



**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](http://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](http://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

---

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

# 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:

<b>UNIDADE 1</b>	Por que formar grupos na Atenção Básica?
<b>UNIDADE 2</b>	Identificando necessidades e demandas no território para a formação de grupos.
<b>UNIDADE 3</b>	Quais tipos de grupos podemos formar na Atenção Básica?
<b>UNIDADE 4</b>	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.



# Unidade 2

**Identificando necessidades e demandas no território para a formação de grupos**

## UNIDADE 2 - IDENTIFICANDO NECESSIDADES E DEMANDAS NO TERRITÓRIO PARA A FORMAÇÃO DE GRUPOS

**Objetivo:** Nesta unidade vamos discutir sobre os aspectos que devem ser considerados na análise das necessidades de saúde e identificação de problemas que podem ser solucionados com atividades de grupos na Atenção Básica.

### Importância de formar grupos voltados às necessidades do território

As necessidades de saúde se expressam de várias formas e de acordo com cada pessoa e comunidade, mas que vão além da consulta médica, em direção do cuidado, da prevenção de doenças, e da melhoria da condição de vida, portanto, é necessário um conhecimento prévio da comunidade para o planejamento de como organizar as ações. É preciso realizar um diagnóstico da comunidade para identificarmos quais são estas necessidades.

Algumas coisas ao longo dos anos foram sendo naturalizadas como rotinas nas unidades de saúde, e o “atender o paciente” sempre foi o foco principal, e algumas ações foram sendo agregadas a esta rotina, em especial a atenção aos grupos prioritários, que incluíam gestantes e pessoas com problemas crônicos.



**Palavra do Professor:** Neste sentido, as políticas de saúde na tentativa de transformar o modelo, foram induzindo a criação de ações que caminhassem para além da consulta, especialmente no sentido da educação em saúde. Porém, esta indução ocorreu muito mais como incorporação de novas rotinas do que propriamente a partir de necessidades identificadas para melhoria do cuidado em cada localidade.

Essa falta de crítica sobre as necessidades pode ser evidenciada pelos sistemas de informação em saúde disponíveis, que mesmo com suas limitações, quase sempre foram tratados como meros relatórios de gestão e comprovação de produção e, em alguns casos, as ações realizadas seguiam protocolos pré-definidos, como, por exemplo, no caso do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em que existe clara determinação de acompanhamento quando uma criança é diagnosticada com baixo peso. Porém, uma criança com sobrepeso, não é sistematicamente acompanhada pela equipe, pois neste caso, não existe a necessidade de comprovação de acompanhamento.



**Palavra do Professor:** Sempre foi “natural” fazer apenas o que estava previsto, sem muitas vezes analisar a situação e o problema. Não é “natural” realizarmos diagnóstico de problemas da comunidade, pois como discutimos anteriormente, o modelo biomédico, que apesar do movimento para a mudança do modelo de atenção, ainda é hegemônico no Brasil, e direcionado para o fazer, e não para o refletir e planejar.

Portanto, não basta realizar um grupo. É preciso mais do que isso. É necessário pensar o que queremos com a formação de determinado grupo, e a partir disso planejarmos o seu funcionamento.

Voltando aos nossos exemplos clássicos, realizar grupos de hipertensos e diabéticos ou mesmo de gestante, se tornou “natural” para as equipes. Mas o por que fazer estes grupos parece ser uma pergunta mais importante, mesmo que pareça óbvia.

Faz muito sentido nos perguntarmos sobre o **porquê** e **como** fazemos os nossos grupos, pois não é incomum vermos a dificuldade das pessoas, mesmo que participantes destes tipos de grupos, não conseguirem controlar seus níveis de glicemia e pressão arterial ou mesmo no caso das gestantes de não conseguirem realizar o aleitamento materno exclusivo, por exemplo.



- Mas por que fazer grupos na Atenção Básica?

Vejamos algumas experiências de trabalhos de grupo que interferem na saúde das pessoas.

Sherman (2003) realizou um estudo identificando que as pessoas que participavam de grupos, dos mais variados tipos, sejam eles religiosos, de amizade, de diversão, de voluntariado, apresentavam menor prevalência de transtornos mentais do que as que tinham baixo apoio social.

Um trabalho realizado por Torres et al. (2010) demonstrou evidências de que pessoas que participaram de atividades educativas num grupo, tiveram diminuição dos níveis de glicemia, bem como aumentaram o conhecimento sobre o cuidado da doença.

A importância do trabalho de grupo pode ser evidenciada ainda pelo que descreve Campos (1997) que alerta sobre a necessidade de as equipes de saúde observarem o usuário, pois no momento da consulta as pessoas recebem muitas informações e muitas vezes ouvem, mas não compreendem e não dizem que não entenderam ou ouvem e pensam que compreenderam, depois fazem o tratamento proposto de maneira inadequada, ou ainda não ficam convencidas com as orientações e não modificam suas atitudes.

O grupo pode ser o interlocutor desses movimentos, auxiliando a equipe a discutir melhor o cuidado com as pessoas.

Outra experiência que demonstra a importância da participação em grupos foi realizada por Bittar e Lima (2011), em que os pesquisadores entrevistaram 20 idosos, sendo metade não participantes e outra metade participantes de um grupo que realizava atividades variadas que incluíam exercícios físicos, oficinas, palestras e eventos de cunho social. Os idosos participantes do grupo relataram melhor qualidade de vida, maior autoestima, melhor saúde e disposição para formação de vínculos sociais. Os pesquisadores ainda concluíram que o grupo pode criar espaços de trocas e vivências, que favorecem o reestabelecimento de condições necessárias para uma vida plena e bem-estar.

Além disso, temos outras razões importantes para se trabalhar com grupos na ABS são:

- A formação de grupos na comunidade com participação da equipe de saúde, propicia um maior vínculo com a população. O vínculo, mais que um estreitamento de relações, favorece a adesão da população tanto no âmbito individual quanto coletivo das ações e planos terapêuticos propostos pela equipe.
- O grupo favorece ainda uma escuta mais qualificada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual.
- No grupo, as pessoas apresentam uma identificação entre si, pois estão com seus pares, o que favorece a participação mais efetiva.
- Estes espaços ainda permitem a troca de experiências e a construção de saberes a partir da visão das próprias pessoas da comunidade, com formas de enfrentamento dos problemas que a equipe muitas vezes desconhece.
- Outro ponto bastante importante para a equipe, é que a formação de grupos tem o potencial de diminuir a procura pela demanda espontânea na unidade de saúde, uma vez que, se efetivos, os grupos podem melhorar o acompanhamento das pessoas com problemas crônicos, podem prevenir doenças e ainda fortalecer a comunidade para o enfrentamento dos problemas (Soares e Ferraz, 2007).

Portanto, a falta de tempo relatada por grande parte das equipes como justificativa para não realizar grupos deve ser pensada sob a ótica inversa, pois, por meio da formação de grupos poderemos ter um melhor controle da demanda, especialmente a espontânea. O trabalho de grupo otimiza o tempo da equipe em questões que são coletivas.



**Palavra do Professor:** Apesar destes benefícios que o grupo pode trazer para a equipe, ficam aqui duas ressalvas.

**A primeira** em relação a equipe que deve também considerar a importância das singularidades e do tempo dispensado para cada pessoa individualmente.

**A segunda** diz respeito a gestão municipal no sentido de respeitar o limite de pessoas por área de abrangência de uma equipe, pois também não se resolve o excesso de pessoas numa área de abrangência com atividades de grupo.

## Análise das demandas do território e considerações sobre o trabalho com grupos na ABS



- Se na área de abrangência de uma equipe, quase todos os pacientes hipertensos estão devidamente controlados, existe a necessidade de formar um grupo para este público?

Apesar da importância de considerarmos a prevalência de um problema, os pacientes podem apresentar-se controlados, talvez pelas orientações individuais que receberam nas consultas médicas ou de enfermagem, e ainda auxiliados pelas visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, o que possibilitou um bom autocuidado, e neste caso talvez não exista a necessidade da formação de um grupo.

Por outro lado, também é comum vermos as equipes formarem grupos para pessoas com hipertensão e diabetes, devido à dificuldade de controle verificada, o que é visto pela equipe como uma necessidade, mas que as vezes tem pouca adesão do público-alvo.

Cada caso é singular e difícil de explicar o porquê isso acontece, mas o que é importante considerar é as necessidades atribuídas pelas próprias pessoas e não simplesmente pelo que a equipe considera.

O horário de funcionamento dos grupos pode interferir na não adesão, pois pode não ser o horário mais adequado para a participação das pessoas, e ainda, a própria forma de condução e o que é abordado pode não ser o interesse da comunidade.

É comum nos grupos de hipertensão e diabetes a realização de palestras que prescrevem a dieta adequada e a importância da atividade física, bem como a ênfase na tomada de medicamentos. Mas essas informações, quase sempre as pessoas já possuem.

Os profissionais de saúde aprenderam a fazer grupos com a realização de palestras informativas e prescritivas. É necessário repensarmos essa lógica de educação em saúde. Se simplesmente informação bastasse, profissionais de saúde fumariam?

É preciso saber o que é necessário para ajudarmos as pessoas a melhorar o seu cuidado, ou seja, é necessário conhecermos qual a necessidade das pessoas. Portanto, implica em saber o que acontece no dia-a-dia das pessoas que enfrentam estes problemas, como por exemplo, como fazem para comer uma comida sem sal, e se conseguem fazer isso; que tipo de atividade física gostam de fazer e quais são possíveis, e ainda; se o medicamento traz algum tipo de desconforto, entre outras coisas.

A forma de condução do grupo, poderia mudar prevendo além da informação, por exemplo, oficinas de culinária que facilitassem a alimentação adequada, bem como a formação de um grupo de caminhada, não como norma, mas como incentivo para a prática da atividade física.



**Palavra do Professor:** *Enfim, é a partir do contexto do problema e seu entendimento é que as soluções devem ser pensadas. A dificuldade de lidar com essas situações é que não existem protocolos prontos que deem conta disso, pois cada situação apresenta um contexto diferente e as soluções devem ser igualmente singulares.*

### SAIBA MAIS

Existem diversas formas e ferramentas que podem ser usadas para identificar as necessidades da população que poderiam ser atendidas por meio do trabalho em grupos. Sugerimos ainda que você assista às webpalestras do Telessaúde SC indicadas abaixo e conheça algumas destas estratégias:

1) Webpalestra - Diagnóstico Comunitário:

[Clique aqui](#)

2) Webpalestra - Indicadores de desempenho do PMAQ - 3º ciclo:

[Clique aqui](#)

A equipe pode levantar necessidades baseada no diagnóstico comunitário, que por essência deve ser realizado com a participação das pessoas da comunidade. Portanto, toda a discussão e planejamento de formação de grupos, deve ser feita em conjunto entre equipe e comunidade. Vejamos um exemplo.

### NA PRÁTICA

A equipe por meio do cadastramento de sua área, reconhece um grande número de idosos sob sua responsabilidade. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde constatarem que muitos idosos vivem sozinhos e não tem uma vida social ativa. A equipe pode reunir estas pessoas, conversar sobre suas vontades e necessidades e decidirem em conjunto a formação de um grupo que pode ter inúmeras atividades, de acordo com o desejo do próprio grupo, contando com a unidade de saúde como articuladora desses encontros.

Como já dissemos no início deste capítulo, os grupos podem ter diferentes objetivos, como por exemplo para melhorar o cuidado em situações de saúde que exigem um acompanhamento, como pessoas com hipertensão, diabetes, mulheres grávidas, puericultura, entre outros.

Além disso, os grupos podem ter o objetivo de prevenir doenças e situações indesejáveis ou mesmo de promover saúde. Lembrando que o que vai ser discutido ou implementado deve ser previamente pactuado com os participantes. E é isso que aprenderemos no próximo tópico.

## CONCLUSÃO

---

Neste tópico conversamos sobre a importância de considerarmos as demandas e necessidades da população na formulação de grupo na ABS, superando o formato padrão de realização de atividades coletivas, e ainda identificamos algumas razões que demonstram a importância desse trabalho.



# Unidade 3

**Quais tipos de grupos podemos formar na Atenção Básica?**

## UNIDADE 3 - QUAIS TIPOS DE GRUPOS PODEMOS FORMAR NA ATENÇÃO BÁSICA?

**Objetivo:** Neste tópico o objetivo é conversaremos melhor sobre as diferenças entre grupos com foco na prevenção de doenças e grupos com foco na promoção da saúde. Também falaremos sobre os fatores que interferem na participação da comunidade nos grupos ofertados pela ABS.

### Grupos de Prevenção de Doenças e de Promoção da Saúde

No geral, as necessidades relacionadas à saúde em que a formação de grupos pode ser de extrema utilidade e importância, se concentram em cuidados em situações específicas, prevenção de doenças e promoção da saúde, mas com a ressalva que podem ter outras classificações e necessidades de grupos.

Dentro dessa lógica, podemos formar grupos voltados para o cuidado de problemas de saúde, grupos de prevenção de doenças e grupos de promoção da saúde.

Para seguirmos em frente é importante termos clareza sobre as diferenças entre **prevenção** e **promoção** da saúde, que sempre causam muita confusão.

	<b>Ações Preventivas</b>	<b>Ações de Promoção</b>
Foco	Doenças e risco de adoecer.	Saúde dos sujeitos e coletivos.
Objetivo	Evitar o surgimento de doenças específicas. Reduzir a incidência e a prevalência de doenças, através do conhecimento epidemiológico.	Melhorar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem.
Estratégias	Projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos.	Estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

Fonte: Baseado em (CZERESNIA, 2003).

Dito isso, temos como exemplos de grupos de prevenção formados por adolescentes para discussão das doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez na adolescência, do uso de drogas, ou mesmo um grupo antitabagismo, grupo de idosos (dependendo do enfoque), entre outros, sempre de acordo com diagnóstico da comunidade e também do contexto do problema para definir a formação e o funcionamento do grupo.

### NA PRÁTICA

O importante na formação destes grupos é que a prática seja dialógica, fugindo das práticas prescritivas do tipo palestras. Ainda que o objetivo seja a prevenção de problemas ou mesmo de controle da doença, as atividades devem buscar a autonomia dos sujeitos, logo, o mais importante depois de se saber o que se deseja (o que fazer e por que fazer), é discutir formas de como realizar o cuidado (como fazer).

Já os grupos de promoção da saúde podem ter estruturas bem diversas, mas também partem de um diagnóstico comunitário, considerando ainda as potencialidades locais que podem ajudar a transformar a comunidade e a condição de vida de algumas pessoas. Vejamos alguns exemplos de projetos de promoção da saúde que foram realizados.

### NA PRÁTICA

**Exemplo:** Outro exemplo bem interessante aconteceu numa comunidade que morava num local não regularizado pela prefeitura. Tratava-se de uma comunidade carente e de certa forma marginalizada no município. A equipe de saúde em conversa com a comunidade levantou a preocupação de algumas mães com seus filhos em relação a drogas e marginalidade, alegando ociosidade e falta de perspectiva de futuro pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho. O município possuía uma grande fábrica de azulejos e foi discutida a possibilidade de criar um grupo de artesanato de peças com mosaico cerâmico, com o objetivo de preencher o tempo ocioso dos jovens. Por meio de um projeto escrito pela equipe de saúde, a empresa aderiu a ideia e firmou o fornecimento dos cacos cerâmicos necessários para a construção das peças. O projeto propiciou ainda qualificação profissional para os participantes, bem como geração de renda com a produção e comercialização das peças. O papel da equipe foi fundamental na articulação do projeto e a solução para o problema foi desenvolvida a partir do contexto e potencialidade local.

Outros exemplos de grupos que podem gerar renda são os de tricô, crochê, trabalho com material reciclado, etc.

Ainda podemos citar outros exemplos de grupos que foram formados por equipes de saúde, como os de caminhada, grupos de tai-chi-chuan, de dança, de canto, ou de uma simples roda de chimarrão, que visam melhorar o bem-estar das pessoas.



**Palavra do Professor:** São inúmeras as possibilidades de formação de grupos com o auxílio e protagonismo das equipes. Talvez seja mais palpável para os profissionais de saúde mensurarem os benefícios de grupos que envolvam mais diretamente as doenças, pois em muitos casos, é possível quantificá-los por meio de indicadores de saúde tradicionais. Mas vale lembrar mais uma vez que a saúde é determinada socialmente e, portanto, estes grupos de promoção da saúde podem melhorar as condições de vida das pessoas e interferir positivamente nos indicadores de saúde, mesmo que não de forma direta.

## Participação da comunidade no planejamento e organização de grupos

Outro ponto fundamental que não deve ser esquecido é a participação da comunidade, seja nos grupos educativos voltados à prevenção de doenças ou nos grupos de promoção da saúde.

Como destaca Santos et al. (2006) os grupos devem ser concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida da população. E isso só pode acontecer se forem criados junto com a população, e não apesar dela.

### SAIBA MAIS

Para aprofundar o conhecimento sobre essa diferença, sugerimos a leitura do artigo “Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde” e sua discussão e reflexão em equipe. O texto apresenta direcionamentos para a construção de atividades coletivas baseadas na promoção da saúde que podem servir de base para a estruturação da proposta de desenvolvimento de um grupo de culinária para portadores de DM e HAS. [Clique aqui.](#)

Esta escuta deve ser qualificada, o que significa valorizar as opiniões da comunidade. É muito comum que profissionais de saúde tentem fazer prevalecer seu ponto de vista, a partir do conhecimento técnico, pois significa estar na sua zona de conforto, mas que não necessariamente atendem as necessidades da população.

Esta escuta qualificada, que permite entender o contexto, em muitas situações muda completamente o foco de solução do problema. Os profissionais devem estar atentos e abertos a esta possibilidade.

É comum também que a própria população foque nas questões biológicas do processo saúde-doença, o que faz também alguns profissionais dizerem que a população não quer uma mudança.

Mesmo numa situação dessas é uma grande oportunidade para ampliarmos a visão da própria comunidade.

## NA PRÁTICA

Por exemplo, num grupo que se discute ansiedade e depressão, em que as pessoas acham que o medicamento é a melhor solução, os profissionais podem iniciar uma discussão do que tem gerado ansiedade e depressão. Esse entendimento do contexto faz não só que as pessoas reflitam sobre a situação, como permite que outras soluções, além do medicamento, sejam pensadas para de fato auxiliar na resolução do problema.

## SAIBA MAIS

Vocês podem utilizar os Cadernos de Educação Popular em Saúde (Vol. I e II) para conhecer experiências de construção compartilhada de conhecimento em saúde com a população e sugestões de como desenvolver esse trabalho. Esse é um material muito rico que pode auxiliar sua equipe no processo de envolvimento da comunidade no planejamento e organização de grupos na ABS:

1) Caderno de Educação Popular em Saúde (Vol. I):

[Clique Aqui](#)

2) Caderno de Educação Popular em Saúde (Vol. II):

[Clique aqui](#)

## CONCLUSÃO

Neste tópico discutimos sobre as diferenças entre os grupos de Promoção da Saúde e de Prevenção de doenças e apresentamos alguns exemplos de grupos nessas duas perspectivas. Também debatemos sobre a importância da escuta qualificada das demandas da população e da participação da comunidade no planejamento dos grupos, que devem ser pensados na perspectiva de promover a autonomia e a melhoria da saúde e condições de vida da comunidade.

# Unidade 4

**Aspectos da definição,  
planejamento e funcionamento de  
um grupo na Atenção Básica**

## UNIDADE 4 - ASPECTOS DA DEFINIÇÃO, PLANEJAMENTO E FUNCIONAMENTO DE UM O GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

**Objetivo:** Discutiremos alguns aspectos que devem ser considerados na análise e identificação de problemas/ demandas que podem ser solucionados com a formação de um grupo na Atenção Básica. Também serão apresentados alguns passos para definição das características e do planejamento das atividades e de um grupo.

### Aspectos a serem considerados na definição e criação de um grupo na ABS

#### a) Definindo qual é o problema principal e o objetivo sanitário

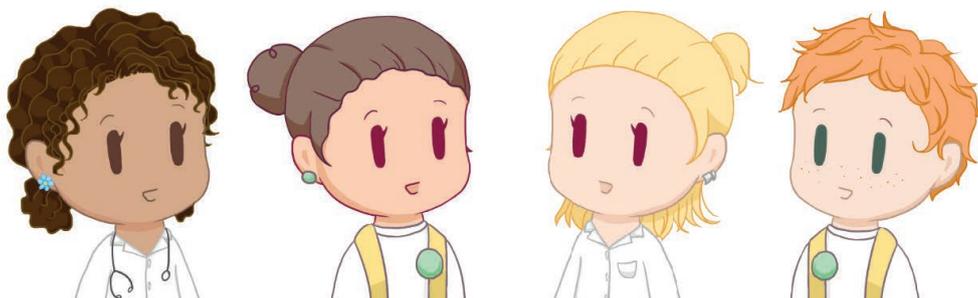
Como os grupos surgem a partir de uma necessidade o **primeiro passo é definir claramente o problema.**

No geral, as necessidades envolvem vários problemas, o que pode levar a formação de vários grupos. A decisão sobre quais grupos criar, vai depender da quantidade de pessoas afetadas pelo problema, e dos recursos disponíveis para realizar o grupo. A severidade do problema deve ser considerada tanto quanto a noção de risco e a noção de vulnerabilidade.

#### NA PRÁTICA

A equipe de saúde da unidade Flor de Lis identificou como problema um grande número de pacientes fazendo uso de Benzodiazepínicos (BDZ) e decidiu debater sobre as possibilidades de intervenção nesta situação.

Acesse o Conteúdo Online da Unidade 4, disponível na página inicial do curso no Moodle Telessaúde para ver como a equipe seguiu os passos sugeridos aqui no caderno de conteúdos: [Clique aqui](#)



### b) Analisando os fatos preliminares

Depois de feito esse diagnóstico inicial, temos que pensar na proporção do problema, na sua abrangência, bem como, suas causas e consequências para as pessoas, estabelecendo uma situação que deve mudar. Isso é feito a partir da análise dos fatos que determinam o problema principal.

Na análise dos fatos preliminares deve-se conhecer (CORREIA, 2009):

1. A história do problema,
2. Os fatos que determinam o problema e, destes, quais são os mais importantes e que tem relação mais direta com o problema, e
3. Quais são as condições envolvidas e como isso afeta a vida das pessoas.

### c) Traçando objetivos intermediários

De acordo com a análise dos fatos preliminares, devemos traçar outros objetivos que chamamos de “objetivos intermediários”. São os objetivos intermediários que nos auxiliam para que possamos atingir nosso objetivo geral.

Os objetivos intermediários são obtidos mediante a administração de atividades que constituem passos para o sucesso do objetivo geral, como se fossem metas a serem cumpridas a fim de alcançar um propósito.

Volte novamente ao Conteúdo Online da Unidade 4, disponível na página inicial do curso no Moodle Telessaúde para ver como a equipe definiu os objetivos intermediários: [Clique aqui](#).

### d) Identificando possíveis soluções e criando um grupo

Agora que já temos definido qual o(s) problema(s) e seus fatores envolvidos, temos que identificar possíveis soluções, e dentre estas, analisar como a formação de um grupo pode auxiliar no alcance do objetivo principal.

#### NA PRÁTICA

Para o caso do uso crônico de Benzodiazepínicos do bairro Jardins, onde fica a Unidade de Saúde Flor de Lis, a equipe identificou a necessidade de ampliar a escuta nas consultas. Mas ainda assim, discutiram que mesmo com mais atenção e trabalhando as individualidades de cada caso, não conseguiriam muito sucesso, pois a solidão, a ociosidade, a falta de socialização ainda poderiam permanecer. A formação de um grupo poderia trabalhar estas questões e inclusive a melhoria da autoestima, e conseqüentemente diminuir os quadros de ansiedade.

Mas vale uma ressalva: Muito cuidado para não criar uma estigmatização do grupo (por exemplo, grupo de ansiedade ou depressão). O convite deve ter um tom atrativo e positivo frente ao que se deseja.

Uma vez que a equipe analisa os problemas, estabelece objetivos gerais e objetivos intermediários para estes, é possível analisar se a criação de grupos ou a reconfiguração de grupos já existentes pode ser uma solução pertinente.

Ao avaliar que a criação de grupos é uma boa solução para o problema identificado, passa-se para a fase de planejamento do grupo propriamente dito e é isso que veremos com mais detalhes a partir de agora.

Volte ao Conteúdo Online da Unidade 4, disponível na página inicial do curso no Moodle Telessaúde e reveja como ficou a tabela de análise do problema de uso crônico de BDZ para organização de um grupo de promoção da saúde ([Link](#)).

### Aspectos importantes no planejamento de um grupo na ABS

O planejamento dos grupos é essencial para alcançar os objetivos estabelecidos. Sem o planejamento corremos o risco de dar “tiros às cegas”, e com o passar do tempo as pessoas podem se sentir desestimuladas e desistirem de participar do grupo.

Portanto, o planejamento sempre deve ser guiado pelos objetivos anteriormente definidos para a formação do grupo (geral e intermediários).

É importante que o planejamento das atividades seja pensado e sugerido também pelos participantes, não apenas pelos profissionais de saúde, afinal, é para eles que o grupo é desenvolvido. Reveja o material sobre Educação Popular em Saúde Indicado acima.

Antes de iniciar o planejamento das atividades com o grupo, no primeiro encontro é importante deixar claro os objetivos que se pretende com a formação deste grupo e manter um clima amistoso e informal. Apesar de serem pessoas da mesma comunidade, vale uma breve apresentação de todos os convidados.

Vejam alguns aspectos importantes no planejamento de grupo na Atenção Básica:

#### a) Definindo as atividades com o grupo

- **O que fazer?**

Discutir com os participantes o que se pretende com a formação do grupo e discutir quais atividades e ações podem ser realizadas para atingir os objetivos e que sejam de interesse de todos.

- **O que é preciso para fazer?**

Uma vez definidas as atividades pelo grupo, devemos pensar nos recursos necessários para a realização destas atividades. Os recursos incluem tanto os humanos quanto os materiais.

O que se necessitará em termos de recursos humanos – por parte da equipe de saúde e também dos participantes do grupo – dependerá sempre das atividades escolhidas e do tempo necessário para realizar estas atividades.

Os grupos voltados para educação em saúde necessitam de profissional de saúde para mediar as discussões. Já os grupos de promoção da saúde, ao longo do tempo podem exigir menor tempo da equipe, pois a própria condução das atividades pode ser transferida para os participantes, no sentido da corresponsabilização e da autonomia.

Em alguns casos, também podemos envolver outras pessoas para auxiliar no grupo, que pode ser, por exemplo, um educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou mesmo uma pessoa da comunidade que ensina dança de salão.

É de fundamental importância que vários membros da equipe de saúde estejam envolvidos na construção dos grupos, pois para os participantes, isso demonstra a importância da atividade.

A equipe deve fomentar a participação das pessoas envolvidas no projeto e por fim, aumentar a capacidade técnica, política e social dos participantes.

**Lembre-se que devemos preservar a autonomia do grupo. A intenção é que os participantes possam compartilhar conhecimentos e técnicas, a fim de gerar um empoderamento dos mesmos. (CORREIA, 2009)**

Em relação às instalações e recursos materiais, depende também das atividades escolhidas. O grupo deve fazer uma lista e ver o que já existe de disponível na unidade ou mesmo o que alguns participantes podem contribuir (por exemplo, música para o grupo de dança), e ainda solicitar auxílio para as secretarias do município (saúde, promoção social, educação, etc).

A equipe se valer de todos os espaços disponíveis na comunidade, como praças, escolas, salões paroquiais, associações de bairro, casa dos participantes, e a própria UBS.

- **Quando fazer?**

Logo no início é importante estabelecer um cronograma (calendário) das atividades. O horário de funcionamento do grupo que deve ser pré-estabelecido (início, término, periodicidade e frequência). Essa definição deve considerar os objetivos que queremos atingir e a disponibilidade das pessoas.

Se o objetivo do grupo como no caso do exemplo do Bairro Santa Terezinha é promover a socialização das pessoas, diminuir a ociosidade, melhorar a autoestima, talvez um encontro semanal seja pouco. Além disso, devemos considerar o que foi planejado enquanto atividade. Este mesmo grupo pode se encontrar para uma caminhada semanal. O baile pode ser mensal. As atividades voluntárias podem ser duas vezes por semana.

**Tudo depende dos objetivos e planejamento de atividades.**

Já em relação à disponibilidade das pessoas, um grupo voltado para educação em saúde, seja para problemas crônicos ou de gestantes que acontece no horário comercial, dificilmente terá a participação dos que trabalham. Uma solução seria realizar o grupo após o expediente da UBS, e compensar dando folgas em outro momento para os funcionários envolvidos.

- **Quantas pessoas devem participar?**

O tamanho do grupo também deve ser decidido conforme os recursos disponíveis e o objetivo do grupo. Por exemplo, um grupo voltado para a promoção da saúde, que tem atividades de socialização ou voluntariado, pode ter um número maior de participantes e é muito difícil estabelecer um limite, e neste caso, o bom senso deve prevalecer sobre as clássicas recomendações.

Já um grupo de educação em saúde não deve ultrapassar 15 pessoas para permitir uma participação efetiva de todas as pessoas, pois estamos falando de uma prática educativa dialogada e não uma palestra prescritiva.

Por exemplo, num grupo de pessoas que tem hipertensão, ao invés de uma palestra sobre necessidade dos medicamentos, realização de dieta e atividade física, o grupo deve oportunizar que as pessoas relatem suas dificuldades ou formas de realizar o cuidado. Isso permite um enriquecimento e aprendizado do grupo.

Isso não quer dizer que essas informações não devam ser passadas, porém a proposta é ir além de “ensinar comportamentos para evitar riscos à saúde” (escovar os dentes, lavar as mãos, parar de fumar). A educação nos grupos tem como sua maior premissa possibilitar ao sujeito desenvolver suas máximas potencialidades (ARCHANJO et al., 2007).

Volte ao Conteúdo Online da Unidade de Aprendizagem 4 para verificar como a equipe da UBS Flor de Lis sistematizou as informações do grupo.

### **b) Utilizando Dinâmicas de grupo**

Outra reflexão necessária é em relação aos limites de utilização das chamadas técnicas de dinâmica de grupo.

Os grupos são potencializadores de energias, pois pertencer a um grupo exige considerações importantes a serem feitas. A mobilização de emoções no grupo é muito maior porque nele o indivíduo se expõe muito mais.

Ou seja, nada do que se faz em grupo passa despercebido, tudo é significado por alguém. Por essa razão o profissional deve ser assertivo em suas escolhas de atividades.

Entretanto, por vezes, com a intenção de aumentar a participação no grupo, os profissionais de saúde valem-se de atividades interativas que nem sempre são adequadas, dado que, muitas vezes mobilizam-se sensações e emoções em tais momentos sem uma relação clara com as pessoas que fazem parte do grupo e os objetivos do mesmo.

Dinamizar um grupo é prepará-lo para o que vai acontecer. Pode ser um momento de aquecimento em que a intenção é de que todos participem efetivamente como podem e sabem participar. É importante que seja utilizada uma atividade em que o participante possa sentir-se pertencente a um grupo.

Técnicas de Dinâmicas de grupo são, portanto, ferramentas que quando mal utilizadas, podem causar grandes estragos emocionais e inclusive fazer com que alguém possa desistir de participar do grupo por se sentir exposto.

No entanto, se as utilizarmos com responsabilidade e adequadamente, são potencializadores de grandes transformações.



**- O profissional pode fazer algumas perguntas para si mesmo antes de utilizar uma dinâmica de grupo:**

- **A atividade que eu escolhi tem relação com o conteúdo que quero trabalhar?**
- **O tempo que tenho vai dar para aplicar todas as etapas do desenvolvimento dessa atividade?**
- **A atividade não explorará as pessoas sem a autorização delas?**
- **A atividade que eu escolhi facilitará o processo de aprendizagem do grupo?**
- **Com essa atividade chegarei no objetivo que quero?**
- **Consigo dimensionar algumas reações que podem aparecer e o que vou fazer com elas?**
- **Estou preparado ou tenho a quem pedir ajuda se necessitar de apoio emocional no grupo?**
- **Essas e outras perguntas podem servir para preparar o mediador/facilitador.**

Logo, o aspecto mais importante da dinâmica é que ela esteja relacionada com o objetivo do grupo. É uma estratégia para que todos participem (ARCHANJO et al., 2007).

**SAIBA MAIS**

Existem materiais com dicas e exemplos de como utilizar técnicas de dinâmica de grupo na área da saúde que podem ser consultados durante o planejamento das atividades, como:

- Revista *Adolescer*: para consultar exemplos de dinâmicas participativas que podem ser desenvolvidas em atividades educativas preventivas e terapêuticas com adolescentes, abordando temas como sexualidade, DST/AIDS, educação e paz, álcool e drogas na adolescência no link:

**Clique aqui**

- O documento do Ministério da Saúde “Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica” dá ideias de como trabalhar o tema “alimentação” na ABS e também dá dicas de técnicas e de como avaliar o grupo:

**Clique aqui**

### c) Avaliando o grupo

O grupo já está formado e só o que precisamos é estabelecer medidas para determinar avanços e resultados – avaliação e controle. Devemos contar com mecanismos de medição regular do progresso do grupo (controle). Por fim, determinar os benefícios esperados ou a situação ao final do grupo depois de ter alcançado com êxito os objetivos.



- Como você costuma realizar a avaliação das atividades desenvolvidas? E de que forma você imagina que isso pode ser feito?

O processo de controle e avaliação vai desde a discussão das ideias iniciais durante as reuniões, lista de presença, síntese de opiniões e primeiras impressões do grupo, pontos falhos até correções (CORREIA, 2009).

Um bom parâmetro inicial que diz respeito a efetividade do grupo e pode ser facilmente aferido, diz respeito ao número de participantes que permaneceram no grupo por um período de tempo.

Pode-se estabelecer um prazo para realizar uma primeira avaliação e ela deverá ser coerente com o tempo de desenvolvimento das ações e também quanto ao aparecimento dos primeiros resultados, e eles devem ser relativos ao alcance do objetivo geral e intermediários.

Portanto, podemos e devemos utilizar tanto dados objetivos quanto subjetivos para avaliar o sucesso do grupo.

### SAIBA MAIS

Para fazer uma revisão de tudo o que falamos sobre planejamento de grupos e atividades sugerimos os seguintes materiais:

- Webpalestra “Trabalhando com grupos na ABS”:

**Clique aqui**

- Apostila “Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família”, da Una-SUS SC:

**Clique aqui**

## CONCLUSÃO

Neste tópico vimos como trabalhar efetivamente com grupos na ABS, que podemos resumir nos seguintes passos:

1. Definir qual é o problema principal e o objetivo sanitário.
2. Analisar os fatos preliminares.
3. Traçar objetivos intermediários.
4. Identificar possíveis soluções e criar um grupo.
5. Planejar o grupo e seu funcionamento.
6. Definir as atividades com o grupo.
7. Utilizar dinâmicas de grupo.
8. Avaliar o grupo.

Agora você pode, junto com sua equipe, iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua unidade de saúde para identificar se há possibilidade de criar novos grupos, adequar os já existentes ou mesmo extinguir um grupo.

## Referências Bibliográficas

---

ARCHANJO, R. D.; ARCHANJO, R. L.; DA SILVA, L. L. **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. de. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, 14(4), p.101-118, setembro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, M. A.; MUNARI, D. B.; LOUREIRO, S. R.; JAPUR, M. **Dinâmica de grupo**: reflexões sobre um curso teórico-vivencial. *Rev. Tec. Educ.*, v. 108, n. 21, p. 41-9, 1997.

CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. de (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CLARO, R. M. et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p.557-564, ago. 2007.

CORREIA, E. J. **Planejamento e elaboração de projetos para grupos humanitários**. Série Nescon de informes técnicos –nº4. 2009.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91, Mar. 2003.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116.

HARDEN, A.; BRUNTON, G.; FLETCHER, A.; OAKLEY, A.. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **BMJ**; 339:b4254; November, 2009.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 1, p.89-96, 2010.

MATTESON, D. W.; BURR, J. A.; MARSHALL, J. R. Infant mortality: A multi-level analysis of individual and community risk factors. **Social Science & Medicine**, v. 47, n. 11, p.1841-1854, 1998.

SANTOS, L. de M. dos; ROS, M. A. da; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R.. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. rupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, Abr. 2006.

SHERMAN, A. M. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. **Soc Sci Méd**, v. 56, p. 247-57, 2003.

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.

TORRES, H.C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Rev. Acta Paul Enfermagem**, v.23, n. 6, p. 751-756, 2010.

TOTMAN, R. **Causas Sociais da Doença**. São Paulo, Ibsa: 1982. 280 p.

WAITZKIN, H. **Medical Philanthropies: The band-aid treatment?** 1980. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2326-1951.1980.tb01338.x/epdf>

Acesso em 17 de setembro de 2017.

