



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

CURSO
**TRABALHO COM GRUPOS NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Florianópolis – SC
UFSC
2018

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Gerência de Complexos Reguladores
Central Estadual de Telemedicina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria
Pró-Reitoria de Pesquisa
Pró-Reitoria de Extensão
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo
Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda
Luise Ludke Dolny
Elis Roberta Monteiro

AUTORES

Aimée Bianchessi Sauer
Luana Gabriele Nilson
Luise Ludke Dolny
Marcos Aurélio Maeyama

REVISORES

Elis Roberta Monteiro
Luise Lüdke Dolny
Josimari Telino de Lacerda

© 2018 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

U58t Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.

Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina, Aimée Bianchessi Sauer... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Florianópolis : UFSC, 2018.

39 p. : il., gráfs., tabs.

Modo de acesso: telessaude.sc.gov.br

Inclui bibliografia.

1. Atenção primária à saúde. I. Sauer, Aimée Bianchessi. II. Título.

CDU: 614:37

Elaborado por Dênira Remedi – CRB 14/1396

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Catarina Saad Henriques. Image by Freepik.

AUTORES

Aimée Bianchessi Sauer

Médica. Médica Residente de Medicina Interna no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

Luana Gabriele Nilson

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UFSC). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: luanagnilson@gmail.com

Luise Ludke Dolny

Psicóloga. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: luiseludke@gmail.com

Marcos Aurélio Maeyama

Odontólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Consultor do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: marcos.aurelio@univali.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO	07
Unidade 1 - Por que formar grupos na Atenção Básica	09
Unidade 2 - Identificando necessidades e demandas no território para a formação de grupos.....	16
Unidade 3 - Quais tipos de grupos podemos formar na Atenção Básica?.....	23
Unidade 4 - Aspectos da definição, planejamento e funcionamento de um grupo na Atenção Básica.....	28

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Trabalho com Grupos na Atenção Básica à Saúde!

Os objetivos deste curso são:

- **Entender** como o modelo de atenção proposto pelo SUS exige que utilizemos estratégias que vão além dos cuidados individuais para o atendimento das necessidades de saúde da população;
- **Conhecer** os aspectos que devem ser considerados na análise das necessidades de saúde e na identificação de problemas que podem ser solucionados com atividades de grupos na Atenção Básica.
- **Reconhecer** as diferenças entre grupos com foco na prevenção de doenças e grupos com foco na promoção da saúde.
- **Conhecer** os aspectos que devem ser considerados na análise e na identificação de problemas/demandas a serem enfrentados com a formação de um grupo na Atenção Básica.
- **Conhecer** alguns passos para definição das características e do planejamento das atividades e de um grupo.

O curso está organizado em 4 unidades de aprendizagem:

UNIDADE 1	Por que formar grupos na Atenção Básica?
UNIDADE 2	Identificando necessidades e demandas no território para a formação de grupos.
UNIDADE 3	Quais tipos de grupos podemos formar na Atenção Básica?
UNIDADE 4	Aspectos da definição, planejamento e funcionamento de um grupo na Atenção Básica.

Você deverá realizar todas as atividades de avaliação propostas pelo curso para que possa receber o seu certificado de conclusão. Lembre-se que estas atividades de avaliação devem ser respondidas no Ambiente Virtual Moodle Telessaúde.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

**Por que formar grupos
na Atenção Básica?**

UNIDADE 1 – POR QUE FORMAR GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA?

Objetivo: Entender como o modelo de atenção proposto pelo SUS exige que utilizemos estratégias que vão além dos cuidados individuais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), existia no Brasil uma clara uma distinção na execução das ações de saúde: as atividades individuais, de caráter assistencial-curativas, eram realizadas pelo setor privado; enquanto que as ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças, eram de responsabilidade do estado (FURLAN; CAMPOS, 2010).

As mudanças que aos poucos ocorreram nas formas de assistência à saúde após a década de 1950, fizeram com que o conceito de Coletivo se apresentasse de uma nova forma à medicina, tanto para as ações curativas, quanto para as preventivas e aos poucos, as atividades grupais foram sendo introduzidas às práticas de saúde, principalmente na Atenção Básica (FURLAN; CAMPOS, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) diz que é responsabilidade desse nível de atenção a articulação de tecnologias de cuidados individuais e coletivas, afim de ser mais resolutiva e atender as demandas de saúde da população (BRASIL, 2017).

Para que possamos compreender o porquê da importância de realizamos atividades de grupos na Atenção Básica e a que elas se propõem, é necessário o entendimento de como se deu a transição do modelo da atenção à saúde, daquele que tínhamos antes ao SUS, até o que utilizamos atualmente. Vamos ver como isso aconteceu?

No Brasil, do período colonial até após o estabelecimento da República, as intervenções do Estado na saúde estavam restritas ao controle das epidemias e na ordenação da vida urbana, na busca de manter a salubridade geral das cidades, através da fiscalização das habitações populares e da venda de alimentos e bebidas alcoólicas. Os atendimentos individuais eram realizados pelo sistema privado, para aqueles que podiam pagar pelos serviços e, para a assistência da população pobre, a Igreja administrava hospitais de caridade e Santas Casas de misericórdia (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Somente a partir da década de 1960, o país começa a adotar um modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual, representada na época pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que em resumo, oferecia consultas, exames, hospitalizações e procedimentos cirúrgicos para os que contribuíam para a previdência. Esse modelo de atenção à saúde, se enquadra no que chamamos de **Modelo Biomédico**, marcado pela unicausalidade das doenças e redução das práticas em saúde à intervenções simplesmente curativistas.

O Modelo Biomédico ao longo dos anos tornou-se hegemônico no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Como podemos notar pelo tipo de oferta de serviços, ele é totalmente voltado para a doença e tem como principal objetivo a cura.

Porém, ao longo do tempo, governos, gestores e profissionais de saúde, foram constatando que o modelo voltado somente para a cura, não se mostrava capaz de melhorar de forma satisfatória os indicadores de saúde, especialmente os de morbidade, uma vez que os serviços de saúde só passavam a realizar suas ações depois do adoecimento das pessoas, e mesmo com a devida atenção, também interfere na mortalidade, pois a procura pelos serviços de saúde pode se dar num ciclo avançado do problema.

Além dessa postura de espera, outra característica bastante importante do modelo biomédico é a forma biológica de entender o processo saúde-doença. A explicação e a atenção se voltam estritamente para o corpo humano, dividido em sistemas e órgãos, daí a origem da fragmentação da assistência e da superespecialização da saúde. Esse jeito de ver o processo saúde-doença, não só fragmenta o corpo humano, como deixa de considerar o ser humano (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Minimamente, ser humano implica em ter sentimentos, ter uma determinada família, viver numa determinada comunidade e sociedade, construir relações afetivas e profissionais, ter acesso ou privação de determinados bens e direitos, que podem interferir positivamente ou negativamente no processo saúde-adoecimento.

Alguns estudos realizados demonstram como a causalidade da doença não pode ser explicada simplesmente pelo componente biológico. Vejamos alguns.



Um estudo realizado nos Estados Unidos por Matteson, Burr e Marshall (1998), demonstra que as crianças negras têm duas vezes e meia mais chances de morrer no primeiro ano de vida comparado com crianças brancas. Como explicar essa desigualdade pelo biológico? Não existe nenhum tipo de evidência genética que demonstre que a raça negra é mais vulnerável que a raça branca. O que está implícito neste contexto é que as pessoas da raça negra nos Estados Unidos fazem parte de uma classe social menos favorecida economicamente e socialmente, e que, portanto, tem menos acesso aos bens essenciais como, por exemplo, serviços de saúde e alimentação de qualidade. Importante ainda lembrar que os Estados Unidos não possuem serviço público de saúde universal. Portanto, a **condição social** determina uma maior ou menor mortalidade infantil.

SAIBA MAIS

Acesse na íntegra o artigo de Matterson, Burr e Marshal intitulado: Infant mortality: A multi-level analysis of individual and community risk factors.

[Clique aqui](#)

Totman (1982) realizou um estudo no qual identificou um aumento dos níveis de pressão arterial em pessoas que estavam perdendo seus empregos. Outro estudo do mesmo autor que demonstrava a importância do **aspecto emocional** identificou que pessoas que tiveram que se submeter a uma cirurgia de apendicectomia apresentaram episódios anteriores recentes de perda, tristeza, depressão ou acontecimento negativo em suas vidas.

SAIBA MAIS

Você pode saber mais sobre o assunto lendo o artigo
“A influência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial”:

[Clique aqui](#)

Num estudo realizado por Waitzkin (1980), pessoas com alta longevidade foram perguntadas a que elas atribuíam a vida por longos anos e a resposta mais prevalente estava relacionada com a **satisfação no trabalho** e a segunda mais citada foi **felicidade** geral. Os cuidados com a alimentação, atividade física e acesso aos serviços de saúde, nos quais se concentram as explicações biológicas, corresponderam à apenas 25% das respostas.

Mais um trabalho que questiona as práticas tradicionais biomédicas de saúde foi feito por Claro e colaboradores (2007), que aponta que o consumo de alimentos saudáveis está relacionado com o acesso das pessoas a estes alimentos. A pesquisa demonstra que quando o preço dos alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes cai, aumentam seu consumo pela população e, da mesma forma, quando as pessoas têm um aumento em suas rendas, elas passam a consumir mais estes alimentos. Portanto, a alimentação saudável não está relacionada apenas com a informação, mas, sobretudo pela **possibilidade de poder fazer escolhas** saudáveis.

SAIBA MAIS

Acesse na íntegra o documento:

[Clique aqui](#)

Todos estes estudos demonstram que o processo saúde-doença vai muito além do entendimento biológico para um dinâmico processo que inclui a determinação social, os condicionantes ecológico-ambientais, o desencadeador biológico-emocional. Portanto intervir em saúde vai muito além de oferecer consultas, exames, medicamentos, internações e procedimentos.

No final da década de 1970, inicia-se no Brasil um movimento social em nome da saúde e da consolidação da democracia no país, o **Movimento pela Reforma Sanitária**. As mudanças almejadas iam além do sistema, para todo o setor saúde, com a introdução de uma nova concepção de saúde, e o resultado final seria a melhoria das condições de vida da população (FLEURY, 2009).

Após o Movimento pelas “Diretas Já” e a queda do Regime Militar, foi realizada a **8ª Conferência Nacional de Saúde** em 1986, na busca pela legitimação das propostas do movimento sanitário. A conferência teve como tema “Saúde: direito de todos, dever do Estado” e propiciou muitos avanços, destacando-se o chamado Conceito Ampliado de Saúde, que traz a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

É nessa perspectiva que, em 1988, o SUS é criado, assegurando a Saúde como direito de todos e dever do Estado e tendo como princípios a universalidade, integralidade, hierarquização e controle social.

Nessa lógica de entendimento ampliado de saúde, é implantado o Programa de Saúde da Família em 1994, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve entre outras questões, realizar abordagem integral do processo saúde-doença, com ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde.

O trabalho do ESF, com território definido e cadastramento das famílias, permite conhecer as pessoas e os principais problemas da comunidade. Este conhecimento possibilita um melhor acompanhamento das pessoas e também permite interferir na melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade.



Palavra do Professor: *Mas nem tudo saiu conforme o planejado. Criamos o ESF, mas não mudamos o jeito de trabalhar. Ainda esperamos os pacientes procurarem a unidade de saúde com um problema em busca de uma consulta médica. Não temos o “costume” de avaliar a situação de saúde da nossa comunidade, e sem isso, não existe planejamento de qualquer tipo de ação que não seja as que tradicionalmente oferecemos nas unidades, como a já mencionada consulta médica e outras atividades que historicamente foram sendo “colocadas” de forma mecânica (sem reflexão) como função da equipe.*

Ainda hoje, é muito comum em nossas unidades de saúde ver pessoas com diabetes e hipertensão que já são acompanhadas pelos serviços de saúde, não conseguirem controlar seus níveis de glicemia e pressão arterial, assim como pacientes que tomam medicamentos controlados por anos sem qualquer perspectiva de alta. Outros problemas como gravidez na adolescência, gravidez não planejada, uso de drogas, baixa cobertura de aleitamento materno, mortalidade infantil, etc, quase sempre também passam alheios às discussões dos profissionais de saúde.

Para melhorar os indicadores de saúde são necessárias outras ações, além das consultas médicas, que permitam um melhor controle dos problemas, que evitem doenças, e que, sobretudo, melhorem a condição de vida das pessoas para que desta forma, elas estejam menos expostas aos riscos ambientais, biológicos e emocionais.

Os grupos na Atenção Básica têm o objetivo de atingir a parcela populacional que necessita de intervenções que contemplem ações educativas, de aprendizagem de como conviver com a doença ou situação atual e mudanças de hábitos. Eles possuem uma característica muito importante de troca de experiências, tornando-se um espaço onde as pessoas possam falar sobre a vivência do adoecimento ou condição de vida e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano, criando novas formas de superação dos seus problemas (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Neste sentido, o trabalho em grupo pode ser importante instrumento para auxiliar na abordagem integral do processo saúde-doença. O grupo favorece uma escuta ampliada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual.



- Nós, os profissionais da Atenção Básica, já fazemos grupos nas unidades de saúde. Mas, será que estamos organizando os grupos pelas necessidades levantadas na comunidade ou pela tradição histórica de ofertar estes grupos nas unidades de saúde?

De fato, é muito comum vermos em várias unidades, os tradicionais grupos de gestantes, de hipertensos e diabéticos! Mas por que quase sempre as atividades de grupo se reduzem as gestantes, e hipertensos e diabéticos?

É verdade que em todas as unidades encontraremos hipertensos e diabéticos, e também gestantes. Mas, será que todas as unidades de saúde têm populações com as mesmas necessidades? Todas as equipes precisam desenvolver os mesmos tipos de atividades coletivas?

No próximo tópico veremos uma possibilidade de identificar as necessidades da população que podem ser enfrentadas com atividades em grupos.

CONCLUSÃO

Nessa unidade, refletimos sobre como o modelo de atenção adotado pelo SUS exige que utilizemos estratégias, que vão além dos atendimentos individuais, para contemplar demandas de saúde da população. E nesse contexto, as atividades de grupo tem grande potencial de qualificar o cuidado, fortalecendo o vínculo entre o usuário e a unidade de saúde.

