUS/UFSC

Carolina Carvalho Bolsoni

Trilha de aprendizagem - UNA-SUS/UFSC

Deise Warmling
Sabrina Blasius Faust

Suporte de TI - UNA-SUS/UFSC

Tcharlies Dejandir Schmitz



Objetivo geral de aprendizagem do módulo

O profissional, ao completar os estudos deste módulo, deverá ser capaz de compreender o desenvolvimento de diagnóstico social da comunidade, bem como os principais conceitos da educação popular e de atividades de grupo na APS.

Objetivo de ensino do módulo

Este módulo abordará aspectos da territorialização e do diagnóstico social, principais indicadores de saúde, desafios e potencialidades do território, bem como os principais aspectos da educação popular em saúde e as possibilidades de realização de grupos na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de subsidiar o profissional na realização dessas ações no seu contexto de trabalho.

Carga horária de estudo recomendada para este módulo

Para estudar e apreender todas as informações e definições abordadas, bem como trilhar todo o processo ativo de aprendizagem, estabelecemos uma carga horária de 30 horas para este módulo.



Apresentação do módulo

Olá, caro profissional.

Seja bem-vindo ao módulo de Abordagem Comunitária. Este módulo foi elaborado para proporcionar uma reflexão sobre como identificar as demandas em saúde da população por meio do diagnóstico e planejamento das necessidades sociais, promover a educação popular em saúde e a participação social, bem como implementar estratégias de intervenção, por meio da abordagem coletiva com a implementação de grupos.

O módulo está dividido em três unidades. Na primeira, exploraremos o diagnóstico situacional de saúde da comunidade e como realizar o planejamento estratégico situacional. Nesta unidade traremos ferramentas úteis na identificação de problemas e necessidades da comunidade, ressaltando a importância da participação dos usuários neste processo.

A segunda unidade apresentará os conceitos de educação popular em saúde, participação popular e intersetorialidade. Estudaremos sobre a inserção da educação popular em saúde e a realização das ações intersetoriais para a abordagem comunitária, no âmbito da atenção primária.

Na terceira unidade, o trabalho em grupos é apresentado como possibilidade de intervenção coletiva na comunidade. Serão detalhadas orientações para formação dos grupos, suas classificações, finalidades, dinâmicas de funcionamento e formas de avaliação das atividades.

Esperamos que este módulo contribua com sua atuação profissional em relação à abordagem comunitária na atenção primária.

Desejamos bons estudos a você!



Sumário

1. Diagnóstico de saúde da comunidade	12
1.1 Território e a saúde	13
1.1.1 Territorialização	15
1.1.2 Articulação com o controle social	16
1.1.3 Sistemas de georreferenciamento	18
1.2 Diagnóstico comunitário da saúde	19
1.2.1 Diagnóstico de demanda	21
1.2.2 Estimativa rápida participativa	23
1.3 Planejamento para abordagem comunitária na APS	25
1.3.1 Planejamento Estratégico Situacional (PES)	26
1.3.1.1 Identificação e priorização de problemas (Momento explicativo)	27
1.3.1.2 Plano para resolução dos problemas (Momento normativo)	28
1.3.1.3 Análise de viabilidade das metas definidas (Momento estratégico)	30
1.3.1.4 Aplicação, monitoramento e avaliação (Momento tático-operacional)	30
1.3.2 Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)	31
1.3.3 Processo de planejamento na APS	33
Encerramento da unidade	34
2. Educação popular em saúde e trabalho intersectorial	36
2.1 Educação Popular em Saúde	37
2.1.1 Política Nacional de Educação Popular em Saúde	37
2.1.2 Educação popular em saúde e participação popular	39
2.2 Ações intersectoriais de saúde com base no diagnóstico comunitário	45
2.2.2 Ações educativas para o empoderamento do autocuidado em saúde	48
Encerramento da unidade	49
3. Grupos na atenção primária	50
3.1 Formando grupos	51
3.1.1 Critérios de inclusão/indicação dos usuários	54
3.1.2 Critérios de exclusão dos usuários	56
3.1.3 Inclusão dos participantes no planejamento de grupos	57

3.1.4 Regras do jogo terapêutico	57
3.1.4.1. Comunicação no grupo	59
3.1.4.2 Abordagem ética na construção e condução de grupos	60
3.2 Classificação dos grupos	62
3.2.1 Classificação da constituição dos grupos	62
3.2.1.1 Grupos abertos ou fechados	62
3.2.1.2 Grupos homogêneos	63
3.2.1.3 Grupos heterogêneos	66
3.2.2 Classificação da finalidade dos grupos	67
3.2.2.1 Ajuda mútua (autoajuda)	67
3.2.2.2 Psicoeducativos	67
3.2.2.3 Operativos	68
3.2.2.4 Dinâmica de grupo	69
3.3 Avaliação dos resultados do grupo	69
Encerramento da unidade	71
Encerramento do módulo	72
Referências	73
Biografia dos conteudistas	82

UNIDADE 01

Diagnóstico de saúde da comunidade

Objetivo de aprendizagem da unidade

Ao final desta unidade, você deverá reconhecer a territorialização como ferramenta de planejamento de ações nos serviços de saúde, considerando o controle social, a fim de programar as abordagens no âmbito comunitário.

Objetivos específicos de aprendizagem da unidade

- Caracterizar o território para o planejamento de ações de abordagem comunitária.
- Apresentar aspectos da participação da comunidade e do controle social na abordagem comunitária.
- Descrever as formas de se fazer um diagnóstico comunitário.
- Descrever as etapas do processo de planejamento para abordagem comunitária na APS.

Introdução da unidade: Nesta unidade, vamos aprofundar conhecimentos sobre o diagnóstico em saúde com foco no trabalho das equipes de saúde na atenção primária. Estudaremos os conceitos de território e territorialização, a relevância deste instrumento para o reconhecimento das demandas em saúde da comunidade, bem como a inserção da participação social neste processo e da utilização de tecnologias como sistemas de georreferenciamento. Em seguida, estudaremos instrumentos importantes da abordagem comunitária como o diagnóstico comunitário, diagnóstico de demanda e a estimativa rápida participativa. Após detalhar o processo de diagnóstico e reconhecimento da comunidade, vamos aprender sobre o planejamento em saúde e algumas propostas para aplicação na equipe de atenção primária. Acompanhe.

1.1 TERRITÓRIO E A SAÚDE

O termo território é de natureza interdisciplinar, utilizado e discutido em diversos campos do conhecimento, como a Geografia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Ecologia e a Saúde. Além do componente relacionado à dimensão material do espaço físico delimitado, incorpora aspectos sociais, econômicos e culturais das populações que vivem nele. Pode ser pensado em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da área adscrita, da microárea e, até, da casa (GODIN; MONKEN, 2008).

Desta forma, compreende-se o território como um espaço limitado político-administrativamente ou por meio de ação de grupos sociais, em que se constroem e exercitam os poderes do Estado e dos cidadãos com relevância para a definição estratégica de políticas públicas.



Lembre-se!

O território é relativamente homogêneo, resultado de uma produção histórica capaz de gerar uma identidade própria e de evidenciar os problemas e as necessidades sociais e de saúde.

O ambiente onde se vive influencia nos hábitos, comportamentos e na qualidade de vida da população. A depender das características físicas, sociais, culturais e econômicas presentes no território observa-se diferentes perfis de morbimortalidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

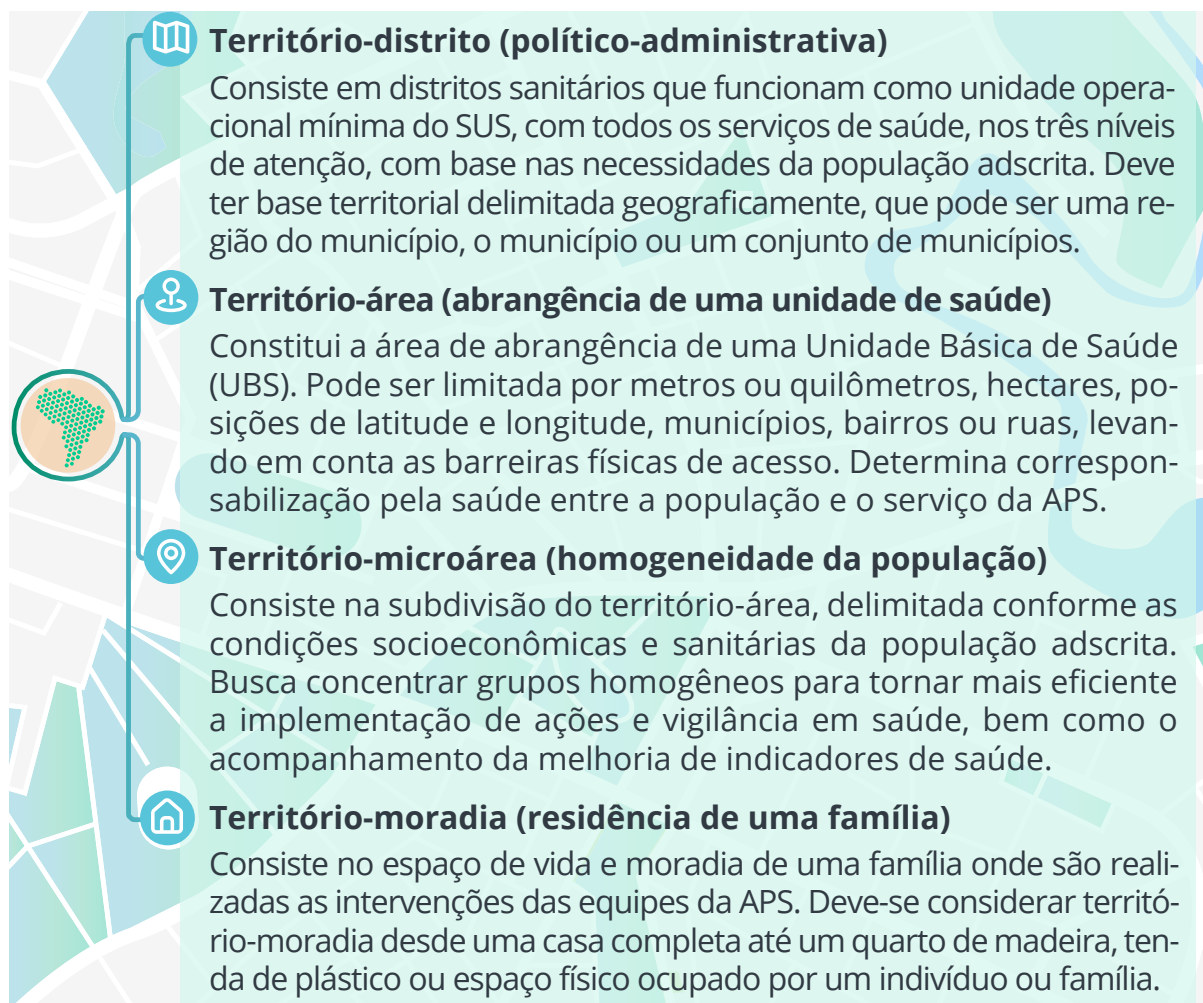
A utilização dos territórios nos sistemas de saúde tem sua primeira formalização na organização em redes regionalizadas proposta na Inglaterra, em 1920, pelo Relatório Dawson. O relatório foi demandado pelo governo inglês a partir das alterações no sistema de proteção social no pós Primeira Guerra Mundial, e a necessidade de fornecer serviços de saúde suficientes para toda a população de determinada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A partir disso, passou-se a difundir a ideia da disponibilização dos serviços a partir do planejamento com base nas demandas de cada território e população adscrita, sendo proposta uma rede de atenção com base em serviços domiciliares desenvolvidas a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio de outros serviços e níveis de atenção.





A organização em redes regionalizadas e hierarquizadas, com base em territórios, foi adotada, ao longo do último século, por todos os países que desenvolveram sistemas nacionais de saúde baseados em princípios como a universalidade, equidade e integralidade. Destaca-se que foram realizadas adaptações às características específicas das nações, principalmente no que tange à organização política e administrativa dos territórios (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro propõem ações e serviços de saúde integrados em rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Na APS o território é compreendido como uma unidade geográfica única para construção descentralizada do sistema de saúde na execução das ações de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2017a).

Podemos definir quatro tipos de território, conforme descrito a seguir.



The infographic is set against a background of a stylized map of Brazil. It features four entries, each with a circular icon and a text box. The icons are: a book for the first entry, a person for the second, a location pin for the third, and a house for the fourth. A vertical line connects these icons on the left side of the text boxes.

-  **Território-distrito (político-administrativa)**
Consiste em distritos sanitários que funcionam como unidade operacional mínima do SUS, com todos os serviços de saúde, nos três níveis de atenção, com base nas necessidades da população adscrita. Deve ter base territorial delimitada geograficamente, que pode ser uma região do município, o município ou um conjunto de municípios.
-  **Território-área (abrangência de uma unidade de saúde)**
Constitui a área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Pode ser limitada por metros ou quilômetros, hectares, posições de latitude e longitude, municípios, bairros ou ruas, levando em conta as barreiras físicas de acesso. Determina responsabilização pela saúde entre a população e o serviço da APS.
-  **Território-microárea (homogeneidade da população)**
Consiste na subdivisão do território-área, delimitada conforme as condições socioeconômicas e sanitárias da população adscrita. Busca concentrar grupos homogêneos para tornar mais eficiente a implementação de ações e vigilância em saúde, bem como o acompanhamento da melhoria de indicadores de saúde.
-  **Território-moradia (residência de uma família)**
Consiste no espaço de vida e moradia de uma família onde são realizadas as intervenções das equipes da APS. Deve-se considerar território-moradia desde uma casa completa até um quarto de madeira, tenda de plástico ou espaço físico ocupado por um indivíduo ou família.

Fonte: adaptado de Borges e Taveira (2019).

Essas delimitações almejam disponibilizar serviços dinâmicos com base nas características socioeconômicas, culturais, ambientais e epidemiológicas dos territórios e populações adscritas, sendo a gestão e a execução dos serviços da APS responsabilidades dos municípios, com apoio dos estados e da União.

Também com base na organização territorial são formadas as Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a). Para garantir os serviços, devem conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - Atenção primária;

II - Urgência e emergência;

III - Atenção psicossocial;

V - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - Vigilância em saúde.

As regiões de saúde são espaços territoriais delimitados e contínuos, identificadas e pactuados pelos gestores municipais e estaduais, com participação do controle social, para disponibilização compartilhada de serviços de saúde.

Percebe-se que o território influencia tanto no processo de saúde-doença dos indivíduos, famílias e grupos populacionais, quanto na organização dos serviços e das ações de saúde na APS e nos demais níveis de atenção para composição da rede de atenção à saúde. Vamos aprofundar o tema a seguir, acompanhe.

1.1.1 Territorialização

O SUS é baseado na atenção territorializada, por meio de redes regionalizadas e com coordenação da APS. O processo de trabalho neste nível de atenção exige conhecimento apropriado do território e da população adscrita considerando sua dinâmica, relações sociais, necessidades específicas, problemas de saúde e inter-setoriais (BRASIL, 2017a).

As dimensões dos territórios adscritos variam de acordo com a densidade populacional do município, sendo que a população sob responsabilidade das equipes de Atenção Primária (eAP 2500) ou de Saúde da Família (eSF), pode variar de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada em um mesmo território conforme recomendado pela PNAB 2017 (BRASIL, 2017a).

A territorialização consiste no reconhecimento do território e das relações entre fatores ambientais, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde (BORGES; TAVEIRA, 2019). Trata-se de um processo contínuo que pressupõe a construção de vínculos de pertencimento entre população, profissionais e serviços de saúde, sendo centrais para mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias (FARIA, 2019).



Deste modo, mais do que um olhar externo, suscita-se a necessidade de habitar o território, fazer parte dele enquanto profissional da saúde, explorá-lo, ser sensível às suas mudanças para reconhecer a realidade daquele espaço e suas influências na saúde da população.

Por meio da territorialização produz-se informações quantitativas e qualitativas mais fidedignas sobre as condições de vida e de saúde da população adscrita. Assim, subsidia a identificação das necessidades e principais problemas da comunidade que irão direcionar o planejamento em saúde e o estabelecimento de ações adequadas ao contexto, tornando-as mais resolutivas. Além disso, possibilita a continuidade das ações de vigilância em saúde da população adscrita (FARIA, 2019).



Lembre-se!

a identificação dos problemas de saúde na comunidade, bem como o acompanhamento da sua redução, depende de coleta sistemática dos dados e análise das informações provenientes dos atendimentos na UBS, idas ao território e sistemas de informação.

A territorialização é uma ferramenta indispensável para o bom desenvolvimento da prática da medicina com enfoque na saúde da família e comunidade (LOPES; DIAS, 2019), conforme os princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC), descrito a seguir:

- O médico de família e comunidade deve responder à dinâmica do território e à diversidade de situações clínicas, conforme as necessidades das pessoas, famílias e comunidade, utilizando, a partir de critérios objetivos, os recursos disponíveis e a rede de serviços secundários e terciários.
- O médico de família e comunidade deve assegurar melhorias nas condições de saúde das pessoas, família e comunidade adscritas, especialmente para aquelas com maior risco social, mediante o planejamento, monitoramento e avaliação de ações de prevenção e promoção à saúde, individuais e coletivas.

Deste modo, a atuação do médico na APS tem como base o contato próximo e contínuo com a população, bem como o conhecimento profundo das características dos territórios adscritos para o planejamento e desenvolvimento de ações resolutivas.

1.1.2 Articulação com o controle social

O controle social no campo da saúde consiste na participação ativa da população nos processos decisórios e rumos dos serviços de saúde pública no âmbito local, municipal, estadual e federal. O SUS foi a primeira política pública brasileira a incluir constitucionalmente a participação da comunidade como uma de suas diretrizes (ROLIM *et al.*, 2013; BRASIL, 1990a).

A participação está incluída em todas as esferas de gestão do SUS e institucionalizada por meio dos conselhos e das conferências de saúde, além das audiências públicas e comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990b).

Considera-se uma das formas mais avançadas de democracia, visto que estabelece uma relação próxima entre o Estado e a sociedade. Ou seja, as decisões sobre as ações na saúde sempre são negociadas com os representantes da sociedade, tornando as ações do sistema de saúde mais adequadas às necessidades da população brasileira (ROLIM *et al.*, 2013).



Aprofunde seus conhecimentos sobre o controle social no SUS acessando o manual desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde, disponível no link: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf

No contexto da APS, o controle social deve ser estimulado não só nos espaços formais dos conselhos locais e municipais, mas principalmente no cotidiano do serviço de saúde. É importante promover espaços de participação da comunidade no processo de territorialização, diagnóstico comunitário, priorização de problemas, planejamento, execução e avaliação das ações. Essa integração faz com que as ações desenvolvidas pelas equipes estejam contextualizadas com as necessidades da população adscrita (BRASIL, 2017b).

Deve-se destacar o papel da academia como elemento potencialmente alavanca-dor do controle social, geralmente operacionalizado por ações lideradas por docentes e estagiários dos cursos da saúde ou por preceptores e residentes em medicina de família e comunidade ou de residências multiprofissionais ou mediante representatividade desses atores sociais nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.



Conheçam uma experiência sobre o papel de residentes multiprofissionais em saúde da família com o Conselho Local de Saúde pelo artigo “Reflexões de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família sobre o processo de reativação de um Conselho Local de Saúde.”, de Guilherme et al., disponível no link a seguir: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/250>

Deve-se reconhecer que vários atores constituem o território e que esses não estão restritos aos limites geográficos estabelecidos. Assim, a identificação e articulação com as lideranças comunitárias permite acesso a informações sobre as mudanças ocorridas nos territórios e na comunidade – que são dinâmicas e por vezes difíceis de serem acompanhadas no cotidiano de trabalho dos profissionais na APS – relevantes no processo de saúde e adoecimento.



Conheça alguns avanços e desafios no artigo “O SUS em Embu-Guaçu: construção de um modelo de gestão colegiada e participativa de Isabel Fuentes e Maria Dalva dos Santos, disponível no link: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009714/bis_19_suplem_site-69-72.pdf

1.1.3 Sistemas de georreferenciamento

O trabalho na perspectiva do território demanda o uso de ferramentas de georreferenciamento para organização das informações de saúde da comunidade de maneira visível em mapas ou esquemas. O georreferenciamento consiste no processo de associação de dados sobre determinado endereço a um ponto, uma linha ou uma área para a criação de elementos gráficos para análise espacial (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010).

Na construção do mapa do território é comum o uso da cartografia como ferramenta para apresentação visual de estatísticas, características ambientais e de localização relevantes para o trabalho em saúde. As informações obtidas na territorialização são representadas de forma que possa ser facilmente identificada e monitorada pela equipe de saúde (BORGES; TAVEIRA, 2019).

REFLEXÃO

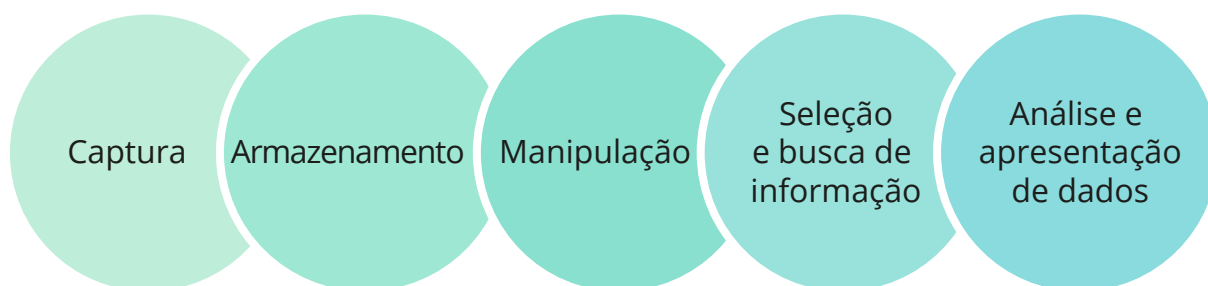


Na UBS que você atua existe um mapa do território? As informações contidas nele estão atualizadas? Caso ainda não exista, você pode planejar a construção dele com sua equipe, além de elaborar formas de deixá-lo sempre atualizado.

Os mapas devem delimitar os limites dos territórios área e microárea, podendo também apresentar os territórios moradia. Em geral são construídos de forma estática, com a identificação dos locais relevantes na comunidade, dados demográficos e epidemiológicos da população sobre a respectiva área do mapa referente à área de abrangência.

Destaca-se que já existem algumas experiências brasileiras na área da saúde utilizando os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010). Devido à dinamicidade das informações alocadas na base digital, essas são de grande utilidade para os gestores e profissionais da saúde no trabalho de territorialização e de vigilância em saúde (BRASIL, 2006a).

Por meio dessas ferramentas é possível integrar operações como as descritas a seguir.



Fonte: adaptado de Müller; Cubas; Bastos (2010).

Também auxiliam na compreensão dos eventos, predição, tendência e permitem simular situações, planejamentos e definições de estratégias para modificação no território dos indicadores de saúde.

Nesse sentido, ferramentas gratuitas de visualização e edição de mapas têm auxiliado na criação dos SIG na APS, pois apresentam visibilidade geográfica das áreas e permitem a inclusão de informações como: residência de pessoas com deficiência física, residências com pessoas com doença que exigem acompanhamento domiciliar, área de difícil acesso, barreiras físicas, áreas públicas de lazer e prática de atividade física, entre outras (BORGES; TAVEIRA, 2019).

Ademais, o georeferenciamento no contexto de diagnóstico de saúde no território pode se beneficiar de mapas das vulnerabilidades como áreas de maiores riscos de deslizamentos, inundações, secas, ondas de calor, poluição do ar, dengue, Covid19 (ex.: <https://prefeitura.pbh.gov.br/bhgeo>). Assim, no processo de aplicação dos conceitos de territorialização da área onde se localiza a Unidade Básica de Saúde, o especializando poderia buscar conhecer e fazer uso de ferramentas de georreferenciamento.

Ainda existem barreiras técnicas de uso e de acesso à internet no que tange à utilização dessas ferramentas pelos profissionais, bem como os recursos físicos e tecnológicos necessários para a implementação dos SIG de forma abrangente na APS. Entretanto, essa é uma forma eficiente e dinâmica para o acompanhamento e a atualização das informações em saúde da comunidade.

1.2 DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DA SAÚDE

O processo de territorialização deve ser acompanhado de outras informações para que seja realizado um diagnóstico comunitário da saúde, elemento central para reflexão sobre o cotidiano do serviço de saúde (BRASIL, 2017b). Sendo assim, recomenda-se que seja feito antes da implantação da equipe ou em até três meses pós-implantação (RIBEIRO *et al.*, 2012).

O diagnóstico é dinâmico, e assim demanda construção e avaliação periódica pela equipe multiprofissional, incluindo representantes da comunidade local (TOMASI; SOUZA; MADUREIRA, 2018). Confira seus objetivos a seguir!

Objetivos do diagnóstico

- ▶ Identificar os problemas da comunidade;
- ▶ Estabelecer as prioridades;
- ▶ Observar os fatores que limitam o desenvolvimento das atividades;
- ▶ Instruir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas;
- ▶ Reconhecer a realidade para um planejamento adequado.

Fonte: adaptado de Bastos, Bastos e Caballero (2019).

Pode-se utilizar ferramentas e metodologias variadas para sua construção, sendo adequadas aos diferentes contextos. Lembre-se de sempre focar no estabelecimento de metas e resultados, por meio de indicadores (BASTOS; BASTOS; CABALLERO, 2019). Além disso, é importante adequar o diagnóstico comunitário das equipes aos indicadores pactuados pelo município, para possibilitar o acompanhamento dos impactos sob a atenção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2012). Acompanhe as etapas para o diagnóstico comunitário.

Definir os objetivos

Refletir junto a equipe e comunidade quais são os desejos para a situação de vida e saúde da população adscrita, quais serviços deseja e onde querem chegar enquanto serviço de saúde.

Listar informações ou dados a coletar

Definir quais variáveis mensuráveis serão coletadas. Por exemplo: número de crianças por família; casais que fazem planejamento familiar; famílias com tratamento de água e esgoto; menores de 5 anos acompanhados por programas; doenças específicas no território; equipamentos públicos no território.

Definir métodos

Escolher as fontes de dados utilizadas e a forma de coleta e elaborar instrumentos (questionários, entrevistas, tabelas), quando necessário.

Coletar os dados

Conforme definido nos métodos, coletar os dados para construção do diagnóstico. Dependendo das fontes de dados esta etapa exigirá visitas às famílias no território, disponibilização de tempo nas consultas para coleta e conhecimento dos sistemas de informação em saúde utilizados.

Analisar e interpretar os dados

Descrever os dados para transformá-los em informações úteis ao planejamento. Construir gráficos, tabelas, mapas e listas com os problemas, necessidades e recursos identificados. Indentificar os grupos de risco, fatores sociais, crenças, costumes, hábito locais, etc.

Fonte: adaptado de Bastos, Bastos e Caballero (2019).

Para a realização do reconhecimento do território no diagnóstico comunitário da saúde, é fundamental reconhecer as tecnologias existentes para sua construção. Destaca-se o uso de indicadores de saúde para mensurar as condições de vida e saúde da população adscrita. Os principais dados para composição desses indicadores podem ser obtidos por meio de inquéritos ou por meio de fontes secundárias, tais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as Secretarias de Saúde, os sistemas de informação em saúde incluindo o e-SUS APS e outros encontrados no e-Gestor AB.

As significativas desigualdades sociais e iniquidades em saúde no Brasil impactam a saúde individual e coletiva. A mensuração das desigualdades e das iniquidades em saúde podem ser representadas por dados desagregados por agrupamentos de domicílios. Um exemplo importante seria o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), uma caracterização de áreas mais vulneráveis à partir de 16 critérios classificados em três dimensões: 1) infraestrutura urbana; 2) capital humano; e 3) renda e trabalho (BRASIL, 2021) e o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVSaúde) (PEIXOTO *et al.*, 2020).

O e-SUS APS corresponde a um conjunto de ações realizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de reunir e organizar a gestão da informação na atenção primária por meio da informatização do SUS. As informações dos usuários encontram-se unificadas e sistematizadas, facilitando o acesso. O e-SUS possui dois componentes: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sistema nacional; e o e-SUS AB, sistema utilizado nas UBSs. Assim, tem-se o registro de cada



Diagnosticar a situação social e de saúde de territórios e de comunidades como nos aglomerados subnormais da região metropolitana de Belo Horizonte (http://www.agenciarmbh.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Aglomerados-Subnormais_RMBH_AGENCIA-RMBH_R01.pdf) ou por vulnerabilidade epidêmica durante a pandemia da Covid19 em Salvador (BA) (<http://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2021/08/Nota-Tecnica-%E2%80%93-Indice-de-Vulnerabilidade-Epidemica-e-a-epidemia-de-COVID-19-no-municipio-de-Salvador-Bahia.pdf>) auxilia o planejamento e formulação de intervenções que provoquem mudanças nas condições de vida das pessoas, reduzindo as desigualdades sociais e, por consequência, as iniquidades em saúde.

indivíduo, bem como dos seus respectivos atendimentos, identificado pelo Cartão Nacional de Saúde, incluindo:

- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): utilizado para agendamento de consultas e registro das informações sobre o atendimento dos usuários na UBS;
- Coleta de Dados Simplificada (CDS): utilizada para fazer o cadastro individual e domiciliar, e para criar fichas de atendimento médico, odontológico e de atividades coletivas;
- Atenção Domiciliar (AD): aplicativo para dispositivos móveis.

Todas as atividades realizadas e os resultados obtidos precisam ser documentados pela equipe. As informações do mapeamento/territorialização, dados socioeconômicos, demográficos, sanitários, ambientais e do estado de saúde da população irão subsidiar o planejamento. Se houver possibilidade e condições, a equipe pode preferencialmente submeter o diagnóstico comunitário ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

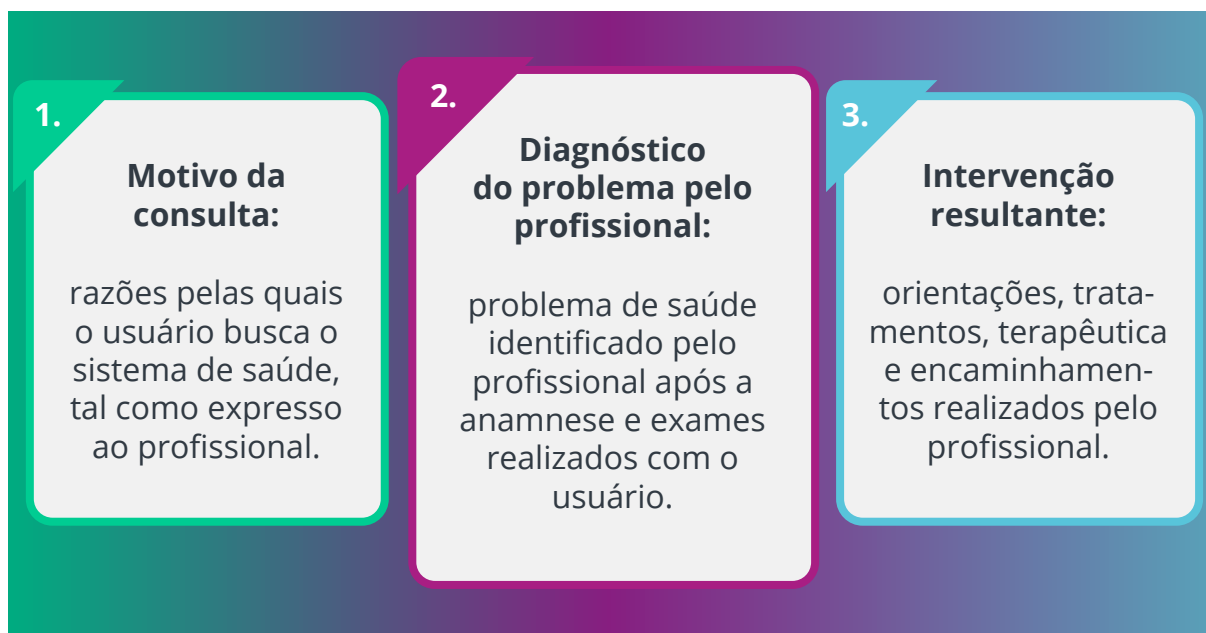
A característica participativa permite o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde. Além disso, o diagnóstico contribui para a organização da oferta dos serviços, melhora a qualidade dos atendimentos, o controle dos fatores de risco, a ação sobre as situações de vulnerabilidade e o acompanhamento da realidade local e da situação de saúde da população.

1.2.1 Diagnóstico de demanda

O diagnóstico de demanda é uma ferramenta de pesquisa rápida e barata que pode ser utilizada para reconhecimento das necessidades da população adscrita. Seu uso permite avaliar as razões pelas quais as pessoas buscam cuidados médicos, sendo útil no planejamento de estratégias para suprir as necessidades de saúde na APS (GUSSO, 2009; BASTOS; BASTOS; CABALLERO, 2019).

O diagnóstico de demanda tem seu embasamento na segunda versão da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP2) criada pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, do termo em inglês World Organization of Family Doctors) em 2009. Utiliza o conceito de “episódio de cuidado”, que consiste em todo tipo de atenção prestada a um usuário do serviço com um problema de saúde, desde o primeiro até o último contato para resolução do problema (GUSSO, 2009; LANDSBERG *et al.*, 2012).

A coleta de dados para o diagnóstico, por meio dessa classificação, pode ser feita pelo registro de um dos três aspectos do episódio de cuidado. Confira!



Fonte: adaptado de Bastos, Bastos e Caballero (2019).



Lembre-se!

Na existência de mais de dois motivos de consulta relacionados a um problema, registrar apenas os dois mais relevantes.

Os dados podem ser obtidos com o uso de questionários ou por análise de registros dos usuários. Devido ao sub-registro de informações que pode ocorrer na APS, a análise das informações em registros pode apresentar limitações na construção do diagnóstico.

No caso de coleta por meio de questionários, realizar em uma semana típica de atendimentos de cada estação do ano, minimizando o viés de seleção. Recomenda-se que a amostra seja de 10% ou mais da população atendida (GUSSO, 2009).

Após coleta recomenda-se a construção de banco de dados e posterior análise utilizando estatística descritiva para interpretação dos resultados e construção do diagnóstico de demanda.

Há recomendações internacionais para que a CIAP2 seja utilizada na APS. No Brasil, o uso da CIAP2 é recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil por embasar os indicadores da APS e por subsidiar a organização da demanda e o planejamento de ações na APS (GUSSO *et al.*, 2019).

Como exemplo pode-se citar o registro relativo à busca da unidade de saúde durante a semana de aplicação do diagnóstico de demanda de um usuário com dor na nuca e cefaleia. Esse caso poderia ser registrado da seguinte forma:

Diagnóstico de demanda	Caso X
Motivo da Consulta	Cefaleia e dor nugal
Diagnóstico	Hipertensão
Conduta	Controle Pressão Arterial, controle alimentar

Fonte: elaborado pelos autores.

Com base na análise estatística da demanda apresentada durante um período de tempo, a equipe pode organizar melhor seu processo de trabalho, formação e atividades comunitárias, com aquilo que é mais prevalente na sua realidade.

1.2.2 Estimativa rápida participativa

A estimativa rápida participativa busca obter as perspectivas da comunidade sobre as necessidades sociais e de saúde locais e traduzir essas descobertas em ações. Esses métodos foram projetados para tirar inferências, conclusões, hipóteses ou avaliações em um período limitado de tempo e, portanto, são relevantes para a pesquisa em serviços de saúde (MURRAY, 1999).

O método consiste em uma ferramenta que possibilita em pouco tempo e com baixo custo reconhecer as condições de saúde vivenciadas pela população de determinada área adscrita. Seu uso permite a identificação e seleção de problemas baseado na percepção dos usuários, que devem ser entendidos como atores sociais, implicados na transformação da realidade (DI VILLAROSA, 1993; OLIVEIRA-MUSSE *et al.*, 2017).

Seu uso é apropriado como parte do planejamento para equipes de saúde da família, por possibilitar a análise da situação de saúde da comunidade por meio da participação comunitária (KLEBA, 2016).

Sua metodologia de coleta consiste em três etapas que podem ser observadas na imagem a seguir:

1ª

Etapa

Coleta de dados relacionados ao perfil demográfico e epidemiológico da população e identificação das organizações e dos serviços existentes na comunidade.

2ª

Etapa

Sistematização dos dados e informações coletadas e distribuição em mapas físicos, de forma a revelar situações de interesse para o diagnóstico de saúde (distribuição, acessibilidade aos serviços existentes, concentração de grupos vulneráveis e áreas de risco, entre outros).

3ª

Etapa

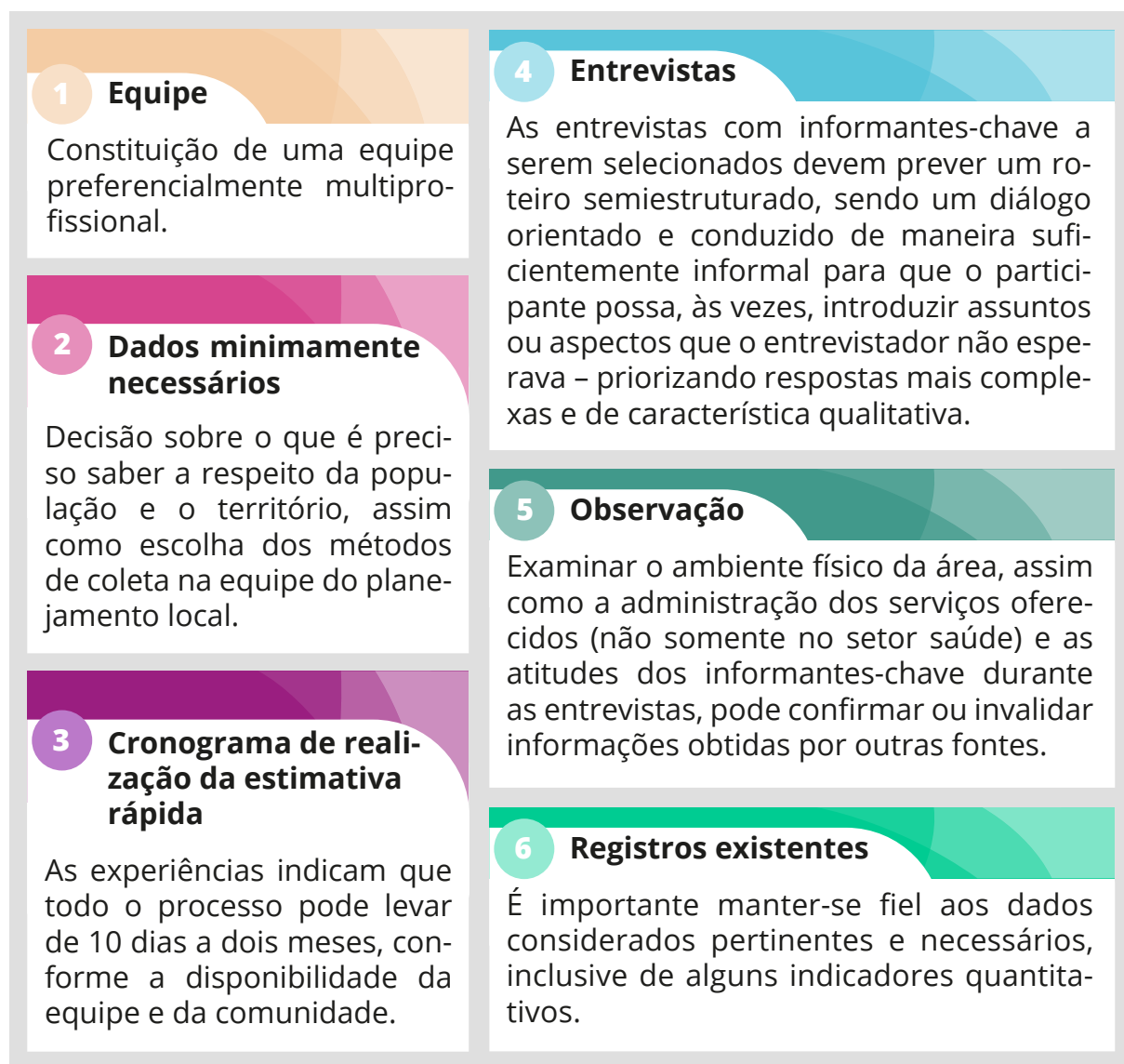
Realização de observação no território e oficinas/conversas com integrantes da comunidade (lideranças locais) para ampliar e complementar as informações, delimitar os problemas e as potencialidades de acordo com o ponto de vista dos atores locais.

Fonte: adaptado de Di Villarosa (1993).

Destaca-se a necessidade de envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na construção de todo o processo, em especial na identificação e seleção das lideranças locais.

A estimativa rápida promove maior participação da comunidade no processo de planejamento, promovendo maior diálogo entre a comunidade e os profissionais da saúde, favorecendo a definição de ações e estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde (KLEBA, 2016).

A operacionalização dessa técnica precisa necessariamente assegurar agilidade, coletando-se apenas dados considerados mínimos e pertinentes dentro de um tempo aceitável para o planejamento de ações imediatas. Acompanhe a seguir algumas dicas para colocá-la em prática.



Fonte: adaptado de Kleba (2016).

A apresentação dos achados da estimativa deve ser feita de maneira sintética e resumida para facilitar a interpretação e a tomada de decisão sobre os pontos principais.

1.3 PLANEJAMENTO PARA ABORDAGEM COMUNITÁRIA NA APS

Após a territorialização e o diagnóstico das necessidades da comunidade, será possível identificar os principais problemas naquele território, estruturar as propostas de enfrentamento ou de ação, definir quais atores serão responsáveis por essas e estimar qual o prazo para realizá-las. O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde, em nível “macro” e “micro”, dependem de um conjunto de informações adequadas que orientam as equipes quanto às necessidades de saúde da população e à ordem de prioridades dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e a capacidade de atendimento.

Alguns conceitos de planejamento nos ajudam a entender seu papel e potencial. O planejamento é entendido como um processo, com características contínuas e dinâmicas, baseado em intenções e ideias organizadas e orientadas com o intuito de atingir um determinado objetivo, possibilitando a tomada de decisão (GIOVANELLA, 1991). De forma simplificada, poderíamos identificá-lo como a não improvisação das ações. O planejamento é um modo de explicitar o que será feito, quando, onde, como, com quem e para quê, apresentando o planejamento em saúde como um dos maiores desafios para a Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2006; GOMES, 2015).

O planejamento antecipa a ação e permite uma reflexão sobre as suas possíveis consequências, mas também empodera e envolve os atores envolvidos para que tenham um compromisso com a ação. Por isso, além dos profissionais da saúde, é fundamental o envolvimento e a participação da comunidade nesse processo.



Existem vários métodos que podem ser utilizados para o planejamento de ações aos níveis locais de saúde frente ao diagnóstico em saúde utilizando um dos métodos acima apontados. Dentre eles pode-se citar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).

1.3.1 Planejamento Estratégico Situacional (PES)

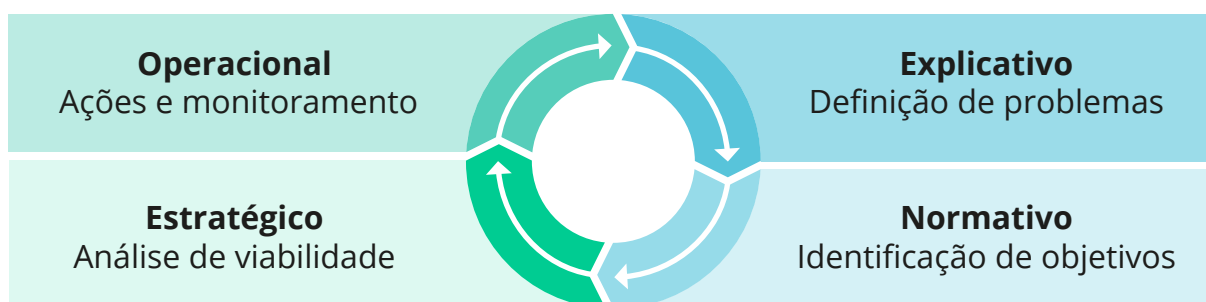
O PES se coloca como uma das principais metodologias no campo da saúde para planejamento e gestão. Em seu processo de construção, prevê a existência de fatores que alteram a viabilidade das ações previstas como a divergência entre os atores sociais e as restrições orçamentárias, tornando-o mais realista e exequível (ARTMANN, 2000).



Lembre-se!

O PES é adequado para situações complexas em que nenhum dos atores sociais possui controle de todas as variáveis envolvidas com o problema e que apresentam alterações ao longo de tempo.

É possível entender como realizá-lo na prática utilizando suas quatro etapas ou momentos do planejamento, a saber: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional (ARTMANN, 2000). Veja os momentos e suas características na figura a seguir:



Fonte: adaptado de Artmann (2000).

1.3.1.1 Identificação e priorização de problemas (Momento explicativo)

A primeira etapa do planejamento para o desenvolvimento de ações comunitárias utilizando o PES é o diagnóstico da situação. Neste momento é necessário identificar, explicar e priorizar os problemas a partir da visão dos atores sociais envolvidos (ARTMANN, 2000).

A territorialização, as técnicas de diagnóstico comunitário da saúde com participação do controle social e da gestão são centrais neste processo. Isso porque a identificação dos problemas varia de acordo com as vivências de cada ator. Um problema identificado pela gestão pode ser diferente do problema identificado pelos profissionais da APS ou usuários do serviço.



Lembre-se!

Esta técnica naturalmente resultará em um grande número de problemas com diferentes níveis de complexidade e governabilidade, sendo necessário priorizar os mais exequíveis.

A partir desse levantamento inicial, o grupo deve decidir quais deles têm maior prioridade. Em geral, sugere-se alguns critérios para realizar a priorização dos problemas na área da saúde (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016), conforme estão descritos a seguir, confira.

Governabilidade

Identificar se os atores do grupo têm poder de resolver o problema.

Magnitude

Identificar o tamanho e a relevância dos problemas para o contexto (número de pessoas afetadas).

Transcendência

Identificar a importância política, técnica e/ou cultural que os atores atribuem ao problema.

Urgência

Identificar se pode haver consequências negativas para a saúde em curto, médio ou longo prazo caso não seja solucionado o problema.

Custos

Identificar os custos provenientes de recursos financeiros, recursos materiais e recursos humanos para solução do problema.

Fonte: adaptado de Lacerda, Botelho e Colussi (2016).

Recomenda-se inserir os problemas em uma tabela e classificá-los segundo esses critérios utilizando a valoração “baixo”, “médio” ou “alto” para identificar o problema prioritário e mais exequível. Lembre-se de que no PES a governabilidade é o principal, pois o poder para alterar o problema é indispensável na sua resolução.

1.3.1.2 Plano para resolução dos problemas (Momento normativo)

A segunda etapa do planejamento para o desenvolvimento de ações comunitárias utilizando o PES consiste em construir um plano de intervenção com objetivos para resolver os problemas identificados, metas quantificáveis e a matriz de operações (ARTMANN, 2000). Acompanhe a seguir as características de cada um deles.

Objetivos: construídos a partir dos descritores construídos no momento explicativo. Escritos de maneira geral, devem apresentar a solução dos problemas, ou seja, a situação esperada em oposição aos problemas, situações indesejadas. Veja o exemplo:

Descritor do problema: Aumento de casos de obesidade em adultos jovens na comunidade no último ano.

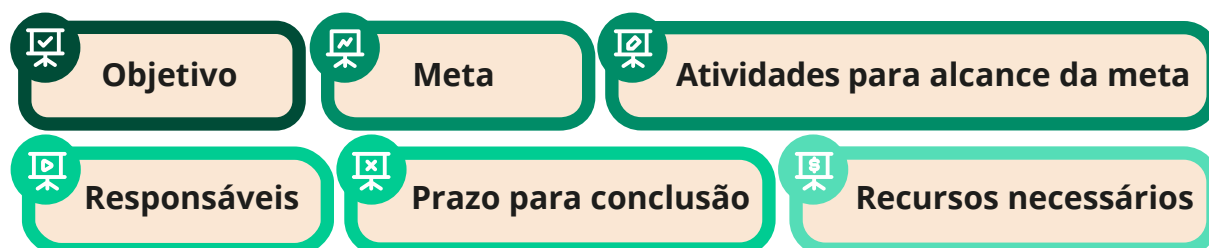
Objetivo: Reduzir o número de casos de obesidade em adultos jovens na comunidade.

Metas: as metas devem ser construídas e pactuadas entre os atores de forma que possibilitem sua quantificação para posterior avaliação do cumprimento dos objetivos. Devem ser possíveis de serem alcançadas pela equipe. Metas muito fáceis ou muito difíceis podem gerar desmotivação. Veja o exemplo:

- 1ª Meta:** Identificar 100% dos casos de obesidade em adultos jovens na comunidade.
- 2ª Meta:** Incluir em atividades de grupos 70% dos adultos jovens com obesidade identificados na comunidade.
- 3ª Meta:** Acompanhar individualmente 50% dos casos de obesidade em adultos jovens identificados na comunidade.
- 4ª Meta:** Reduzir em 10% os casos de obesidade em adultos jovens identificados na comunidade.

Fonte: adaptado de Artmann (2000).

Matriz de Operações: consiste em uma planilha ou tabela em que serão descritas as atividades desenvolvidas, os recursos utilizados e os responsáveis para cada atividade. Recomenda-se construir um para cada meta. Nela deve constar o objetivo geral, a meta, as atividades para alcance da meta, os responsáveis, o prazo para conclusão e os recursos necessários.



Fonte: adaptado de Artmann (2000).

1.3.1.3 Análise de viabilidade das metas definidas (Momento estratégico)

A terceira etapa do planejamento para o desenvolvimento de ações comunitárias utilizando o PES é um momento estratégico. Neste momento os atores sociais envolvidos devem identificar as facilidades e as dificuldades, ou seja, a viabilidade para desenvolvimento das atividades planejadas (ARTMANN, 2000; RIVERA; ARTMANN, 2010).



Lembre-se!

Essa modalidade de planejamento para abordagem comunitária trabalha com “momentos” que não são estáticos, ou seja, é possível e por vezes necessário voltar ao momento anterior para adequação do plano a depender dos obstáculos identificados.

1.3.1.4 Aplicação, monitoramento e avaliação (Momento tático-operacional)

A quarta etapa do planejamento para o desenvolvimento de ações comunitárias utilizando o PES é o momento tático-operacional. Aqui serão colocadas em prática todas as atividades planejadas pela equipe e realizadas as atividades de monitoramento (RIVERA; ARTMANN, 2010; ARTMANN, 2000).

Lembre-se de que monitorar significa o quão próximo das metas planejadas as ações chegaram. O monitoramento deve ser um processo contínuo da equipe e baseado em dados coletados e nos indicadores produzidos ao longo do planejamento (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Recomenda-se a criação de matriz de acompanhamento com os seguintes campos: listagem de atividades para cada meta, responsáveis, monitoramento (realização: Sim ou Não) e observações. Entretanto, é possível incluir outros campos, mediante a identificação de necessidade de monitoramento pela equipe envolvida no planejamento.

Matriz de acompanhamento			
Atividades da meta	Responsáveis	Monitoramento	Observações
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Fonte: adaptado de Artmann (2000).

**Lembre-se!**

Para verificar o alcance ou não das metas é necessário criar indicadores de acordo com as metas e os objetivos estabelecidos no plano de ação.

Por exemplo, para identificar 100% dos casos de obesidade em adultos jovens na comunidade é necessário realizar a mensuração antropométrica na totalidade do público-alvo residente na área adscrita. Nesse caso, o indicador será criado a partir do cálculo da razão entre o número de adultos jovens da população adscrita (numerador) e o número de adultos jovens em que se realizou mensuração antropométrica (denominador). Dependendo da necessidade, é possível fazer mais detalhamentos do indicador por sexo, faixa etária, escolaridade, mês de realização das avaliações, entre outros.

Por meio do monitoramento das atividades e da construção dos indicadores é possível avaliar se as ações realizadas na comunidade alcançaram os objetivos e as metas planejadas a partir do diagnóstico situacional.

O PES é uma metodologia especialmente útil para ser aplicada pelas gestões municipais e ou distritos sanitários pelas suas características. A seguir vamos abordar alguns modelos de rápida e fácil aplicação, que podem ser mais facilmente utilizados por equipes de unidades básicas de saúde.

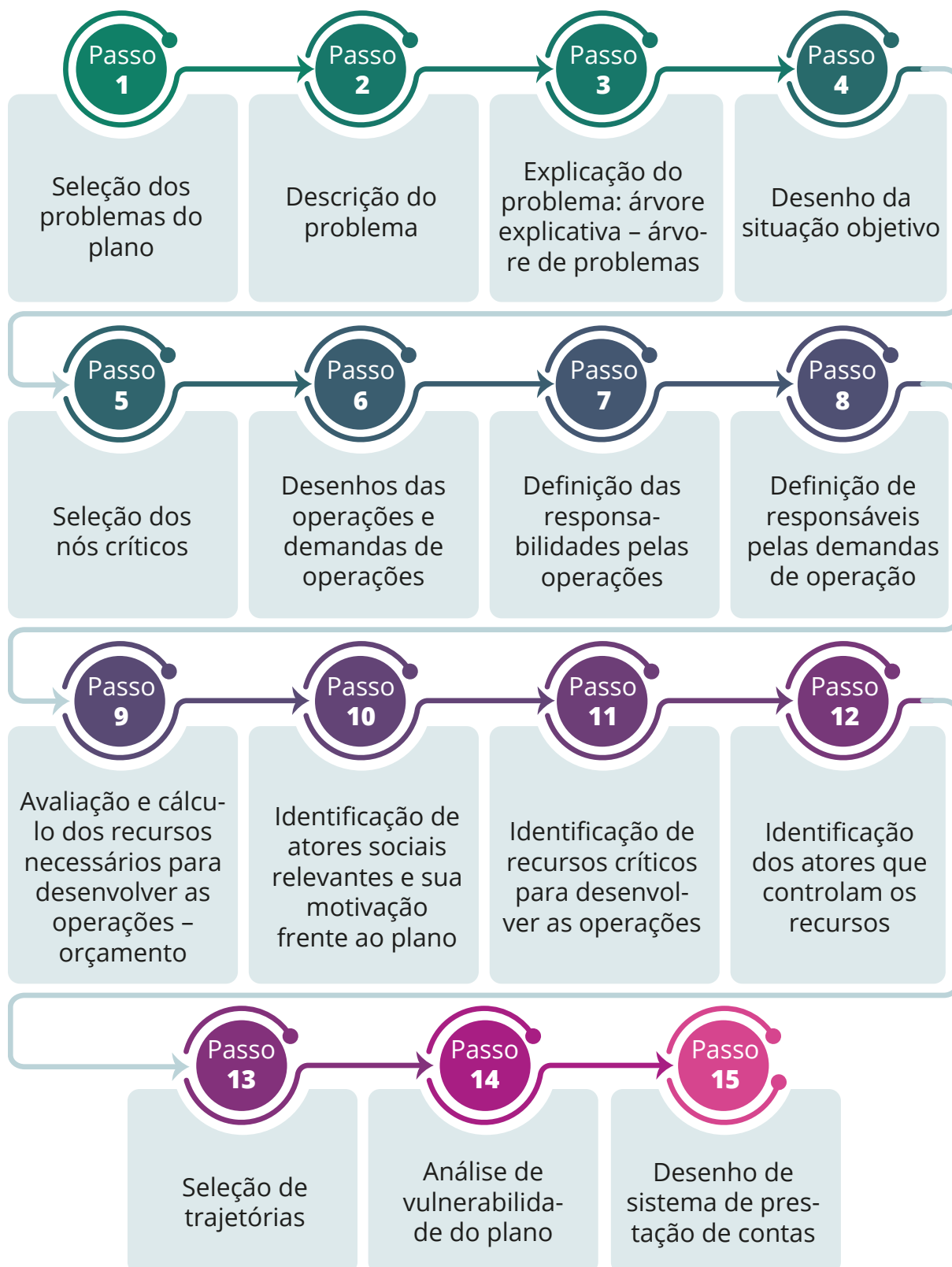
1.3.2 Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)

O MAPP baseia-se nos mesmos princípios do PES, constituindo-se como um método de eleição para planejamento local, em especial naqueles altamente descentralizados. Este método é alinhado e coerente com os princípios do SUS e com o recomendado para o planejamento na APS.



O processo de planejamento deve ser desenvolvido em oficinas de trabalho, a partir da reunião de profissionais da UBS, pessoas da comunidade, lideranças e membros da Secretaria da Saúde. Deve-se priorizar o caráter ativo dos membros da equipe de trabalho na elaboração do planejamento. Cada uma das oficinas deve ter como objetivo a construção de um produto do início ao fim, bem como a definição para as atividades das oficinas seguintes (TANCREDI *et al.*, 1992).

Acompanhe a seguir os passos para sua realização.



Fonte: adaptado de Tancredi e colaboradores (1992).

1.3.3 Processo de planejamento na APS

Mediante os desafios da implementação do planejamento em saúde na APS, bem como a centralidade da abordagem comunitária e o planejamento, deve-se buscar caminhos factíveis ao modelo de organização da APS brasileira, alinhados com as avaliações contínuas que se estabeleceram no país nos últimos anos. Neste sentido, a partir da integração de ferramentas do PES e MAPP, dentre outras, é possível pensar em um processo contínuo e exequível para o planejamento na APS.

Este processo consiste na soma do diagnóstico situacional em saúde, por meio das ferramentas de diagnóstico comunitário, estimativa rápida participativa e ou diagnóstico de demanda com o processo de autoavaliação da equipe da ESF, feito por meio do AMAQ, PCATool ou outro modelo de autoavaliação. O PCATool, por exemplo, é um instrumento de avaliação da APS que mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, e baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

Lembre-se!

O método de autoavaliação utilizado pode ser o AMAQ, PCATool ou outros, que inclusive pode ser aplicado em conjunto com a abordagem comunitária, gerando um diagnóstico comunitário e de equipe necessários para o planejamento integrado das equipes de saúde da família. Não existe o “melhor” método, devendo os envolvidos avaliarem qual é o mais adequado para ser aplicado a determinadas situações ou ao contexto apresentado no território.



A partir dos levantamentos feitos por meio dos instrumentos selecionados é possível chegar a um número de problemas a serem resolvidos pela equipe envolvida no planejamento, que deve envolver profissionais da saúde, representantes da comunidade e gestão. Com o levantamento das demandas feito, recomenda-se que a equipe desenvolva os seguintes passos, descritos abaixo, acompanhe.

Passo 1

Definir a governabilidade e importância de cada problema, criando uma priorização, por meio de pontuação para cada problema.

Passo 2

Escolher os três principais problemas com base na relevância para comunidade e no potencial de ação da equipe.

Passo 3

Criar uma matriz para intervir e monitorar os problemas com pelo menos estes campos: descrição do problema, objetivo e meta, ações para o alcance do objetivo, recursos necessários, prazo, responsáveis, alcance dos objetivos (total, parcial).

Passo 4

Colocar em prática as ações planejadas pelos integrantes da equipe.

Passo 5

Reavaliação da planilha de monitoramento mensalmente durante as reuniões de equipe e incorporação dos problemas elencados, de acordo com sua priorização, na medida em que os problemas anteriores forem solucionados.

Passo 6

Revisão anual do diagnóstico dos problemas da comunidade e da atuação da equipe, definindo nova lista prioritária de problemas.

Fonte: elaborado pelos autores.

Essa forma de execução visa incluir no processo de trabalho da APS o planejamento das atividades de uma forma integrada e contínua em que diferentes profissionais realizem ações baseadas na realidade. Assim, busca-se integrar o processo de abordagem comunitária e de avaliação das equipes de saúde da família para então garantir o planejamento das atividades nos territórios.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Nesta unidade você aprendeu que o território consiste em um espaço geográfico delimitado e dinâmico em que as pessoas realizam suas atividades e vivências.

Sendo que, a partir dele, pode-se compreender características sociais, culturais, políticas, demográficas, epidemiológicas e administrativas. Desta forma, seu reconhecimento por meio da territorialização é necessário para a abordagem comunitária.

Além disso, conheceu ferramentas e metodologias para realização do diagnóstico de saúde da comunidade com vistas a qualificar a organização, o controle e a intervenção, conforme as necessidades da população adscrita. Por fim, compreendeu métodos possíveis de planejamento em saúde com foco na equipe de saúde da família, garantindo que o processo de identificação de problemas resulte em mudanças e avanços para organização da equipe e comunidade.

UNIDADE 02

Educação popular em saúde e trabalho intersetorial

Objetivo de aprendizagem da unidade

Ao final desta unidade, o profissional deverá compreender as práticas da educação popular em saúde e participação social bem como as possibilidades de atuação intersetorial para desenvolvimento de ações prioritárias no território.

Objetivos específicos de aprendizagem da unidade

- Descrever as práticas da educação popular em saúde e participação social.
- Relacionar as possibilidades de atuação intersetorial com o desenvolvimento de ações prioritárias no território.

Introdução da unidade: Nesta unidade, vamos estudar a educação popular em saúde e as ações intersetoriais para a abordagem comunitária, no âmbito da atenção primária. Abordaremos a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), bem como a inserção da educação popular em saúde no cotidiano das ações de atenção desenvolvidas na APS. Em seguida, vamos aprimorar conhecimentos sobre a participação popular no SUS, os aspectos relativos à sua institucionalização no campo da saúde e contribuição para a qualificação da gestão e organização dos serviços de saúde, a partir do reconhecimento das demandas da população. Vamos lá, continue a leitura a seguir!

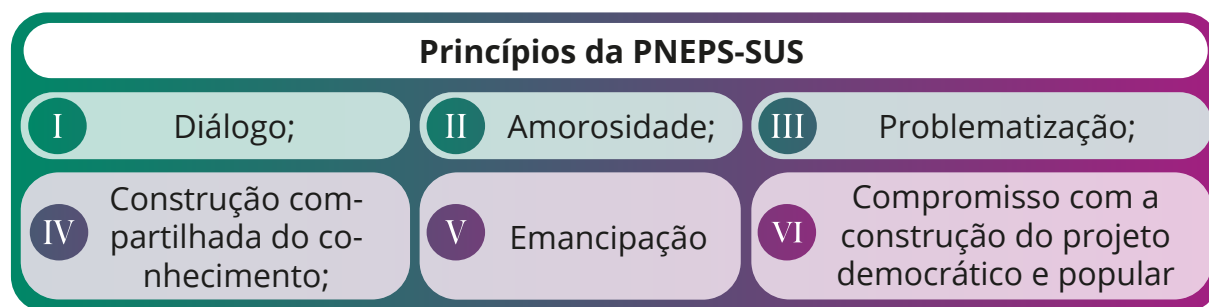
2.1 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde se tornou importante estratégia, uma vez que orientou as primeiras iniciativas de saúde comunitária no Brasil. É um instrumento para uma abordagem mais integral na assistência à saúde, pois integra dimensões políticas, econômicas e culturais nas soluções construídas e fortalece o protagonismo social das pessoas envolvidas. O objetivo é que ela coloque o trabalho em saúde a serviço do fortalecimento da democracia, da justiça e da solidariedade social (BRASIL, 2013a).

2.1.1 Política Nacional de Educação Popular em Saúde

O ano de 2013 foi marcado pela institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), política esta que não está descolada do cotidiano da organização da gestão e atenção. A ideia é justamente potencializar a promoção das ações que contribuam para a garantia da integralidade, ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, além de fortalecer a atenção primária como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

A PNEPS-SUS recomenda uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção desses no SUS (BRASIL, 2013a). É orientada pelos seguintes princípios, confira.



Fonte: Brasil (2013a).

Trata-se de uma ferramenta estratégica para respaldar os processos de redução das desigualdades regionais e iniquidades sociais. Por meio da PNEPS-SUS é possível potencializar e ampliar a participação social e a gestão compartilhada, estratégias necessárias nas relações da tríade usuários, trabalhadores do SUS e gestores (BRASIL, 2014).

Dentre os eixos estratégicos da PNEPS-SUS estão: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; intersetorialidade e diálogos multiculturais. Acompanhe os objetivos de cada um destes eixos a seguir.

Eixo estratégico de participação, controle social e gestão participativa

O eixo estratégico de participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.

Eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento

O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.

Eixo estratégico do cuidado em saúde

O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.

Eixo estratégico de intersetorialidade e diálogos multiculturais

O eixo estratégico de intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.

Fonte: Brasil (2013a).

Dessa forma, entende-se que a PNEPS-SUS tem como objetivo implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, colaborando com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde e com diálogos intersetoriais entre a saúde e outros equipamentos sociais (BRASIL, 2013a).

2.1.2 Educação popular em saúde e participação popular

Educação popular é uma concepção teórica das ciências da educação que se estruturou inicialmente na América Latina, na segunda metade do século XX, na qual o educador brasileiro Paulo Freire foi pioneiro na sistematização dessa concepção, e hoje está presente em todo o mundo. Educação popular também é conhecida por pedagogia freireana, pedagogia da problematização e educação libertadora (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

A educação popular emerge no Brasil, no campo da saúde, a partir da década de 1970, quando muitos profissionais da saúde, engajados no movimento da reforma sanitária, envolveram-se em práticas de organização comunitária voltadas para o fortalecimento da sociedade civil. A partir de meados da década de 1990, profissionais da saúde, ao reconhecer o valor e as potencialidades da educação popular no âmbito da saúde, começaram a sistematizar caminhos e teorias para a sua aplicação nos serviços de saúde. Atualmente, a educação popular em saúde é reconhecida como um campo teórico importante do setor da saúde, presente em muitas iniciativas de movimentos sociais, entidades acadêmicas, congressos, universidades e esferas de gestão em saúde (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

Ao considerar a proximidade com a comunidade e com as famílias, a APS constitui-se num campo de atuação importante para a educação popular em saúde. A estratégia adotada para condução da educação popular em saúde é a construção coletiva, entre profissionais, gestores e comunidade, bem como a valorização de saberes distintos, incluindo os técnicos e científicos, porém sem hierarquizá-los e sobrepor-los aos saberes tradicionais e populares. Busca-se a valorização do protagonismo social, em que todos tenham espaços para participação ativa nos espaços coletivos (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

REFLEXÃO



Mas, como podemos inserir a educação popular no trabalho cotidiano da APS?

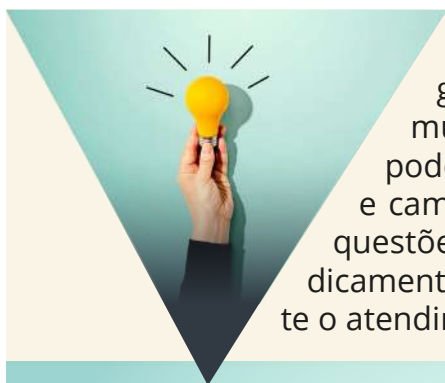
Primeiramente, deve-se ter claro que a educação popular parte de uma leitura da realidade que percebe que há saberes construídos e acumulados em todos os seres humanos e em todos os grupos sociais. São sujeitos ativos da educação em saúde:

o educador e os educandos. O papel principal do educador é realizar a escuta e compreensão, para então poder contribuir com o conhecimento em construção. Esta abordagem difere da mera transmissão de conhecimento e informações, comumente realizada por meio de palestras ou materiais informativos nas unidades de saúde (BRASIL, 2014).

Um elemento metodológico relevante na educação popular é a problematização. Deve ser estabelecido um diálogo pedagógico, transformando a questão abordada em um problema a ser discutido e pesquisado com a participação de todos (BRASIL, 2014).

Quando falamos em problematização, não se trata de estabelecer uma situação problema com uma solução prévia, a ser apresentada pelo educador. Mas, sim, lançar desafios a partir da temática em estudo, para que os educandos possam refletir sobre as possibilidades de intervenção e solução, considerando o contexto no qual estão inseridos, bem como os recursos disponíveis e as limitações existentes. Esta forma de abordagem pode, inclusive, gerar outros conflitos, a partir do momento que abre espaço para a imersão de interesses e necessidades diversas. Ao implementar a educação em saúde, os educadores precisam estar preparados para enfrentar possíveis conflitos e oposições (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

Acompanhe a seguir um exemplo que ilustra essa dinâmica.



Quando a equipe problematiza questões como o grande número de pessoas com obesidade na comunidade numa reunião do conselho local de saúde podem surgir questões como a falta de espaço de lazer e caminhada, o custo alto de frutas e verduras e ainda questões como a dificuldade de acesso a nutricionista, medicamentos e acompanhamento especializado que possibilite o atendimento das pessoas com obesidade grave.

Nessas situações, conflitos do conselho junto à equipe e ao setor saúde podem surgir e a equipe tem que estar preparada para discutir com as pessoas da comunidade de forma transparente e honesta o papel da atenção primária em saúde na linha de cuidado da obesidade e as alternativas de tratamento disponíveis no SUS.

É necessário, ainda, que o educador tenha uma postura desapegada das suas próprias verdades e esteja aberto aos conhecimentos que podem surgir. Faz-se necessário adotar uma postura de escuta, curiosidade e respeito às diversas possibilidades de pensar e organizar a vida, presentes nos vários grupos sociais, e também de investir na compreensão de avaliações e propostas que se apresentam, com vistas a incentivar a maior autonomia da população na resolução dos seus problemas.

Os caminhos para o alcance deste objetivo perpassam pelo diálogo com a comunidade, pela valorização dos movimentos sociais e pelo reconhecimento de como a sociedade se organiza política e economicamente, visto que esta organização em geral abriga as raízes de diversos problemas em saúde.



A atuação na APS é um espaço privilegiado para o desenvolvimento da educação popular em saúde, pois tem grande aproximação com a vida familiar e comunitária, o qual possibilita conhecer as dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas nos problemas, enriquecendo o processo de cuidado e atenção à saúde.

Quando se fala em educação popular, logo se imaginam ações coletivas, porém ela pode ser um excelente instrumento na ampliação do trabalho clínico que busca ir além da abordagem biológica da doença. Para a efetividade e adesão do tratamento médico, prescrito nas consultas individuais, é sabido que devem ser consideradas, além das questões técnicas e científicas, os aspectos da realidade e do contexto social no qual o usuário está inserido. Para que o profissional possa acessar e tomar conhecimento desses outros determinantes em saúde vivenciados pelo usuário, vale adotar atitudes que contemplem a educação popular em saúde também na abordagem clínica individual. Dessa forma, contribui-se também para a formação de cidadãos mais capazes de gerirem sua própria saúde (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

A inserção de educação popular em saúde nas práticas educativas em grupos nas unidades de saúde e na comunidade também é de grande relevância. Nas ações coletivas, há espaços que permitem o contato e a troca de experiência entre os participantes. Além disso, há possibilidade da exposição dos interesses e posicionamentos dos moradores, nos quais os profissionais da saúde podem conhecer aspectos que são mais difíceis de serem percebidos nos atendimentos individuais (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).



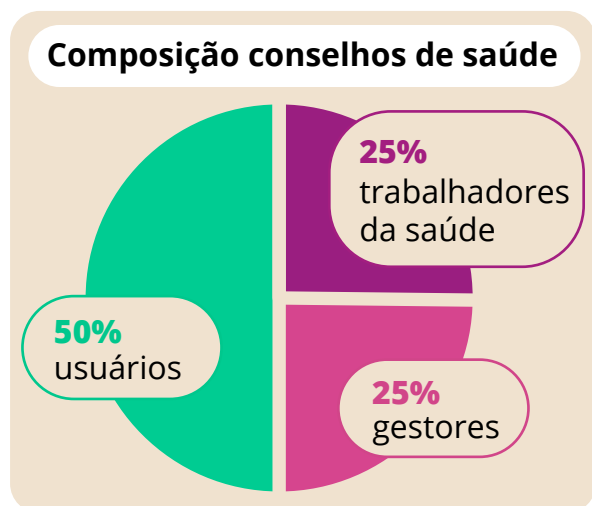
Os resultados e as reflexões que emergem das ações coletivas são produtos importantes para serem compartilhados e veiculados por meio de boletins, vídeos, rádios comunitárias, apresentações ou murais, tanto nos espaços de saúde como em demais espaços da comunidade. A divulgação dos produtos oriundos da construção coletiva entre educadores e educandos

tem o potencial de levar os debates em saúde para espaços além da unidade de saúde, contribuindo com a sensibilização e organização da comunidade diante das suas demandas em saúde, bem como reorientando a atenção nos serviços (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

Agora, ao compreender a educação popular em saúde como estratégia para aproximação e envolvimento da comunidade nas decisões acerca das demandas de saúde e organização dos serviços nos territórios no âmbito da APS, vamos conhecer mais sobre a participação social e sua importância na consolidação do SUS, acompanhe.

Na área da saúde, a participação também é chamada de controle social, sendo sinônimas ambas as terminologias. A participação social foi instituída com o advento do SUS em meados da década de 1980, impulsionada pelo movimento da reforma sanitária. Foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 1990, que define o papel da sociedade na gestão do SUS. Essa lei institucionalizou as conferências e os conselhos de saúde, criando no Brasil um sistema de saúde participativo (BRASIL, 1990b).

Confira a definição de cada um a seguir.



Fonte: Brasil (1990b).

Os conselhos de saúde são instâncias de participação permanente com caráter deliberativo compostos de forma paritária por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores, enquanto as conferências de saúde são espaços de debates, com periodicidade de realização a cada quatro anos e têm caráter consultivo. As conferências mantêm a composição paritária conforme estabelecida nos conselhos de saúde.

Esses dois espaços são a base do sistema participativo nacional.

O estabelecimento normativo de espaços de participação social no âmbito do SUS é um avanço inegável para o alcance da gestão participativa. Porém, ainda há diversos desafios na efetivação dos conselhos e das conferências. Primeiramente, ressalta-se que houve a mudança na legislação nacional, instituindo esses espaços, porém a mudança cultural em relação à participação política da sociedade não acontece na mesma velocidade. Ainda perpetuam, dentro dos conselhos, uma relação hierárquica indevida por meio da relação gestor–profissional–usuário que atrapalha a democracia efetiva e deliberativa. Há também características que dificultam sua constituição enquanto instâncias democráticas e deliberativas. Vale destacar, como principais desafios, os problemas de representação e representatividade dos conselheiros, a falta de pessoas que se dispõem a ocupar tais cargos

e a dificuldade de realizar o acompanhamento das políticas de saúde, em geral assumindo-se um caráter fiscalizatório apenas (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

A participação legítima e representativa junto aos conselhos ocorre de fato quando os conselheiros são eleitos por seus segmentos (usuários, profissionais da saúde e gestores). Quando há um canal de comunicação entre representantes e população representada e suas demandas de saúde, estas são realmente pautadas. Ainda, ressalta-se que deve haver articulação com outros conselhos, de outros segmentos da saúde, considerando-se a importância da atuação intersetorial para a resolução de problemas de saúde e fortalecimento dos interesses populares.

2.2 INTERSETORIALIDADE E SAÚDE

A complexa organização social contemporânea exige um olhar abrangente e integral na leitura da realidade. Atuar em uma perspectiva ampliada da saúde demanda a incorporação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018). E quais seriam as definições de DSS?

Buss e Pellegrini Filho (2007), aprofundam no entendimento que condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Neste sentido, torna-se evidente que o setor da saúde isolado é insuficiente para solucionar problemas complexos na comunidade que influenciam no perfil de morbimortalidade da população. Assim, a articulação com outros setores da sociedade é necessária para ações resolutivas que impactem positivamente na saúde da população (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

A abordagem intersetorial consiste na articulação de diferentes setores com objetivos comuns para o desenvolvimento de políticas públicas e ações voltadas para a população. A partir do compartilhamento de experiências e saberes próprios de cada setor, busca-se solucionar problemas complexos que afetam a sociedade (JUNQUEIRA, 2004). Carmo e Guizardi (2017) destacam a importância de pensar sobre qual concepção de intersetorialidade nos atrelamos; de que forma lidar com as resistências dos trabalhadores; como viabilizar maior participação e controle social; como fazer gestão, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais, com objetivo de proporcionar maior integralidade e equidade dos serviços públicos, sendo a intersetorialidade fundamental estratégia para intensificar resultados no âmbito social e da saúde.

Deste modo, busca-se um trabalho horizontal que integre vários setores e ramos do conhecimento para promover mudanças amplas e sustentáveis nos ambientes e nas condições sociais para possibilitar vida saudável às pessoas, famílias e comunidades, sustentabilidade dos sistemas de saúde e social e um desenvolvimento sustentável.

A intersetorialidade surge nas políticas públicas de saúde devido à incapacidade das abordagens exclusivas do setor para responder as demandas complexas em saúde da população. Esta perspectiva tem sido relevante para articulação dos saberes no planejamento, na implementação e na avaliação de políticas, programas e projetos voltados para saúde da comunidade (NASCIMENTO, 2010), com destaque para ações voltadas para promoção da saúde em populações específicas em espaços geográficos delimitados, visando uma abordagem integral (BRASIL, 2017b). Portanto, o trabalho intersetorial pode ser utilizado em três perspectivas, veja a seguir.



Fonte: Brasil (2017b).

Visto que o trabalho na APS possibilita grande proximidade com o cotidiano, condições de vida e trabalho da população, bem como sua influência no processo de saúde e doença, este nível de atenção torna-se estratégico para o desenvolvimento das ações intersetoriais (BRASIL, 2017b).

REFLEXÃO



Você já refletiu sobre a necessidade de articulação com outros setores para realização de ações voltadas para problemas complexos identificados na comunidade em que atua?

As atividades intersetoriais dependem de uma integração com os diferentes setores, demandando flexibilidade e algumas alterações no cotidiano de trabalho dos setores envolvidos.



Para conhecer algumas experiências sobre ações intersetoriais na APS, confira o artigo “Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura”, de Roseli Esquerdo Lopes e Ana Paula Serrata Malfitano, disponível no link a seguir: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200016&script=sci_abstract&tlng=pt

Na APS, trabalhar de forma intersetorial consiste em planejar e realizar ações articuladas com escolas, setores de assistência social, setores de cultura e esportes, empresas, igrejas, grupos organizados da comunidade, entre outros. Ou seja, deve-se usar a própria estrutura da comunidade e do município a favor da melhoria da qualidade de vida da população.

2.2.1 Ações intersetoriais de saúde com base no diagnóstico comunitário

A abordagem comunitária consiste em uma ferramenta que possibilita ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças a partir do conhecimento profundo sobre as necessidades de saúde da população e do território adscrito, bem como a integração com o contexto em que se atua (BASTOS; BASTOS; CABALLERO, 2019).

Com base no diagnóstico comunitário ou reconhecimento da realidade é possível elencar e hierarquizar os problemas mais relevantes a serem enfrentados pela equipe da APS. Entretanto, nem todos os problemas identificados na comunidade exigem uma atuação intersetorial, sendo sua distinção necessária.

Durante o momento explicativo no desenvolvimento do Planejamento Estratégico Situacional ou no processo de territorialização é preciso separar os problemas em setoriais e intersetoriais. No primeiro caso estão os problemas passíveis de resolução por meio de ações das equipes da APS (ex.: eSF, eAP, eSFR, Cnr, eAPP, dentre outras) e no segundo os que necessitam da integração e participação de profissionais de outros setores. Esses últimos devem ser abordados a partir de ações intersetoriais, considerando os setores necessários para cada uma delas (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016; RIVERA; ARTMANN, 2010).

Ao identificar esses problemas complexos no diagnóstico comunitário, é necessário conversar com a equipe e com profissionais de outras áreas para construção de ações intersetoriais. Isso aumentará a resolutividade das abordagens individuais e coletivas realizadas, devido à maior possibilidade de realizar orientações exequíveis e de mais fácil adesão pela população (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Lembre-se de que ações intersetoriais devem ser construídas desde seu planejamento de maneira integrada, com constante comunicação e negociação entre os vários setores e segmentos sociais. Essa integração é necessária devido à fragmentação imposta pela divisão formal dos setores e dos diferentes campos de conhecimento, e deve ser superada para uma atuação intersetorial. A abordagem comuni-

tária em parceria com outros setores é central para o alcance de uma APS resolutiva.



Lembre-se!

Por não ser uma atividade rotineira das equipes, o trabalho intersectorial é um processo que requer aprendizagem e determinação dos envolvidos para construção de uma gestão integrada que responda efetivamente aos problemas identificados no território sob sua responsabilidade.

Desta forma, demanda a presença de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Essa abertura pode ser estimulada pela percepção, por parte dos profissionais, de que as ações intersectoriais permitem abordar de forma mais ampla as necessidades da comunidade, melhorando a qualidade de vida da população e reduzindo a demanda em atividades pontuais nos serviços (SILVA *et al.*, 2014).

Também se deve identificar qual forma de abordagem intersectorial o problema demanda. Pode-se implementar de duas formas diferentes, veja.



Forma ampla: visa atuar sobre os determinantes sociais da saúde para impactar na melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Caracteriza-se por ações de promoção da saúde.

Forma específica: visa atuar sobre fatores de risco de doenças ou problemas específicos com ações específicas sobre comportamentos e determinantes que influenciam seu surgimento ou manutenção visando sua prevenção ou controle. Caracteriza-se por ações de prevenção.

Fonte: adaptado de Silva e colaboradores (2014) e Sperandio, Francisco-Filho e Mattos (2016).

Percebe-se que, apesar de próximas, essas formas de ação intersectorial apresentam diferenças que devem ser consideradas na concepção e realização das atividades. A forma ampla está relacionada a problemas derivados de determinantes sociais da saúde, relacionado a uma perspectiva ampla da saúde. Essas ações objetivam a manutenção da qualidade de vida da população, promovendo hábitos saudáveis, não relacionados a doenças específicas. Assim, pode-se realizar ações de acesso a trabalho e renda, promoção de ambientes saudáveis, inclusão social, promoção da alimentação adequada e saudável, práticas de atividade física, entre outros (SILVA *et al.*, 2014; SPERANDIO; FRANCISCO-FILHO; MATTOS, 2016). Um dos enfoques são as mudanças nos territórios como, por exemplo, a articulação com o setor de infraestrutura e trans-

porte para revitalizar e construir parques, praças e quadras que proporcionem uma vida ativa, realizar melhorias no transporte coletivo, incentivar o uso de transportes alternativos e melhorar o saneamento básico. Ou, ainda, ações junto às instituições da comunidade, como a articulação com escolas para realizar atividades de promoção da saúde com os estudantes, com o setor de esporte e cultura para estimular competições e eventos esportivos que envolvam a população ou com a assistência social para apoiar usuários em vulnerabilidade social e econômica (BRASIL, 2010a).



Conheça mais sobre como realizar a articulação intersetorial com a educação para promoção da saúde no link a seguir: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1777-1788/pt/>

A forma específica consiste em articulações intersetoriais para prevenção e controle de agravos (ex.: violências), condições de saúde (ex.: gravidez indesejada e/ou não planejada na adolescência) e doenças prevalentes (ex.: tuberculose, hanseníase, sífilis, dengue, cânceres, dependência ao álcool e outras drogas) e identificadas no diagnóstico comunitário, e almeja evitar que a população adscrita seja acometida por essas doenças, ou a partir de que o acometimento não apresente agravamento do quadro. Assim, a depender dos problemas identificados, pode-se realizar estratégias de educação em saúde, comunicação, informação e monitoramento sobre doenças específicas, visando preveni-las ou tratá-las (GARCIA *et al.*, 2014).



Lembre-se!

Dependendo das necessidades identificadas, recomenda-se criar uma rede intersetorial para atenção integral aos usuários. Assim, pode-se realizar ações intersetoriais de prevenção e controle de doenças prevalentes como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, problemas de saúde mental, excesso de peso, entre outras.

Algumas ações intersetoriais identificadas em estudo em quatro municípios brasileiros com elevada cobertura por saúde da família (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) trazem temas como combate à dengue, violência, gravidez na adolescência, degradação do meio ambiente, bolsa família e vulnerabilidades sociais. Essas ações foram mais abrangentes quando definidas como política integrada do governo municipal para a construção de interfaces e cooperação entre os diversos setores (GIOVANELLA, 2009).

As articulações podem ser realizadas com escolas, empresas e outras instituições presentes na comunidade para realizar monitoramento antropométrico ou da pressão arterial, por exemplo, bem como práticas de educação alimentar e nutricional e de atividade física. O trabalho junto ao setor de comunicação do município

para divulgações em massa de informações sobre prevenção e cuidados para as doenças prevalentes. Ou, ainda, a articulação com a sociedade civil organizada para realização de atividades coletivas nos espaços de reunião a partir das necessidades em saúde dos integrantes desses grupos.



Lembre-se!

As abordagens intersetoriais voltadas para promoção da saúde, prevenção e controle das doenças prevalentes no território buscam contribuir para que a população amplie seus conhecimentos, obtenham e sigam as orientações adequadas para manutenção ou restabelecimento de sua saúde.

Neste processo, deve-se inserir a participação social e considerar a autonomia e a singularidade da população e do território sob sua responsabilidade. Esses cuidados tornarão as iniciativas intersetoriais mais adequadas ao contexto, contribuindo para a maior adesão da comunidade. Lembre-se de que as ações devem promover mudanças sustentáveis nos ambientes, condições sociais e de saúde para que a população adote um estilo de vida saudável (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Percebe-se que promover ações que articulem os diferentes setores da sociedade a partir da saúde é indispensável para uma abordagem integral da comunidade. Assim, faz-se necessário planejar e executar ações intersetoriais no seu cotidiano de trabalho na APS, com base no conhecimento prévio dos problemas para melhoria dos níveis de saúde da população.

2.2.2 Ações educativas para o empoderamento do autocuidado em saúde

Empoderamento é uma ação educativa destinada a desenvolver um processo social, cultural, psicológico ou político por meio do qual indivíduos ou grupos sociais podem manifestar suas necessidades, preocupações e propor suas próprias estratégias para a tomada de decisões, alcançando ações políticas, sociais e culturais para atender a essas necessidades. Por meio desse processo, as pessoas podem ter maior autonomia para alcançar seus objetivos e, assim, adquirem mais controle sobre suas decisões e ações que afetam a saúde (CESARINO; SCIARRA, 2017).

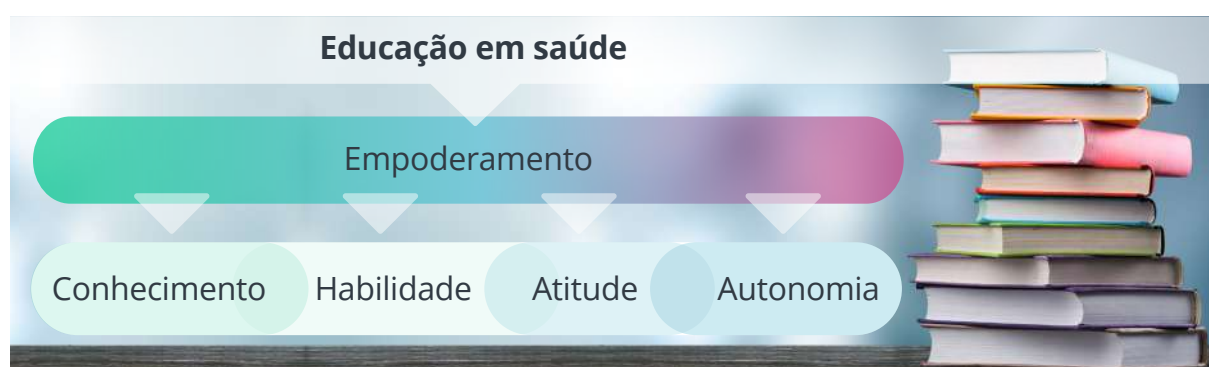
A Organização Mundial da Saúde (OMS) dispõe quatro componentes fundamentais ao processo de empoderamento para o usuário:

- 1 Compreensão de seu papel
- 2 Aquisição de conhecimento suficiente para se engajar nos cuidados de sua saúde
- 3 Habilidades e facilitação na convivência do contexto que experimentam
- 4 Autonomia

Fonte: Cesarino e Sciarra (2017).

Nesse processo de empoderamento dos usuários, os profissionais da saúde devem assumir o papel de facilitadores. Dessa forma, é importante a viabilização de espaços aos usuários, para que esses reflitam sobre situações de rupturas e mudanças no curso da vida e que possam rever seu papel, até mesmo renunciar à impotência e dependência, conseguindo mais autonomia e liberdade e, portanto, transformando-se em sujeitos ativos para si, capazes de realizar o autocuidado (CESARINO; SCIARRA, 2017).

Veja a seguir o mapa conceitual sobre educação em saúde e empoderamento.



Fonte: adaptado de Cesarino e Sciarra (2017).

Para atingir o êxito na prática do autocuidado, é preciso uma relação dialógica, em que usuários e profissionais reconheçam que se deve haver uma negociação partilhada, com práticas pautadas na interação e na troca de experiências entre os envolvidos, e que a equipe de saúde possa oferecer assistência integral e, ainda assim, valorizar o autocuidado como parte da responsabilidade do usuário, necessário para seu desenvolvimento. Para viabilizar esse processo, ações intersetoriais, participação ativa do controle social e atenção às demandas dos usuários devem ser articuladas, fixando compromissos e fomentando projetos para melhoria do acesso da população aos serviços de saúde (TADDEO *et al.*, 2012).

Nesse sentido, propor o empoderamento e estimular a mudança nas práticas de saúde com vistas ao autocuidado requer mudanças no processo de construção dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde. Como corroboram Taddeo e colaboradores (2012), apenas com profissionais e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar os princípios preconizados no SUS referentes à universalidade do acesso, à integralidade do cuidado e à equidade das ofertas em saúde. E, assim, conseguir sujeitos implicados em novas práticas de saúde.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Nesta unidade você compreendeu as práticas da educação popular em saúde e as ações intersetoriais para a abordagem comunitária no âmbito da atenção primária. Conheceu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), as práticas de educação popular na APS, a importância da participação popular no SUS e o empoderamento em saúde.

UNIDADE 03

Grupos na atenção primária

Objetivo de aprendizagem da unidade

Ao final desta unidade, o profissional deverá reconhecer o trabalho em grupo como ferramenta de abordagem em atenção primária à saúde, bem como conhecer técnicas, classificações e métodos avaliativos de grupo para a promoção de saúde, prevenção de doenças e os cuidados em saúde.

Objetivos específicos de aprendizagem da unidade

- Reconhecer o trabalho em grupo como ferramenta de abordagem em atenção primária à saúde.
- Identificar as técnicas, classificações e métodos avaliativos de grupo para promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidados em saúde.

Introdução da unidade: Nesta unidade, vamos aprofundar conhecimentos sobre os grupos como estratégia de abordagem pelas equipes da atenção primária à saúde. Vamos conhecer, também, os principais passos para a sua formação, como se estruturam e as classificações por constituição e finalidades. A seguir, abordaremos como explorar as diferentes dinâmicas de grupo, além de como realizar a avaliação e o monitoramento desse tipo de atividade. Confira.

3.1 FORMANDO GRUPOS

Na área da saúde, é frequente a organização de grupos para assistência à população. Essa modalidade cumpre um requisito assegurado pelas diretrizes que amparam as políticas públicas do país relativas às atividades educacionais voltadas à promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos (SILVA; SOARES, 2013). Como uma das atribuições de todos os profissionais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) assegura a atenção à saúde buscando a integralidade por meio do desempenho de ações coletivas e de educação em saúde (BRASIL, 2012a). No entanto, há um senso comum de que faltam instrumentos aos profissionais em suas formações para intervenções em grupos e coletivos (BRASIL, 2010c).

REFLEXÃO



O caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2010b, p. 106) traz algumas reflexões quanto à prática de atividades em grupos: “O que estranharia ao profissional da saúde, tão acostumado a receber pessoas diariamente, estar com várias delas ao mesmo tempo? Como estar com elas, sem estar com cada uma por vez? Como produzir clínica também no espaço grupal?”

Ao longo desta unidade, pretendemos provocar algumas reflexões sobre a prática grupal na APS e apresentar ferramentas para seu planejamento, realização e avaliação. Para tal, precisamos elucidar que o grupo a que nos referimos não se configura apenas como um somatório de pessoas, mas constitui-se de uma nova entidade com dinâmica própria e leis inerentes a seu funcionamento. Segundo Osório (2003, p. 57), “grupo ou sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados”. Por isso, na área da saúde, são considerados ambientes propícios ao desenvolvimento de todos os envolvidos, tanto no aspecto pessoal como no profissional, que pode ocorrer através da valorização dos diversos saberes (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A primeira experiência grupoterápica registrada ocorreu intuitivamente, quando J. Pratt em 1905 ministrou “classes coletivas” seguidas de livre discussão para usuários com tuberculose sobre medidas higienodietéticas (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). Hoje o trabalho em grupo deixou de ser algo empírico guiado pela intuição dos facilitadores, e existem quesitos chaves que devem, antes do início de suas atividades, serem delimitados, como a escolha do referencial teórico-técnico e características referentes a sua constituição e particularidades, como preferência por faixa etária, condição psicopatológica, etc. (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019).

Assim, o primeiro passo na formação de um grupo é o planejamento. É necessário que se tenha clareza do que se pretende e de como irá operacionalizar seu intento (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). As escolhas realizadas nessa fase influenciam diretamente no sucesso do trabalho; portanto, para facilitar o processo de planejamento, trazemos um quadro com questionamentos sobre os aspectos grupais que devem ser considerados na sua formação. Acompanhe!

?	Qual é a situação que a equipe de saúde está buscando atingir?	?	Qual é o esquema referencial?
?	Para quem se destina?	?	Como funcionará?
?	Que expectativas espera alcançar?	?	Quem vai ser o facilitador?
?	Que espécie de mudanças o facilitador pretende e pode esperar?		

Fonte: adaptado de Zimerman e Osório (1997).

Assim, o primeiro passo para a construção do grupo é definir a sua finalidade e estrutura (BRASIL, 2013a, p. 122):

- **Finalidade:** qual o objetivo do grupo? Seria um grupo com viés preventivo/educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento?
- **Estrutura:** grupo aberto ou fechado? Com um número de encontros previstos ou a depender da dinâmica de seus participantes? Grupo misto ou delimitado por alguma característica específica (grupo de puérperas, pessoas com hipertensão, idosos).

Quanto às metodologias, existem diferentes tipos que podem promover o aporte teórico-técnico necessário para o trabalho em grupo. Dinâmica de grupos, teoria dos vínculos, grupos operativos, psicanálise, psicodinâmica, teoria da comunicação humana e teoria sistêmica são alguns referenciais aceitos na comunidade científica. A escolha de qual utilizar deve ser feita com cautela, pois a metodologia guiará

o andamento do processo grupal e as intervenções terapêuticas propostas. Você conhecerá algumas dessas metodologias também nesta unidade de estudos.

Estrutura dos Grupos

A estrutura se refere aos aspectos espaço temporais de quando, onde e quem irá constituir o grupo. Entra nessa dimensão tamanho, duração dos encontros, frequência e todos os recursos materiais e humanos necessários à existência do grupo.



Na delimitação do número de participantes, recomenda-se que sejam de 3 a 15 pessoas, no máximo, para que haja interação entre todos (MUNARI; FUREGATO, 2003). Além disso, é essencial perceber se o tamanho do grupo permite que todos participantes estejam no campo de visão um do outro e se escutem com clareza.



É importante que o facilitador se sinta confortável com o número de pessoas e avalie se as necessidades principais dos participantes estão sendo atendidas. O objetivo terapêutico proposto para o grupo em questão em conjunto com as potenciais restrições clínicas, caso existam, ditará a duração e a frequência dos encontros (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).



Pode-se planejar encontros de 60, 90 ou 120 minutos, com frequência mensal ou semanal, estando ou não as pessoas em outros tratamentos (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A facilitação de grupos é atribuição de qualquer membro das equipes de saúde na APS e do NASF. Entretanto, a formação inicial, as características pessoais e interpessoais, as competências específicas devem ser adequadas aos objetivos e às características do grupo em questão. Ademais, a premissa da construção e abordagem interdisciplinares é preferencial nos trabalhos em grupo na APS (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019; BRASIL, 2011b).

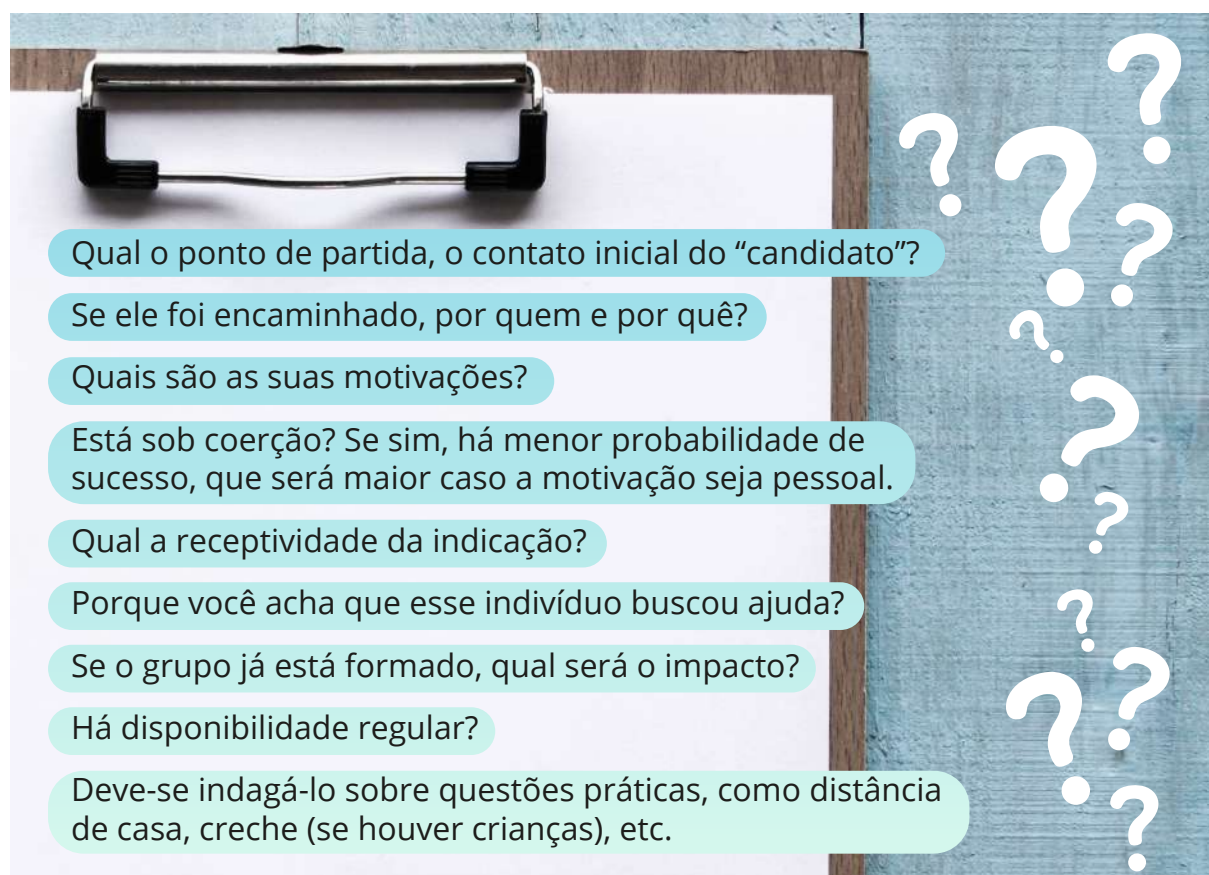
Após as características iniciais serem delimitadas, a próxima tarefa é decidir sobre os critérios de exclusão, inclusão e flexibilizações, que estarão diretamente relacionadas com a modalidade do grupo que está sendo planejado. Esses aspectos serão aprofundados nos itens a seguir. Vamos lá!

3.1.1 Critérios de inclusão/indicação dos usuários

Não são unânimes, entre a comunidade científica, quais critérios de seleção devem ser observados na formação de um grupo – alguns optam por aceitar qualquer pessoa que expressar interesse em participar, outros preferem adotar um rigor na seleção, respaldados que uma motivação frágil do ingressante pode acarretar em pouca participação grupal, abandono prematuro e desconforto contratransferencial (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997), este sendo entendido como aquilo que surge no facilitador como resposta psíquica à relação com o participante (TIMO; RIBEIRO, 2017).

Para evitar esses problemas, a atividade grupal terapêutica pode ser indicada à semelhança da “terapia medicamentosa”, onde o profissional deve verificar o grau de motivação e a expectativa do usuário, bem como as potencialidades e as limitações da terapêutica grupal. Deve-se observar o critério de inclusão isolado mais importante, a capacidade do usuário de desempenhar a tarefa que o grupo se propõe (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019). Esses critérios precisam ser observados, mesmo em grupos abertos, onde esses precisarão ser aplicados na primeira participação do usuário no grupo.

Para auxiliar na tomada de decisão, algumas informações deverão ser obtidas durante a entrevista – acompanhe a seguir a sugestão de perguntas que podem ser usadas como guia.



Fonte: adaptado de Casanova, Osorio e Dias (2019).

**Lembre-se!**

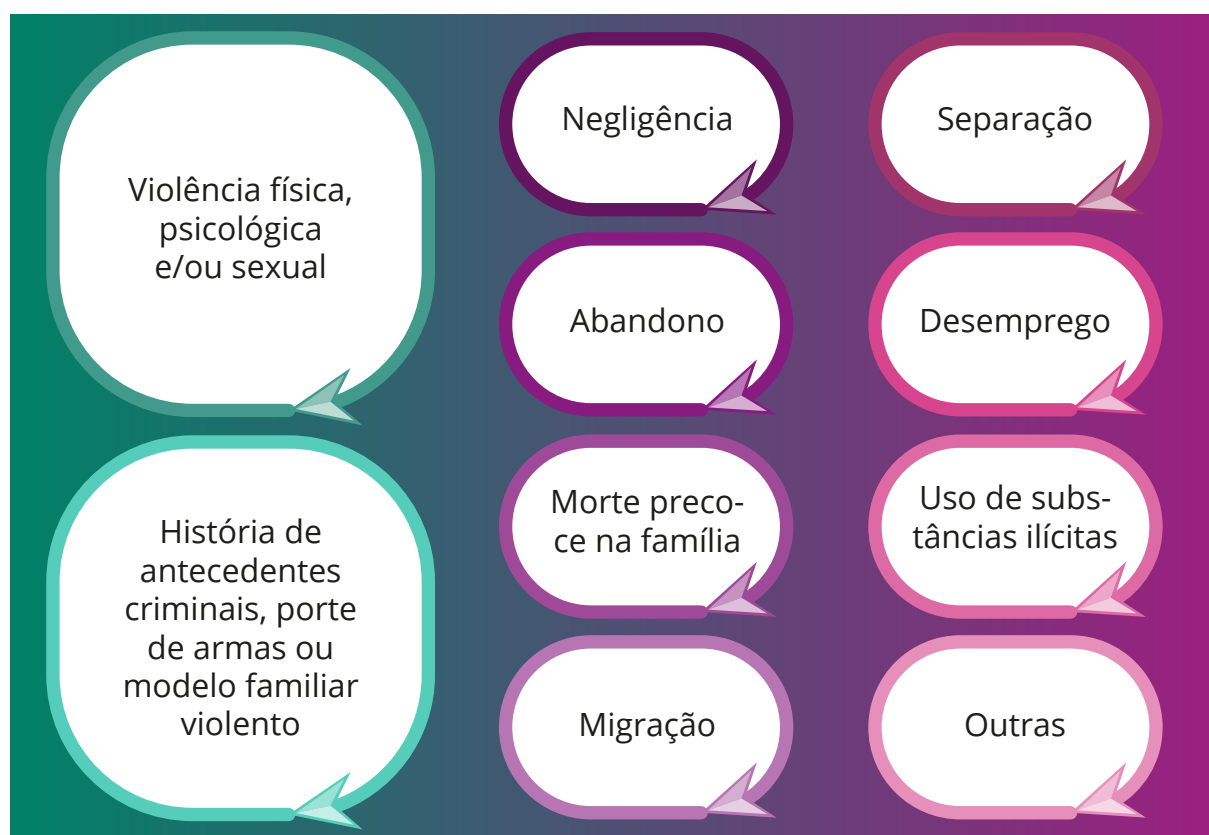
No momento de escolher o grupo para o usuário participar, se não houver um grupo que se adapte bem ao problema diagnosticado é preferível não fazer o encaminhamento ao “indicar aquele que estiver disponível”.

A atividade em grupo pode não ser vantajosa para todas as pessoas, no entanto, devemos considerar que, em algumas situações, é uma ferramenta potente para alcance dos objetivos terapêuticos, seja individual ou coletivo (BRASIL, 2010c). Segundo Casanova, Osório e Dias (2019), beneficiam-se de grupos pessoas com indicações específicas:

- Pessoas com baixa autoestima, humor deprimido, distímico, dificuldades de comunicação, problemas de relacionamento, inibição em ambientes sociais e medo da assertividade e da agressão incontrolada. Também são importantes indicações relacionadas à fobia social leve a moderada (por exemplo, medo de falar ou de se alimentar em público) e os que se intelectualizam excessivamente.
- Pessoas que não podem tolerar a intimidade diádica – da relação a dois, entre o médico e a pessoa – ou que desenvolvem reações contratransferenciais prejudiciais na relação individual (reação emocional imediata às comunicações da pessoa, tanto as abertas quanto as mais sutis, que não contribuem positivamente para o desenvolvimento individual).
- Pessoas com doenças orgânicas crônicas (diabetes, hipertensão), doenças agudas de repetição e má adesão a tratamentos.
- Pessoas dependentes de relação individual podem se beneficiar de interações múltiplas diluídas no grupo.
- Pessoas não verbais, que se sentem bem em grupos onde o foco não está nelas e podem aprender observando as experiências daqueles que têm mais insight, compreensão e expressão.



Durante a entrevista de ingresso e nos encontros grupais há de se prestar atenção nas situações graves, elencadas a seguir, que sugerem necessidade de abordagem por Projeto Terapêutico Singular (PTS) com profissional especializado em saúde mental e outros, especialmente em usuários recém cadastrados pela equipe de saúde na APS.



Fonte: adaptado de Casanova, Osório e Dias (2019).

3.1.2 Critérios de exclusão dos usuários

Assim como os critérios de inclusão, os critérios que determinam a exclusão de um participante das atividades grupais dependem diretamente das características do grupo, do referencial teórico utilizado e do objetivo proposto, por isso não é possível fazer uma lista universal que atenda a todas as modalidades grupais existentes.

O que deve se levar em consideração é que a interação grupal pode não ser indicada para pessoas sem disposição para aceitar as regras do grupo, sem interesse nos outros, sem capacidade de compartilhar o facilitador, demasiado autocentrados ou que apresentam nível baixo de tolerância à ansiedade e à frustração, pois pessoas com essas características podem não obter proveitos das abordagens grupais e atrapalhar os outros que se beneficiam (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019). Como contraindicação universal apresentam-se pessoas com personalidade paranóide, hipomaníacos, monopolizadores com transtornos de conduta grave ou indivíduos com doenças mentais que atrapalhem os outros ou a si próprio a gozar dos benefícios das atividades grupais (OSÓRIO, 2008).

Outras questões devem ser analisadas com prudência, como pessoas com déficits de inteligência, transtornos de linguagem e doenças potencialmente graves que se encontrem em instabilidade, como angina instável e epilepsia (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019).

3.1.3 Inclusão dos participantes no planejamento de grupos

Mesmo que se tenha em mente o objetivo inicial elencado na fase de planejamento, é indispensável fazer um levantamento das necessidades do grupo, considerando idade, sexo, grau de instrução, condições socioeconômicas, interesses e expectativas. Essas informações podem contribuir para o reconhecimento das potencialidades do grupo e para a pactuação de objetivos e metas que os participantes estejam dispostos a seguir.

Da mesma forma que ao atender uma pessoa o médico identifica qual é o problema baseado em sinais e sintomas (fatos), avaliando quais têm relação mais direta com o problema, assim também deve ser no planejamento de um grupo, deve-se estar seguro de que o verdadeiro problema parte de fatos e para conhecê-los é preciso ouvir as opiniões das pessoas afetadas pelo mesmo (BRASIL, 2014).

A participação no planejamento grupal assim como em outras instâncias, busca o fortalecimento da autonomia dos indivíduo como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como peça atuante no processo de avaliação, visto que as demandas de saúde não seguem uma lógica linear, pois dependem da percepção das pessoas envolvidas (BRASIL, 2009).



Lembre-se!

Escutar a opinião dos participantes envolvidos no grupo e compartilhar o poder de decisão sobre o processo de planejamento é uma forma de estimular a participação social, que pressupõe o ato de compartilhamento do poder, troca e construção compartilhada de saberes e o estabelecimento de relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, tendo como objetivo sua efetivação (BRASIL, 2014).

3.1.4 Regras do jogo terapêutico

O *setting* (enquadre) grupal representa o estabelecimento de um espaço com normas onde se desenvolverá o processo grupal, que inclui desde o ambiente físico onde as atividades serão desenvolvidas até a própria composição do grupo (OSÓRIO, 2008). Em outras palavras, é o estabelecimento de regras e procedimentos sobre as atividades grupais, que devem ser, preferencialmente, explicitadas no ingresso dos participantes ao grupo.

Embora o grupo sofra influências externas, o *lôcus* do processo é endógeno, ou seja, é determinado pela identidade do grupo e suas possibilidades (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). Por isso, desde que bem planejado, o *setting* oportuniza um poderoso e rico intercâmbio de experiências, assim como transformações sub-

jetivas que não seriam obtidas em um atendimento individualizado (BRASIL, 2013b).

O processo grupal (andamento terapêutico do grupo) pode ser comparado ao de uma orquestra, cujos diferentes instrumentos tocados pelos músicos e regidos pelo maestro podem estar em perfeita sintonia quando executados com precisão, como podem estar em desarmonia pela desafinação de algum participante, desconcontro entre os membros ou por falha do maestro. Assim também são as atividades grupais, que são influenciadas pela presença de fatores coesivos e disruptivos, que se apresentam de modo síncrono podendo ser elementos conscientes e inconscientes de aparecimento manifesto ou subjacente (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Isso ocorre porque a habilidade para trabalhar em grupo está diretamente relacionada ao modo que as pessoas operam suas emoções e como estas impactam na execução das tarefas. A emoção, por estar no plano da subjetividade, é difícil de ser reconhecida e acessada, pois se localiza em território privado e pessoal (MELO; MAIA FILHO; CHAVES, 2014).

Algumas dessas emoções podem influenciar o processo grupal, dentre as quais:

“

...a busca de afirmação pessoal, rivalidades e alianças, disputas pela liderança, alternância de momentos de coesão e de desagregação, reativação de preconceitos ao lado de sua superação, resistência ou disposição à mudança, surgimento de mal-entendidos tanto quanto esforços para se fazer entendidos, etc.” (OSÓRIO, 2008, p. 29).



Para manejar essas situações disruptivas, o facilitador poderá aplicar diferentes estratégias. Conduzir, esclarecer, contrapor opiniões, listar pontos convergentes e divergentes entre os indivíduos do grupo, elogiar, procurar envolver vários membros quando possível na discussão, manter o foco do assunto centrado nos participantes e não em acontecimentos externos ou na vida de outras pessoas podem ser opções de estratégias para recuperar a produtividade (BECHELLI; SANTOS, 2005). Veja agora três exemplos.

Exemplo 1

Se um participante tende a monopolizar o grupo, descrevendo situações não resolvidas ou dolorosas de seu passado, o facilitador poderá interrompê-lo e questionar os demais integrantes sobre como se sentem ao que está sendo revelando e, também, convidar os demais a apresentar suas experiências, possibilitando assim que outros também participem e tirando o foco no indivíduo monopolizador.

Exemplo 2

Para uma situação de rivalidade ou aliança entre os participantes durante os encontros, o facilitador pode abordar o caso com uma pergunta: “tenho percebido que Maria e Ana direcionam as falas uma para outra; o que vocês pensam a respeito?”.

Exemplo 3

Em casos de resistência, em que os participantes não interagem em grupo, o facilitador pode indagar: “tenho percebido que, quando Raul interage com o grupo dividindo informações, vocês ficam em silêncio. Que sentimentos e sensações despertam em vocês durante a fala do colega?”.

Fonte: adaptado de Bechelli e Santos (2005).

Outras perguntas podem ser formuladas de acordo com a necessidade de intervenção, e a técnica de devolver a pergunta aos participantes poderá despertar uma reflexão e beneficiar a produtividade.

3.1.4.1. Comunicação no grupo

Grande parte do sofrimento humano está no mal-entendido. Para Osório (2008), pelo olhar psicanalítico, eles decorrem, principalmente, de projeções e distorções de sentimentos adquiridos em interações que já ocorreram. Veja exemplo descrito a seguir.

- **Pensamento 1:** Mal posso entender a fala do outro por imputar a ele determinadas intenções fundamentadas no meu relacionamento prévio com ele e/ou outros.
- **Ponderação:** Neste caso, são acionadas além dos fatos anteriores as fantasias pessoais do que penso que o outro sente e pensa sobre mim juntamente com as projeções dos meus próprios sentimentos em relação a ele.

No convívio grupal, quanto melhor a comunicação melhor será o êxito, uma vez que a coesão de um grupo, o comportamento cooperativo e as decisões coletivas

dependem em sua maioria da comunicação existente (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Por isso, ao comunicarmos devemos estar atentos a todos os elementos envolvidos nessa ação, que podem ser por meio verbal, que é a fala, e por meio não-verbal como, por exemplo, a escrita, os comportamentos gestuais e as expressões fisiológicas (OSÓRIO, 2008).

Pela enorme possibilidade de situações práticas, não existem fórmulas corretas sobre como e o que dizer, a fala do facilitador pode ser dirigida a todo grupo ou aos indivíduos separadamente, desde que ela venha acompanhada de uma articulação com a dinâmica da totalidade do grupo. Dias, Silveira e Witt (2009) destacam que é preciso empregar a comunicação com horizontalidade compatível com as características culturais, sociais, econômicas e psicológicas para promover processos emancipatórios nos indivíduos.

O importante é que a fala do facilitador evite a formação de relações verticais que privilegiam um enfoque informativo, desestimulando a participação e a reflexão crítica dos temas lançados à discussão (SILVA *et al.*, 2003), pois sabemos que encontros em formatos de aulas expositivas, onde o conteúdo é transmitido de forma linear e vertical, não alcança os resultados que esperamos. O essencial é que cada facilitador aborde as diferentes situações com zelo e ética (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997), entendendo o processo de comunicação não somente como uma prática de transmissão de mensagens, mas como parte integrante dos sujeitos e da sociedade (SILVA; SOARES, 2013).

O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal (BRASIL, 2013b, p. 132).

3.1.4.2 Abordagem ética na construção e condução de grupos

O conceito de ética na condução de grupos está intimamente ligado com a humanização da saúde, incluindo acolhimento e inclusão, o que favorece o alcance dos objetivos do grupo. Estamos falando aqui, do acolhimento em sua polissemia, que indica uma atitude de inclusão, um “estar com” e um “estar perto de” (BRASIL, 2010c). Inclusão no sentido de acolher e incluir as heterogeneidades dos indivíduos, até mesmo as que me provoca estranhamento e inquietudes (BRASIL, 2010b). Porém não significa aceitação acrítica àquilo que é trazido pelo outro, mas ter uma postura generosa de



acolher as expressões para contrapô-las com a multiplicidade dos interesses do outro e do coletivo, para viabilizar a negociação e a composição de contratualidades do que se deseja e se aceita no exercício do cuidado em saúde (BRASIL, 2010b). Confira algumas considerações a seguir.

Durante a pactuação do contrato grupal, deve ser evitada a negociação de “permuta”, ou seja, na qual o indivíduo participa do grupo em troca de recompensas (como, por exemplo, marcação de consulta, receita médica ou prêmios). Essa prática é incompatível com a promoção da saúde e a educação libertadora e crítica, e representa um instrumento de controle, contrapondo à problematização e consciência de si, preconizadas pelo autocuidado apoiado.

O indivíduo deve ser estimulado a perceber os benefícios de participação no grupo de maneira subjetiva, incluindo o vínculo com a equipe, mudanças positivas de comportamento, melhoria da situação de saúde, aprendizados e envolvimento nas atividades. Assim, de um ponto de vista eticamente comprometido, as práticas grupais devem buscar estabelecer acordos entre profissionais e usuários a partir das possibilidades terapêuticas existentes.

Fonte: adaptado de Osório (2012) e Deleuze (2006).

A complexidade da rotina do trabalho em saúde pode produzir variadas sensações nos profissionais, por isso o facilitador deve conduzir o grupo com cuidado, zelando pela confiança que foi depositada pelo participante. Deve-se considerar as peculiaridades de cada tipo de grupo, sem realizar inferências ou interpretações a partir dos valores e das expectativas de quem conduz o grupo, mas sim levando-se em conta o que foi construído e pactuado pelo grupo (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Outro aspecto que precisamos salvaguardar é manter o sigilo, que é um ato de alta responsabilidade requerendo elevada postura ética (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019). Nas atividades grupais, não é só preciso se policiar para manter o próprio sigilo, como também o dos participantes. Muitos profissionais receiam que o grupo trará uma exposição desnecessária do participante, frente a desconhecidos, ou que a verdade nunca será dita porque não se deseja expor frente aos demais. Por isso, são fundamentais o sigilo e a confiança entre as pessoas, que podem ser alcançados quando os participantes, antes de tratar do assunto proposto, tenham espaço para a criação da grupalidade, do vínculo e da cumplicidade (BRASIL, 2010c). Se os participantes do grupo considerarem que o sigilo é necessário, o fato de todos os participantes estarem expostos é um bom argumento para efetivá-lo (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019). A abordagem ética na construção e condução de um grupo também pode ser identi-

ficada quando o facilitador garante o cuidado longitudinal, para tal pode-se lançar mão de grupos coordenados por mais de um membro da equipe, pois facilitam a continuidade ao longo do ano, além de trazer outras potencialidades, pois duas pessoas captam mais que uma, cada indivíduo tem uma percepção sobre o grupo e sobre os acontecimentos que nele ocorrem (BRASIL, 2010c).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DOS GRUPOS

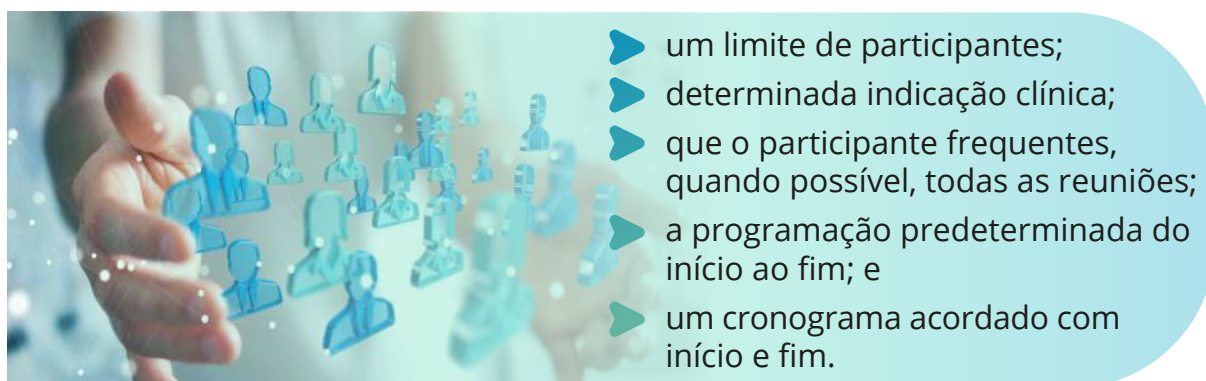
Vamos, agora, aprofundar conhecimentos sobre a classificação dos grupos, como são constituídos e classificados. Acompanhe.

3.2.1 Classificação da constituição dos grupos

Podemos classificar os grupos quanto a sua constituição, finalidades e referenciais teóricos, no entanto, as delimitações se confundem, pois há interposição, complementaridade e suplementação entre as classificações existentes (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019). Por isso, faz-se importante o conhecimento e a compreensão das classificações para se entender como podem agir nos comportamentos e estilo de vida dos integrantes do grupo em relação (BARRETO, 2003).

3.2.1.1 Grupos abertos ou fechados

Um grupo pode ser considerado aberto quando aborda temas elencados pelos participantes, ou quando os participantes variam, pois não é exigida uma frequência de participação (BRASIL, 2010c). Geralmente os grupos desta modalidade se formam com maior número de participantes, por acontecerem por tempo ilimitado e possuírem poucos critérios de inclusão a serem alcançados (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019). Por sua vez, os grupos fechados podem possuir essa denominação por exigirem:



Fonte: adaptado de Brasil (2010c).

Essa modalidade costuma ser de duração prevista, por estarem focados em determinados tópicos, funcionando como uma terapia breve (FOULKES, 1948), como grupo de cessação do tabagismo, por exemplo.



A midiateca do módulo sugere uma leitura sobre o tema “Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência” de Isa Haro Martins, Cristiane Pereira Mendes, Maria Antônia Silva Costa, Daniela de Souza Mendes, Valéria Ferreira Romano, Sérgio Coelho Gomes, Alessandra Reis e Regina Dias Neves

Sabemos que, na atenção primária, os grupos abertos são mais frequentes que os fechados, dado o caráter das ações a serem desempenhadas – os grupos fechados exigem maior dedicação dos profissionais e ficam restritos às demandas de populações específicas, por outro lado trazem maior possibilidade de vínculo e de construção de confiança entre as pessoas, visto que os participantes e o profissional que os acompanham são os mesmos. Em um grupo aberto, existe o vínculo e a confiança, porém é mais rotineiro que se desenvolvam espaços de convivência, educativos e informativos (BRASIL, 2010c).

3.2.1.2 Grupos homogêneos

Grupos homogêneos são aqueles que possuem homogeneidade em relação a algum aspecto ou característica em função dos objetivos a que se dispõem (OSÓRIO, 2008). Podemos citar como exemplos os que compartilham fases do ciclo da vida (como crianças, adolescentes, mulheres, homens, gestantes, idosos), independentemente do agravo de saúde de seus participantes, ou os grupos com participantes com o mesmo diagnóstico, como pessoas com diabetes, obesidade, asma, depressão, portadores de deficiências físicas, ostomizados, mastectomizadas, com transtornos psicossomáticos, usuários terminais, paraplégicos, cardíacos, vítimas de violência entre outros (OSÓRIO, 2008).

O fato de os participantes se identificarem entre si pode ser altamente favorável ao processo terapêutico; no entanto, ao longo do tempo, a homogeneidade pode ser fator de reforço de discriminação entre aqueles que se sentem inferiorizados (OSÓRIO, 2008). Quando essa situação for identificada será necessário incluir no grupo alguém que “não pertença” diretamente a ele para oportunizar conviver com as diferenças (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019). A seguir trazemos alguns exemplos. Acompanhe, agora, mais informações e aprofunde seus conhecimentos sobre cada um deles.



Grupos de gestantes e/ou casais grávidos



Grupos de adolescentes



Grupos de saúde mental

Grupos de gestantes e/ou casais grávidos

O grupo de gestantes é conhecido como a melhor forma de fomentar a compreensão do processo de gestação, pois possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, além de ser uma ferramenta para oportunizar a participação do pai ou pessoa companheira no pré-natal (BRASIL, 2006b). É importante que os temas abordados sejam pactuados com cada grupo, a partir de temas escolhidos pelas próprias participantes. Como guia o Caderno de Atenção Básica ao Pré-natal (BRASIL, 2012b, p. 41) recomenda abordar:

- o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida;
- a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto;
- os cuidados com o recém-nascido;
- a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar;
- os direitos da gestante e do pai ou acompanhante;
- os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e
- o uso de medicações na gestação.



Para saber mais sobre os grupos com gestantes, acesse o “Segunda Opinião Formativa”: como devo proceder para montar um grupo de gestante?” do Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul, disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-devo-proceder-para-montar-um-grupo-de-gestante/>

Grupos de adolescentes

Nesta fase etária, o formato grupal é melhor tolerado do que os atendimentos individuais, isso porque podem se sentir ameaçados ou envergonhados visto que as inquietudes estão mais concentradas na relação médico-pessoa (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2019). Em consulta individual para abordar assuntos tabus e dúvidas pessoais os adolescentes precisam se expor e falar de assuntos que lhes constroem, já nas atividades grupais, principalmente por meio de dinâmicas, há o favorecimento de troca de informações sem que o adolescente tenha que voluntariar sua dúvida ao profissional.

Os motivos para ênfase no atendimento grupal podem ser sintetizadas em: por ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de agravos; as necessidades dessa faixa etária são atendidas melhor nessa estratégia, a atividade possibilita maior impacto numérico e favorece a construção de rede de proteção social que busque garantir os direitos dessa população (BRASIL, 2010d).

**Lembre-se!**

Em todas as atividades de saúde que desempenhamos somos incentivados a desenvolver ações intersetoriais. Isso deve ser observado principalmente ao se trabalhar com adolescentes, visto que não costumam procurar os serviços de atenção primária com frequência. Por isso, o estabelecimento de atividades extramuros e parcerias intersetoriais são de fundamental importância (BRASIL, 2010d).

Sabemos que é preciso ampliar a inserção de adolescentes na atenção primária, não apenas na perspectiva de serem o foco das ações de saúde com as especificidades características dessa faixa etária, mas, especialmente, incluí-los no planejamento e desenvolvimento de ações que os configurem como protagonistas, que estimulem às suas potencialidades e proporcionem a construção de cidadania (BRASIL, 2018).

REFLEXÃO

Nesse sentido, fica o questionamento sobre as práticas grupais: como é possível avançar do modelo de prevenção de comportamentos de risco em saúde sexual e reprodutiva para um que considere as diversidades de fatores relacionados à saúde integral dos adolescentes?

Grupos de saúde mental

Não há dúvida de que os profissionais da atenção primária podem e devem atuar com pessoas em sofrimento mental, exercendo algum grau de cuidado, do acolhimento ao tratamento farmacológico – via de regra, desde o primeiro contato os profissionais podem ser terapêuticos por meio do vínculo (BRASIL, 2011b). A ação terapêutica decorrente de vínculos bem-estruturados de cuidado é observada em grupos com essas características (BRASIL, 2013b).

Os desafios nesse contexto estão relacionados à necessidade de produzir dispositivos que respondam às situações emergentes no território da APS. Como estratégia de superação, recentemente, tem se desenvolvido modelos de grupos baseados em técnicas psicoterápicas para serem realizadas pelas equipes, com ou sem a participação direta dos profissionais de saúde mental, estes, atuam dando subsídio às atividades do grupo por matriciamento nas localidades onde esse formato é possível (BRASIL, 2011b). Geralmente, esses grupos baseiam-se em técnicas psico-

terápicas, como a terapia interpessoal, a reatribuição e a terapia de resolução de problemas (BRASIL, 2011b). Outra forma de abordagem que também tem sido considerada promitente é a Terapia Comunitária Integrativa. Realizada em rodas abertas e comunitárias, possibilita a aproximação entre seus participantes e permite o fortalecimento dos vínculos, mediando o ambiente de segurança que é construído onde dificuldades são compartilhadas e processos de tratamento vivenciados (LEMES *et al.*, 2020).

3.2.1.3 Grupos heterogêneos

Grupos heterogêneos são aqueles que possuem heterogeneidade em algumas características específicas dos indivíduos em função dos objetivos a que se destinam. Para esses grupos, a complexidade do trabalho de eleger e agrupar será maior, pois é justamente na seleção da diversidade esperada que reside a funcionalidade do grupo. O desafio de se trabalhar com a heterogeneidade está na relação direta da diversidade com as dificuldades iniciais, Osório (2008) versa sobre uma regra referente a esse tipo de grupo que expressão - quanto maior for a diversidade, maiores serão as dificuldades encontradas para que o processo grupal tenha fluidez e os participantes estejam integrados, mas correspondentemente, serão os benefícios terapêuticos alcançados pela evolução grupal.

Como exemplo de grupo heterogêneo, podemos citar a estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

No Brasil, a GAM visa aumentar o poder de negociação do indivíduo que utiliza psicofármacos com os profissionais da saúde envolvidos no seu tratamento, principalmente com médicos, por prescreverem os medicamentos. Parte do princípio que cada indivíduo tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e que deve ter cogestão nas decisões medicamentosas visto os efeitos que causam em todos os aspectos da vida (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).



A GAM é aplicada sempre no contexto de grupo heterogêneo, com a participação de pessoas com sofrimento mental, trabalhadores da área da saúde e/ou residentes, ocasionalmente familiares também foram inclusos (BRASIL, 2015).

Essa estratégia aplicada a um grupo de saúde mental demonstrou que ao final dos encontros os participantes demonstraram maior conhecimento sobre os medicamentos que tomavam, serviu de base para ajustes no tratamento e fortaleceu suas participações enquanto militantes da saúde mental (GONÇALVES; CAMPOS, 2017).

3.2.2 Classificação da finalidade dos grupos

Vamos, agora, aprofundar conhecimentos sobre a classificação da finalidade dos grupos, acompanhe.

3.2.2.1 Ajuda mútua (autoajuda)

Objetivam o crescimento pessoal, têm referência prática na conotação positiva às conquistas de seus participantes, na luta diária para superar o problema que o grupo se propõe trabalhar. Em geral são coordenados por um participante que compartilha o mesmo sofrimento, porém em alguns casos por um profissional da saúde (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019).

São homogêneos de natureza e abordam os mais variados sofrimentos, são grupos de alcoólatras anônimos, obesos, artríticos, hipertensos, colostomizados, mastectomizadas, diabéticos, asmáticos, aidéticos, e outros tantos (OSÓRIO, 2008). Seguem os princípios básicos de experiência compartilhada, educação, autoadministração, aceitação de responsabilidade, concordância na mudança pessoal, confiança e anonimato, assim possibilitam que os participantes aceitem e assumam o seu problema de forma menos conflituosa e proporcionam estímulo à socialização (ZIMMERMAN; OSÓRIO, 1997).

3.2.2.2 Psicoeducativos

Com interface entre a pedagogia e a psicologia, têm como objetivo conhecer as crenças, as ideias e os sentimentos de seus integrantes, mediante o encorajamento de novas aprendizagens e do compartilhamento no grupo, busca-se refletir sobre experiências vivenciadas e modificar a realidade indesejada (AFONSO, 2006). Com finalidade predominantemente pedagógica, podem ser empregados para gestantes, fumantes, hipertensos, diabéticos, obesos e pessoas com transtornos variados – alimentares, de humor, déficit de atenção e hiperatividade, obsessivo compulsivo (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2019).



Apesar de ser abordado, o foco não é a capacitação teórico-técnica, mas sim as circunstâncias dos quadros nosológicos apresentados pelos participantes, sendo o processo que ocorre no desenvolver das atividades em grupo o condutor terapêutico, um dos motivos da crescente necessidade por esse tipo de atendimento na APS (OSÓRIO, 2008).

Enquete:

Dentre as práticas descritas abaixo, assinale as que ocorrem na UBS onde você atua:

- ☐ grupos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica para renovação de receitas;
- ☐ grupos de pessoas com diabetes mellitus com baixa adesão para “escutar toda semana que não devo comer doce”;
- ☐ grupos de gestantes com distribuição de prêmios ou lanches;
- ☐ grupos de mães beneficiárias de programas de transferência de renda.

Ficou curioso para saber mais sobre as reflexões sobre essa enquete? Recomendamos a leitura das páginas 67 a 73 do Cadernos de Atenção Básica, n. 39 “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – vol.1 Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, disponível no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

3.2.2.3 Operativos

São grupos híbridos constituídos a partir dos referenciais teóricos da psicanálise e da dinâmica de grupo. A técnica consiste no desempenho de tarefas coletivas que visam organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os participantes com objetivo de promover o processo de aprendizagem (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Atualmente há um incentivo ao uso dessa modalidade dentro dos serviços de saúde de atenção primária para pessoas que precisam aprender o autocuidado no manejo das doenças crônicas, principalmente por oportunizar a transformação do conhecimento em comportamento, a partir das necessidades e da realidade dos integrantes (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017). Sendo demonstrado que, em artigo de revisão, apesar das dificuldades e desafios enfrentados quando se trabalha com pessoas caracterizadas por histórias distintas, esse processo prático se mostrou eficiente, alcançando resultados positivos na promoção, prevenção e educação em saúde (MENEZES; AVELINO, 2016).

O processo grupal divide-se em três momentos, pré-tarefa, tarefa e projeto, que não seguem uma lógica linear e cumulativa (PICHON-RIVIÈRE, 2009). **Acompanhe!**



Pré-tarefa - momento em que predominam mecanismos de dissociação, a fim de defender os sentimentos de culpa, postergação, dificuldade de tolerância e frustração. Os sentimentos são referentes ao processo de mudança, necessário para alcançar os objetivos traçados, que está por vir. Podem ser identificados resistência, medo, ansiedade.



Tarefa - momento em que se rompe a estereotipia, e os sentimentos que surgem são elaborados, avançando na consecução do objetivo. Nesse momento, é possível sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas e/ou novas, pois percebe-se maior operatividade e criatividade.



Projeto - é neste momento que se quebram paradigmas e são reconstruídos preconceitos. O trabalho sobre a tarefa do grupo acontece simultaneamente ao trabalho individual interno oportunizado pelo grupo.

Fonte: adaptado de Soares (2007).



Conheça o relato "Grupos operativos: a experiência de um grupo de mulheres em São Bernardo do Campo/SP", contido na página 124 do link a seguir: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

3.2.2.4 Dinâmica de grupo

Ao longo da teorização da dinâmica de grupos, diferentes opiniões surgiram sobre essa metodologia. Para Osório (2008), a dinâmica de grupos a partir da teoria da Gestalt, por Kurt Lewin, não se constitui em uma proposta de abordagem terapêutica, mas é considerada como um pilar das terapias grupais, visto que seu autor foi o primeiro a estudar os grupos e suas identidades como sistema, bem como os fenômenos que lhe são específicos e princípios gerais que governam seu funcionamento. Para outros são técnicas para conduzir alguma atividade em grupo, como discussões, representação, observação, trabalho em equipe e feedback de processos coletivos (BARRETO, 2003).

O objetivo principal da dinâmica de grupo é conhecer o comportamento do grupo e investigar a experiência, focando no aspecto emocional, nas crenças e nas ações dos participantes, pode possuir ainda conotação pedagógica quando são compartilhadas algumas informações, os resultados que se esperam é fomentar o autoconhecimento, proporcionar o contato com sentimentos e a responsabilidade consigo mesmo, incluindo a conscientização dos participantes sobre sua parcela de responsabilidade no tratamento (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Existem inúmeras técnicas para se alcançar os objetivos a qual a dinâmica de grupos se propõem. Ao longo dos anos, essas técnicas têm-se mostrado bastante eficazes. Em geral, como forma de atuação, configuram-se por encontros com temas definidos

previamente e esgotados em cada sessão, cujo tema é apenas o estímulo inicial, podendo ser alterado caso emergja uma questão distinta que mobilize mais o grupo (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

3.3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO GRUPO

A avaliação é um instrumento utilizado para medir a evolução dos processos, e essa estratégia vai além de aplicar testes e conceber notas, pois exige um acompanhamento do participante em diferentes momentos do processo. Conforme Munari e Furegato (2003), a avaliação é um processo importante do desenvolvimento grupal; no entanto, apesar de sua importância, não existem muitas diretrizes para o seu planejamento e execução. Isso acontece porque não existem protocolos fixos a serem executados, os embasamentos teóricos são pouco objetivos sobre o que é certo e errado para o trabalho grupal (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Outro motivo pode estar relacionado à dificuldade de classificar os grupos. Ressalta-se que o intento de classificar os grupos pode partir de muitos pontos de vista, uma vez que há certa confusão semântica na área da grupalidade, pois uma mesma denominação pode estar se referindo a diferentes aplicações práticas. Essa confusão conceitual pode causar prejuízo no intercâmbio de experiências entre os diferentes profissionais (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997), pois pode-se estar comparando modalidades diferentes de grupo, que naturalmente produzem resultados distintos.

Alguns autores recomendam que a avaliação do grupo deve conter, no mínimo, duas análises: dos participantes e do processo grupal. Pode-se utilizar indicadores individuais ou coletivos com abordagens quantitativas e qualitativas (FERREIRA NETO; KIND, 2011; GAYOTTO, 2003).

Assim, podemos avaliar o andamento no grupo em si com itens como número de participantes e o andamento da atividade. Como forma de avaliar grupos de educação em saúde Dias, Silveira e Witt (2009) trazem algumas possibilidades, veja a seguir.

01

Sondagem por intermédio de questões objetivas que deve solicitar uma avaliação de desempenho do participante, o facilitador pode realizar a avaliação sem anunciar, como se fosse uma dinâmica grupal normal.

02

Registro diário escrito pelos participantes avaliado em ponderação com os objetivos do grupo; sendo a comparação das impressões do facilitador com os relatos dos participantes uma estratégia de complementação dessa forma de avaliação.

03

Entrevistas individuais ou do preenchimento de instrumentos como um questionário de satisfação, ao final do grupo ou avaliação da permanência do participante na atividade.

04

O feedback do coordenador, recurso utilizado principalmente a partir da observação deste frente aos fatos que ocorrem no desenvolvimento do trabalho.

05

Avaliações sob perspectiva de um avaliador externo, pode-se convidar algum membro das equipes da APS para realizar a atividade, essa maneira de realizar a avaliação permite captar detalhes importantes sobre o processo como um todo.

Fonte: adaptado de Dias, Silveira e Witt (2009).

Ao analisar o desfecho, podemos avaliar se foram alcançadas mudanças clínicas nos membros do grupo, como melhora em níveis glicêmicos, diminuição de número de internações ou idas à urgência em usuários asmáticos, ou se alcançamos os objetivos propostos como de prescrição de medicamentos ou alcance de autonomia em autoaplicação de insulina. Fatores terapêuticos por meio de check list são sugeridos por Oliveira e colaboradores (2008) na avaliação de grupos de suporte. A avaliação de qualidade de vida pode ser utilizada após a intervenção em grupos de promoção da saúde (PAULA *et al.*, 2016). Métodos observacionais, estudos qualitativos e até ensaios clínicos são possibilidades avaliativas utilizadas (MENEZES; AVELINO, 2016).

Em relação aos grupos operativos, podemos considerar seis vetores no qual os grupos podem ser avaliados, são eles: sentimento de pertencimento; comunicação; cooperação; tele (relacionado à empatia); aprendizagem e pertinência (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Esses indicadores foram elencados baseados na concepção de Pichon-Rivière de que o processo grupal é espiral dialético, ou seja, está sempre em movimento e diante de uma situação surge uma interpretação que provoca desorganização na estrutura, e, a seguir, a resposta do grupo é tentar se transformar-reorganizar para dar conta de seu processo, passando por uma reestruturação (SOARES; FERRAZ, 2007).



Para mais informações sobre implementação, monitoramento e avaliação de grupos na APS, recomendamos a leitura do capítulo “Registro, monitoramento e avaliação do Brasil” em: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Considerando a escassez de técnicas avaliativas para processos grupais entendemos que, com cautela, é possível extrapolar os métodos de avaliação sugeridos para determinados grupos para outras classificações, considerando sempre os objetivos propostos e fazendo adaptações quando necessário.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Nesta unidade você aprendeu que o trabalho em grupos na atenção primária é uma alternativa que busca garantir a integralidade da atenção, além de ser um espaço de valorização dos saberes e de potencialidades terapêuticas. Conheceu ferramentas necessárias para o planejamento da atividade, teve contato com as características e as dinâmicas dos grupos. Ainda, refletiu sobre os aspectos éticos da condução grupal e sobre os desafios do processo avaliativo.

Encerramento do módulo

Neste módulo estudamos a importância dos conceitos de território e territorialização para a realização do diagnóstico social em saúde, além de ferramentas úteis na atenção primária, como os sistemas de georreferenciamento. Foi possível identificar a relação intrínseca entre o diagnóstico em saúde e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), bem como a importância de inserir usuários neste processo, fortalecendo a participação social no SUS.

Foi abordada a educação popular em saúde e sua importância no desenvolvimento de ações coletivas na abordagem dos problemas mais prevalentes em saúde na comunidade. Destacou-se a necessidade de ações intersetoriais, além do envolvimento da comunidade, para a proposição de intervenções relativas a demandas em saúde.

Por fim, exploramos a utilização dos grupos na atenção primária como técnica relevante na abordagem comunitária. Foram detalhados os processos de formação e postura ética nos grupos, bem como suas classificações, finalidades, dinâmicas de funcionamento e avaliação.

Esperamos que este conteúdo impulse você na melhoria e no aprimoramento do seu cotidiano de trabalho e atenção à saúde da população na APS.

Referências

AFONSO, M. L. M. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**, v. 3, p. 98-119, 2000.

BARRETO, M. F. **Dinâmica de grupo**: história, prática e vivências. Campinas: Alínea, 2003.

BASTOS, G. A. N.; BASTOS, J. P.; CABALLERO, R. M. da S. Abordagem comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. p. 979-999.

BECHELLI, L. P. de C.; SANTOS, M. A. dos. O terapeuta na psicoterapia de grupo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 249-254, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200018>. Acesso em: 27 nov. 2020.

BORGES, C.; TAVEIRA, V. R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. p. 963-978.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Economia. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **IVS: Atlas da Vulnerabilidade Social**. 2021. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Simone M. Santos, Christovam Barcellos (org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 136 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** (Caderno n. 5). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini *et al.* (org.). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** - Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil** – 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

CASANOVA, F.; OSORIO, L. C.; DIAS, L. C. Abordagem comunitária: grupos na atenção primária a saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. p. 1208-1226.

CESARINO, C. B.; SCIARRA, A. M. P. Empoderamento na Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 3, 2017.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. Roberto Machado. 2. ed. São Paulo: Graal, 2006.

DI VILLAROSA, F. N. A. **Estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário**: Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 11. Brasília: OPS-Representação do Brasil, 1993.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Cien Saúde Colet**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-territorializacao-da-atencao-basica-a-saude-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil/17225>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da Saúde**: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte: Fapeming, 2011.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. de S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-329, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>. Acesso em: 26 nov. 2020.

FOULKES, S. H. **Introduction to group-analytic psychotherapy**. Londres: Ed. Heinemann, 1948.

GARCIA, L. M. T. *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em debate**, v. 38, p. 966-980, 2014.

GAYOTTO, M. L. C. Avaliando o desempenho grupal. *In*: GAYOTTO, M. L. C. *et al.* (org.). **Liderança II: aprenda a coordenar grupos**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 185-219

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini *et al.* DSC/FCM/ UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan./mar. 1991. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004. Acesso em: 5 jul. 2020.

GODIN, G.; MONKEN, M. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: CARVALHO, A.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.1-22.

GOMES, R. M. de L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00166216, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2020.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária**: 2º edição (ciap-2). 2009. 212 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Clínica Médica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/publico/GustavoGusso.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 25-36, 2004.

KLEBA, M. E. *et al.* Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**, v. 24, n. 38-39, p. 159-178, 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2016.

LANDSBERG, G. de A. P. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, nov. 2012.

LEMES, A. G. *et al.* Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 33, e-APE20190122, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0122>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. p. 96-126.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. Ação social e intersectorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p.505-515, 2006, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200016>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MELO, A. S. E.; MAIA FILHO, O. N.; CHAVES, H. V. Conceitos básicos em intervenção grupal. **Encontro: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 17, n. 26, p. 47-63, jul. 2014.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MÜLLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 978-982, 2010.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, R. A. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora, 2003.

MURRAY, S. A. Experiences with “rapid appraisal” in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. **Bmj**, v. 318, n. 7181, p. 440-444, 1999.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA-MUSSE, J. *et al.* Processo de territorialização/estimativa rápida em saúde e a formação do médico generalista. **Revista de Saúde Coletiva da UFFS**, v. 7, n. 2, p. 2-7, 2017.

OLIVEIRA, L. M. de A. C. *et al.* Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 432-438, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300008>. Acesso em: 26 nov. 2020.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed, 2003.

OSÓRIO, L. C. **Grupoterapias**. Abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PAULA, G. R. de *et al.* Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 242-249, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i>. Acesso em: 26 nov. 2020.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, G. W. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PEIXOTO, M. V. *et al.* Construção e aplicação de um índice de vulnerabilidade em saúde. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 281-296, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2020v8n2p281-296>. Acesso em: 20 jul. 2022.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

RIBEIRO, K. G.; AGUIAR, J. B. de; ANDRADE, L. O. M. de. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.

RIBEIRO, P. C. *et al.* Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 161-174, 2012.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

ROLIM, L. B. *et al.* Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

SILVA, A. L. A. C. *et al.* Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 18-24, 2003.

SILVA, K. L. *et al.* Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 4361-4370, 2014.

SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 640-647, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300640&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 maio. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000300017>.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A, F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007.

SPERANDIO, A. M. G.; FRANCISCO FILHO, L. L.; MATTOS, T. P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1931-1938, 2016.

TADDEO, P. da S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TANCREDI, F. B. *et al.* **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 2).

TIMO, A. L. R.; RIBEIRO, P. de C. Contratransferência: surgimento e evolução do conceito em teóricos das relações objetais. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 275-293, dez. 2017.

TOMASI, Y. T.; SOUZA, J. B. de; MADUREIRA, V. S. F. Diagnóstico comunitário na estratégia saúde da família: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1546-1553, 2018.

TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, 2003. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D. Educação popular. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. p. 415-437.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949-962, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300949&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711422>.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Biografia dos conteudistas

Giovana Bacilieri Soares

Médica de Família e Comunidade, mestre em Saúde Pública UFSC (2009). Especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS - Hospital Sírio-Libanês (2016). Residência médica em Medicina de Família e Comunidade UFSC (2006).

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1802452690555389>

Flávia Henrique

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), residência em Medicina de Família e Comunidade (2006), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006), Pós-graduação no Curso de Qualificação de Gestores do SUS (2010) pela ENSP, Especialização em Apoio Institucional pela UNICAMP (2013) e doutorado em Saúde Pública pela ENSP (2017). É servidora efetiva da Prefeitura Municipal de Florianópolis desde 2006, supervisora dos médicos do Mais Médicos desde 2014 e Professora efetiva da UFSC Araranguá desde 2016. Atuou como professora substituta da UFSC por dois anos (2007/2009). Trabalhou como apoiadora institucional descentralizada do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (2012/2016). Atuou como Gerente de Atenção Básica do município de Criciúma (2016/2018). Tem experiência na área de Saúde da Família e Saúde Coletiva, com ênfase em Avaliação, Planejamento e Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: SUS, avaliação na atenção básica, programa saúde da família, medicina de família e comunidade, planejamento, gestão pública e docência em saúde.

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9464910409500247>

Carolina Carvalho Bolsoni

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC (2009). Mestra (2012) e Doutora (2017) em Saúde Coletiva (UFSC). Especialista em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal de São Carlos (2018). Pós-doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Atualmente desenvolve atividades junto à Especialização em Atenção Básica em Saúde- UNASUS/UFSC. Membro da Equipe de Produção Editorial do Curso de Violência doméstica contra as mulheres e Enfrentamento do sobrepeso e obesidade. Coordenadora técnica do Curso de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Área de pesquisa - Violência e Saúde; Saúde do Idoso.

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6654871617906798>

Dalvan Antônio de Campos

Nutricionista formado pela Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Trabalha com pesquisa em Saúde Coletiva, no Departamento de Saúde Pública/UFSC, vinculado ao Núcleo de Estudos EPICENES, é membro da equipe editorial da revista Saúde & Transformação Social e atua no desenvolvimento e oferta de cursos de especialização, capacitação e autoinstrucionais na Universidade Aberta do SUS - UFSC.

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2272195512817044>



Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 2 | FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE

MÓDULO 07

Abordagem comunitária

2ª edição

REALIZAÇÃO

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

