

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO *CAMPUS* BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Camila Helcias Sequeira

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS
GRUPAIS EM SÃO VICENTE, ESTADO DE SÃO PAULO**

Santos

2021

Camila Helcias Sequeira

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS
GRUPAIS EM SÃO VICENTE, ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, para obtenção do título de mestre profissional em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação Permanente em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Laura Camara Lima

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Angela Aparecida Capozzolo

Santos

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S479p Sequeira, Camila.
PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR
EXPERIÊNCIAS GRUPAIS EM SÃO VICENTE, ESTADO DE SÃO
PAULO. / Camila Sequeira; Orientadora Laura Lima;
Coorientadora Angela Capozzolo. -- Santos, 2021.
91 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde da Família. 3.
Práticas Educativas Grupais. 4. Educação Permanente em
Saúde . I. Lima, Laura, Orient. II. Título.

CDD 610.7

Camila Helcias Sequeira

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS
GRUPAIS EM SÃO VICENTE, ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, para obtenção do título de mestre profissional em Ciências da Saúde.

Data de Aprovação: 13/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Laura Camara Lima
Universidade Federal de São Paulo

Prof^ª Dr^ª Angela Aparecida Capozzolo
Universidade Federal de São Paulo

Prof^ª Dr^ª Rosilda Mendes
Universidade Federal de São Paulo

Prof^ª Dr^ª Josely Rimoli
Universidade Estadual de Campinas

Prof^ª Dr^ª Maria Izabel Calil Stamato
Universidade Católica de Santos

Aos usuários e profissionais de saúde da Atenção Básica, por serem
inspiração e aprendizado nesse desafio.

À minha família por ser meu guia, meu porto seguro e abraçar comigo
essa ideia.

GRATIDÃO

Eu sou grata a Deus, ao Universo e às forças da natureza por me conduzir com leveza nesse caminho.

Eu sou grata a todos que se fizeram presente nesse percurso, que deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim. Ele com certeza foi feito a várias mãos e por vários corações que me sustentaram nessa experiência mágica.

Eu sou grata à Laura, minha orientadora, por me acolher, pela delicadeza com que conduziu os momentos mais difíceis, por cada palavra de ânimo e incentivo, por não me deixar abater e pelo conhecimento compartilhado. Eu sou grata à Ângela, minha co-orientadora, pelos apontamentos, por cada nova reflexão, pela paciência e trabalho conjunto. Sou grata a vocês por me guiarem de forma segura, principalmente no momento em que me percebi emaranhada em um turbilhão de pensamentos confusos e exaustivos. Pelas provocações, por me ajudarem a enxergar além daquilo que se apresentava, avistando alternativas de novos rumos a seguir.

Também sou grata as enfermeiras(os) das unidades de ESF pela parceria e disponibilidade em colaborar com a realização desta pesquisa e por podermos juntos (re)pensar os processos de trabalho de grupo.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Vicente, por possibilitar a realização desta pesquisa.

À dra. Paola, diretora da Atenção Básica, pela sensibilidade enquanto gestora e trabalhadora do SUS, por apoiar, sustentar e acreditar nesta pesquisa.

À equipe do Nasf por caminharem comigo de mãos dadas, pela oportunidade de aprender e participar com vocês de vivências que me afetaram.

Ao presidente, diretoria, gerente e profissionais do Camp São Vicente, por me apoiarem, me entenderem e motivarem nessa trajetória.

Às minhas amigas Elenice e Josy, que me incentivaram a mergulhar pelo caminho acadêmico e que são fonte diária de inspiração, aconchego e potência, muito antes dessa aventura começar.

À minha querida prima Marina, por todo o amor e paciência, por acreditar que ensinar não é transferir conhecimento.

Ao meu amigo Shimoda, agradeço por suas infindáveis orações que me trouxeram serenidade e iluminação, pelas mensagens positivas cheias de ânimo, por você ser luz no meu caminho.

Ao meu amigo José Renato, agradeço pelos momentos constantes de fortalecimento, por despertar o melhor em mim, por me fazer acreditar em minhas capacidades e pela ajuda em momentos difíceis nessa caminhada.

À minha amiga Rosa, agradeço pela “velha” parceria, por ser terra firme, pela leitura das minhas escritas e pela crítica que me impulsionou a aperfeiçoar.

Aos colegas do mestrado, agradeço por me fortalecerem nessa trajetória e se fazerem presentes em e-mails, ligações e mensagens pelo WhatsApp: foram ferramentas essenciais que nos fortaleceram nos momentos em que não pudemos estar juntos fisicamente devido à pandemia da Covid-19. À Bruna, minha companheira de caminhada, por ser ombro amigo, me acolher nas oscilações de humor e compartilhar as alegrias e angústias nesse percurso.

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele.

Paulo Freire, *Pedagogia da autonomia*, 1997

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	1
2 INTRODUÇÃO.....	8
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
4.1 Sujeitos e local da pesquisa.....	17
4.2 Instrumentos da pesquisa.....	17
4.3 Produção de dados.....	18
4.4 Análise de dados.....	23
4.5 Questões éticas.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1 Mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf – Fase 1.....	25
5.2 Roda de conversa com profissionais – Fase 2.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
7 REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - FASE 1.....	76
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - FASE 2.....	78
ANEXO 1 – Mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf.....	80
ANEXO 2 – Roteiro de discussão/ 1ª Roda de conversa.....	81
ANEXO 3 – Roteiro de discussão/ 2ª Roda de conversa.....	82
ANEXO 4 – Carta de autorização.....	83

LISTA DE ABREVIACÕES

AB – Atenção Básica

AC – atendimentos compartilhados

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DAB – Diretoria de Atenção Básica

EP – Educação Permanente em Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HGA – Hospital Guilherme Álvaro

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PAP – Programa de Aprimoramento Profissional

PF – Planejamento Familiar

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista

Sesau – Secretaria de Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

Suas - Sistema Único de Assistência Social

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Entre as diversas ferramentas utilizadas pelas equipes de saúde da família (eSF), este estudo focaliza as práticas educativas grupais, já que a vivência do cotidiano nas unidades de Estratégia Saúde da Família no município de São Vicente gerou inquietações e indagações quanto ao seu manejo. O desafio é incorporar as práticas educativas grupais no contexto da atenção básica, trazendo uma perspectiva dialógica, emancipadora e participativa. Inspirada por esse cenário, esta dissertação considera que as práticas educativas de grupo têm potencial para produzir processos de trabalho transformadores, que apontem para novas formas de cuidado. O estudo teve como objetivo geral analisar as práticas educativas grupais realizadas nas dezoito unidades de Estratégia Saúde da Família apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família do município de São Vicente, e como objetivos específicos mapear as atividades grupais realizadas pelas equipes nas unidades, identificar estratégias e dispositivos utilizados pelas equipes nos grupos educativos e compreender o papel do Nasf para realização dos grupos. O estudo está estruturado em duas fases: a Fase 1 dedicada ao mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas dezoito unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf; a Fase 2 dedicada a aprofundar e problematizar questões relacionadas à temática por meio de uma roda de conversa com os envolvidos nas atividades educativas grupais. Na Fase 1 participaram da pesquisa os dezoito coordenadores de unidades, todas(os) enfermeiras(os). A produção dos dados se deu a partir da resposta de um quadro norteado pelos seguintes tópicos: atividade de grupo – tema; frequência na qual ocorre – dia da semana; horário e profissional que coordena e participa/auxilia. Na Fase 2 participaram da pesquisa seis coordenadores de unidades, todos enfermeiras(os) que também participaram da Fase 1. A produção de dados nessa fase ocorreu por meio de dois encontros, sendo a roda de conversa utilizada como técnica pela inspiração que oferece. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos pela pesquisadora sendo analisados conforme a técnica análise de conteúdo/análise temática. O primeiro momento da análise foi composto por leitura do material de forma a conhecer contexto e conteúdo. Em seguida, foram separadas do material frases consideradas significativas, sendo esses trechos agrupados por semelhanças e intitulados como unidades de significados. Posteriormente eles foram agrupados em categorias pelos temas: gestão e organização do trabalho, formação dos profissionais, concepções de grupo, e práticas grupais predominantes, incorporadas em subcategorias. Dos resultados da primeira fase da pesquisa com relação às unidades da área insular identificamos 37 atividades de grupos contabilizadas, com um percentual maior para as que são realizadas mensalmente; nas unidades da área continental são 44 atividades de grupo contabilizadas, com um percentual maior para as que são realizadas quinzenalmente. O tema mais abordado é o planejamento familiar, que apareceu em todas unidades analisadas. Os profissionais que mais conduzem as práticas educativas grupais nas unidades são os coordenadores que também são enfermeiras(os), seguidos dos agentes comunitários de saúde. Os resultados da segunda fase mostram que a roda de conversa funcionou como espaço de encontro que trouxe a oportunidade de diálogo, de fala e de escuta entre esses profissionais, possibilitando discutir experiências, algumas difíceis, outras exitosas, vividas no cotidiano de trabalho, fazendo da prática um ensino-aprendizado que pode naquele momento ser compartilhado e repotencializado como espaço de educação permanente. A pesquisa mostrou que a formação inicial das enfermeiras(os) é insuficiente e que diariamente eles ficam sozinhos diante de desafios da organização do trabalho, e que o encontro e a troca com pares para discutir estratégias e técnicas têm grande potencial heurístico, ampliando a visão e o repertório que eles possuem, promovendo a problematização do que está instituído e rompendo com o que

está (por demais) constituído e engessado na postura dos profissionais acerca da promoção e da realização das atividades educativas grupais.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde da Família; Práticas Educativas Grupais, Educação Permanente em Saúde

ABSTRACT

Among the various tools used by the family health teams (ESF), this study focuses on group educational practices, as the daily experience in the units of the Family Health Strategy in the city of São Vicente generated concerns and questions regarding their management. The challenge is to incorporate the group educational practices in the context of the primary care, bringing a dialogical, emancipatory and participatory perspective. Inspired by this scenario, this dissertation considers that group educational practices have the potential to produce transformative work processes that point to new forms of care. The study had as a general objective to analyze the group educational practices performed in the eighteen units of the Family Health Strategy supported by the Expanded Nucleus of Family Health in the city of São Vicente, and as specific objectives to map the group activities performed by the teams in the units, to identify strategies and devices used by the teams and to understand the role of Nasf to carry out the groups. The study is structured in two phases: Phase 1 dedicated to mapping the group educational practices developed in the eighteen family health units supported by Nasf; Phase 2 dedicated to deepening and problematizing issues related to the thematic through a conversation circle with those involved in group educational activities. In Phase 1, eighteen unit coordinators, all nurses, participated in the research. Data production was based on the response of a board guided by the following topics: group activity – theme; frequency at which it occurs – day of the week; schedule and professional who coordinates and participates/helps. In Phase 2, six unit coordinators participated in the research, all nurses who also participated in Phase 1. The production of data in this phase took place through two meetings, being the conversation circle used as a technique for the inspiration it offers. The meetings were recorded and later transcribed by the researcher, being analyzed according to the content analysis/thematic analysis technique. The first moment of the analysis consisted of reading the material in order to know its context and content. Then, phrases considered significant were separated from the material, being these parts grouped by similarities and titled as units of meaning. Posteriorly they were grouped into categories by the themes: management and organization of the work, training of the professionals, group concepts, and predominant group practices, incorporated into subcategories. From the results of the first phase of the research in relation to the units in the insular area, we identified 37 activities of groups accounted for, with a higher percentage for those carried out monthly; in the units in the continental area, 44 group activities are accounted for, with a higher percentage for those carried out every two weeks. The most discussed theme is family planning, which appeared in all analyzed units. The professionals who most conduct the group educational practices in the units are the coordinators who are also nurses, followed by community health agents. The results of the second phase shows that the conversation circle functioned as a meeting space that brought the opportunity for dialogue, speech and listening among these professionals, enabling the discussion of experiences, some difficult, others successful, lived in the daily work, making the practice a teaching-learning process that can, at that time, be shared and re-powered as a space for permanent education. The research showed that nurses' initial training is insufficient and that in a daily basis they are alone facing the work organization challenges, and that the meeting and exchanging with peers to discuss strategies and techniques have great heuristic potential, expanding the vision and the repertoire that they possess, promoting the problematization of what is instituted and breaking with what is (too much) constituted and immobilized in the professionals' posture regarding the promotion and carrying out of group educational activities.

Keywords: Health education; Family Health; Group Educational Practice; Permanent Education in Health.

.

1 APRESENTAÇÃO

Sou assistente social, formada há 21 anos em universidade privada. Minha aproximação com atividades coletivas e a temática de grupo vem desde a graduação como estagiária em um município da Baixada Santista. Nesse período pude experienciar e conduzir atividades grupais com adolescentes e idosos. Dentre essas atividades, realizei meu trabalho de conclusão de curso aplicando técnicas de jogos cooperativos¹ com um grupo de moradores de uma das periferias do município de estágio, onde enquanto estagiária já desenvolvia um trabalho com a população. O tema que escolhi para o trabalho de conclusão de curso da graduação, *Jogos cooperativos: um instrumento inovador para o serviço social*, apresentou os jogos como importante instrumento para o trabalho grupal, para as atividades coletivas e para a prática do profissional de serviço social.

Em 2003 ingressei na Prefeitura Municipal de São Vicente como profissional de serviço social, na Secretaria de Assistência Social, permanecendo por onze anos atuando em diversas frentes de trabalho. Meu início se deu no Programa Renda Cidadã,² que tinha como foco o trabalho de grupo com mulheres na comunidade. Mais uma vez me vi inserida em ações de contexto grupal. Ali a participação das mulheres se iniciava em grupos de dança e artesanato, espaço que aproveitávamos para abordar temáticas do seu contexto de vida. Foi durante esse período que percebi que esses espaços de discussão e reflexão tinham um impacto significativo para essas mulheres e que esses momentos de encontro não aconteciam com frequência. O resultado desses encontros, na maioria das vezes, era uma maior participação e empoderamento dessas mulheres, e elas experimentavam possibilidades de acolhimento, escuta e troca.

Apesar da vivência intensa e envolvimento expressivo no Sistema Único de Assistência Social (Suas), solicitei em 2014 transferência para Secretaria de Saúde, possivelmente impulsionada pela aproximação com as questões vividas no território, situação que fez emergir minha primeira experiência profissional na área da saúde, como aprimoranda² no Hospital Guilherme Álvaro (HGA). Foi inevitável que esse fosse o principal motivo que me fez escolher uma mudança na minha trajetória profissional.

1 Jogos cooperativos são jogos com uma estrutura alternativa nos quais os participantes jogam *com* o outro, e não *contra* o outro (BROTTO, 1995).

2 Dentro do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) do Governo do Estado de São Paulo.

Em 1999, a partir da Resolução CFESS nº 383/99, o serviço social passou a integrar o conjunto de profissões da área da saúde. As diretrizes do projeto ético-político do serviço social, nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde dentre outros, explicitam que as ações do profissional devem estar de acordo com a perspectiva do SUS, universal, integral e de qualidade.

Minha trajetória na saúde começa sendo alocada no Transporte Fora do Domicílio (TFD); após alguns meses fui convidada para compor a equipe na Atenção Básica (AB). Participei da implantação do Programa de Planejamento Familiar, do qual fui por um período coordenadora, enquanto concomitantemente realizava atendimento como assistente social. Demos início as atividades realizando ações de grupo de educação em saúde em torno do tema Saúde Sexual e Reprodutiva. Esse trabalho foi estruturado em um primeiro momento em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), uma na área insular e uma na área continental, ficando a condução do grupo compartilhada por mim e pela(o) enfermeira(o) da unidade. Posteriormente as atividades de grupo se estenderam para outras unidades e as ações de saúde sexual e reprodutiva foram incorporadas não só pela AB mas pela gestão da Secretaria de Saúde.

Nessas vivências as conversas informais com profissionais nos corredores das unidades me trouxeram inquietações e dúvidas sobre a abordagem desses grupos, e de outros grupos de saúde que se configuravam em torno de temas, num contexto mais informativo, pouco participativo, como também pude perceber modos diferentes de condução de grupos. Essas experiências me levaram a pensar sobre a formação desses trabalhadores para a realização de atividades de grupo e também em como ter mudanças no modelo de atenção e potencializar o usuário em reflexões e decisões. Esse cenário me possibilitou compreender a importância de uma abordagem voltada para atividades educativas de grupo.

Smeke e Oliveira (2009) mencionam em seu estudo a reorientação dos processos de trabalho das unidades de saúde para uma lógica centrada não no profissional, mas sim nas necessidades do usuário, respeitando e estimulando a autonomia individual e coletiva tanto de trabalhadores quanto de usuários, posicionando-os como sujeitos do processo cotidiano de produção de saúde.

Com a ampliação das atividades para outras unidades e com a efetivação de uma equipe multiprofissional para atender a população que desejava métodos definitivos, meu trabalho foi tomando outro rumo e comecei a atuar no planejamento familiar somente nas entrevistas para métodos definitivos.

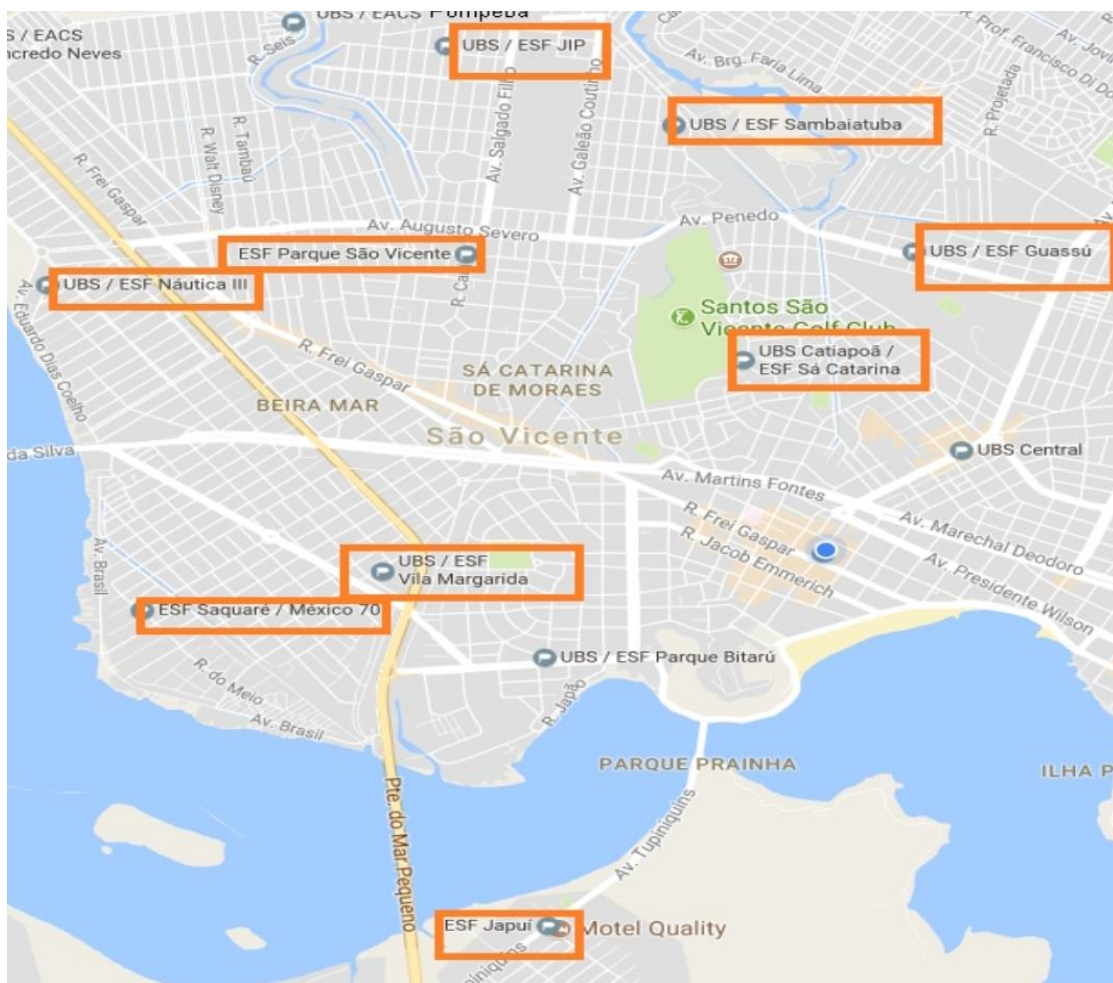
No decorrer desse percurso de seis anos na saúde pude complementar o acesso ao universo da Estratégia Saúde da Família por meio da especialização da Universidade Aberta do SUS e da formação em preceptoria no SUS pelo Hospital Sírio Libanês. Isso me permitiu vivenciar a experiência como preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-GraduaSUS) durante dois anos, junto à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), dialogando com mais dois municípios da Baixada Santista. Esses cenários de formação em que estive inserida vêm pautados na aprendizagem significativa, trazendo novas possibilidades de atuação, ampliando meu olhar sobre a prática profissional.

Esse trajeto que percorri na saúde associando teoria e prática me levou a caminhos que oportunizaram minha participação em programas que estimularam a aprendizagem, as ações educacionais, o pensamento crítico/reflexivo e o diálogo relacionando as áreas da saúde, educação e assistência social. Apesar do tempo de atuação, minhas inquietações diante do contexto profissional de certa forma ressurgiram mais fortes após essas experiências, que foram sem dúvida um disparador potente para ressignificar minha prática profissional e até mesmo pessoal, principalmente no que se refere ao processo de ensino-aprendizagem e construção de novos significados a respeito do fazer em saúde.

Minha aproximação com as equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) já existia devido às ações de grupo de planejamento familiar e se tornou ainda mais intensa e robusta a partir de outubro de 2017, com a implantação no município do Núcleo Ampliado de saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de modalidade tipo 1.³ Foram habilitadas duas equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com atualmente uma equipe formada por uma assistente social, um psicólogo, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, um médico pediatra e um fisioterapeuta que apoiam dezoito unidades de ESF abrangendo nove unidades na área insular (ESF Sambaiatuba, ESF Jip, ESF Saquare, ESF Vila Margarida, ESF Parque São Vicente, ESF Sá Catarina, ESF Náutica III, ESF Parque Bitarú e ESF Guassú) e nove unidades na área continental (ESF Humaitá, ESF Parque Continental, ESF Gleba II, ESF Quarentenário/Vila Ponte Nova, ESF Rio Branco I, ESF Rio Branco II e III, ESF Rio Negro, ESF Samarita e ESF Vila Ema). Essas unidades foram escolhidas na época pela gestão para receber o apoio do Nasf por questões de vulnerabilidade em seu território.

3 A modalidade tipo 1 é vinculada a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove eSF ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Somatória das cargas horárias profissionais: mínimo de duzentas horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo vinte e no máximo oitenta horas de carga semanal. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que vinte horas.

Com isso veio um desafio: iniciar novas ações, potencializar as já existentes junto às eSF e me dividir entre as ações do Nasf e do planejamento familiar. Vale ressaltar que todos os profissionais da equipe se subdividem atuando em outros serviços da Diretoria de Atenção Básica (DAB) e há uma quantidade de profissionais insuficiente para realizar a cobertura de todas as unidades.



Fonte: Google Maps.

Figura 1. Unidades área insular – ESFs apoiadas pelo Nasf



Fonte: Google Maps.

Figura 2. Unidades área continental – ESFs apoiadas pelo Nasf

O diagnóstico do território foi definido pelas visitas *in loco* nas unidades e por visitas a serviços das redes de saúde e socioassistencial. Esse conjunto de fatores priorizou inicialmente a linha de cuidado com as gestantes visando à diminuição dos indicadores de mortalidade materno-infantil do município por meio de fortalecimento de maior adesão ao pré-natal e ao planejamento familiar, estimulando o vínculo das gestantes com a Maternidade Municipal. Na época, essas ações foram priorizadas pela gestão e pelo grupo que integrava o PET-GraduaSUS,⁴. Essa vivência me trouxe mais uma vez para o cenário de práticas de grupo nas unidades, sendo realizada ao final do programa atividade de grupo com as gestantes. A equipe composta por tutores, preceptores e alunos iniciou discussão sobre a formação tradicional dos profissionais e as possibilidades de mudança de paradigma do método

4 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), constituído em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação, tem por principal objetivo induzir mudanças no processo de formação de profissionais de saúde, em alinhamento às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008b).

tradicional para o dialógico, visando problematizar reflexões acerca da incorporação da lógica de práticas educativas de grupo junto as equipes. Como estávamos em término do programa no município, acabamos não enfatizando essa discussão naquele momento.

Com a implantação do Nasf e a atuação dessas equipes juntos às eSF, surge a possibilidade de reflexão conjunta acerca do desenvolvimento de um processo educativo problematizador, a partir das práticas educativas de grupo. Essa questão, apesar de ser potente, não se concretiza, e a maioria das ações grupais vão acontecendo na saúde da família sem o apoio do Nasf. Várias diretrizes orientam as ações de apoio do Nasf, englobando contribuição para construção e implementação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), articulação com a rede do território, realização de visitas domiciliares, atendimentos compartilhados e atividades coletivas. Essas ações, em geral, ocupam a maior parte da agenda das equipes, havendo pouco espaço para o planejamento, implementação, realização e avaliação em conjunto das atividades grupais. Percebo no cotidiano de trabalho que raramente somos acionados por essas equipes para a realização de grupos e que essa oferta de apoio de nossa parte também se torna restrita. As práticas grupais fazem parte das atribuições tanto da ESF quanto do Nasf e acredito em sua potência como estratégia de cuidado integral.

Não poderia deixar de mencionar o contexto vivenciado no decorrer desse estudo e que atravessa esta pesquisa, a pandemia da Covid-19⁵ que surgiu em março de 2020, posteriormente à aprovação do meu projeto de pesquisa na Plataforma Brasil⁶ e trouxe consigo alterações no rumo do estudo. Junto com a pandemia fui tomada por diversos sentimentos nesse percurso, um misto de “tudo vai dar certo” e de “nada vai dar” – poderiam caminhar juntos? Ilusório seria pensar que as coisas são estáticas, que elas não estão em constante movimento, e esse cenário me moveu a (re)pensar sobre a estrutura da pesquisa de campo. Pressupus que estudar sobre as práticas de grupos já é um caminho que se apresenta difícil por diversos fatores mostrados ao longo desta escrita, mais ainda pesquisar e propor um trabalho que convide a estimular e fortalecer as práticas educativas grupais: isso se torna ainda mais intenso, desafiador e ao mesmo tempo inspirador.

Ao revisitar minha trajetória acadêmica e profissional, percebo um caminho de atuação e inquietação pautadas na construção e vivência de ações de grupo que foi

5 Covid-19 é o acrônimo oficial da doença causada pelo agente SARS-CoV-2, também conhecido como novo coronavírus. A doença apresenta espectro clínico variado, desde sintomas leves como uma síndrome gripal (febre, coriza, tosse) até quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com evolução fatal.

6 O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o n.4.056.006.

potencializado com meu percurso no Nasf. Esse foi o primeiro cenário em que não me vi inserida em atividades educativas de grupo.

Essa questão permaneceu então pulsando e senti a urgência do propósito do Nasf de promover ações de práticas educativas de grupo junto às eSF, capazes de contribuir para uma mudança na prática profissional. Esse cenário serviu como impulso e disparador para essa investigação. Por conta desses sinalizadores determinei-me a estudar essa temática na ESF e, assim, (re)pensar e refletir com os profissionais de saúde sobre as possibilidades de atuação, de espaços de educação permanente, contribuindo para processos de trabalho transformadores. Com isso, viso buscarmos juntos possibilidades para intervir e operacionalizar encontros participativos, construindo grupalidade e autonomia do e com o usuário.

2 INTRODUÇÃO

A atenção básica integra um lugar planejado e estratégico na composição do SUS, sendo o primeiro nível da atenção e a porta de entrada da rede de serviços. Posiciona-se dessa forma devido à longitudinalidade, à acessibilidade, à integralidade e à ordenação do cuidado em rede, tendo o desafio de efetuar práticas que deem conta da complexidade que é o cuidado em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) qualifica os termos “Atenção Básica (AB)” e “Atenção Primária à Saúde (APS)”, caracterizando-os como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p.19)

O redirecionamento do modelo de atenção à saúde, proposto na PNAB, exige de seus trabalhadores, gestores e usuários práticas transformadoras associadas a uma maior possibilidade de análise, intervenção e autonomia. Isso implica uma necessidade de mudança no funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2012).

A trajetória de assistência à saúde no Brasil traz de forma marcante o modelo biomédico, sendo valorizado e evidenciado questões biológicas no processo saúde-doença. O governo brasileiro colocou como prioridade a Atenção Primária à Saúde (APS) e, visando modificar esse contexto, implantou o Programa Saúde da Família em 1994, mais tarde estabelecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses institutos se orientam por ações que evidenciem a família, a comunidade e o território, produzindo atuações com foco em humanização, vínculo, acolhimento e cuidado. Essas mudanças reorganizaram a prática assistencial, transformando os processos de trabalho em saúde, substituindo o modelo tradicional de cuidado (COSTA et al., 2009). Mesmo fortalecendo a construção de um modelo biopsicossocial trazendo avanços e impacto direto nos indicadores de saúde, a prática clínica ainda ocorre de forma fragmentada, pois a ESF exige intervenções mais amplas.

A partir de 2008 o Ministério da Saúde (MS) cria o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sua resolubilidade e territorialização, abrindo espaço para novas metodologias, tecnologias e categorias profissionais (BRASIL, 2008a). As equipes são formadas por profissionais de diferentes áreas do saber, que atuam apoiando as eSF,

compartilhando as práticas em saúde nos territórios (BRASIL, 2008a). Apesar de partir de uma equipe especializada, as características de trabalho do Nasf excluem a função de ambulatório de especialidades. O apoio a ser ofertado às Esf inclui diferentes saberes e práticas e aponta para a importância de construção de novas formas de atuar na Atenção Básica.

A prática diária de trabalho das equipes na atenção básica apresenta questões essenciais sobre a educação em saúde, que é um dos principais dispositivos para promoção da saúde. Conforme Heidemann et al. (2014), “as estratégias de promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS”. E segundo a Organização Mundial da Saúde (1986), na *Carta de Ottawa*, “o significado da promoção de saúde é fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela, demarcando campo para as ações de educação em saúde”.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006, revisada em 2014, apresenta diretrizes e eixos operacionais, trazendo em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como o

conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2014)

A educação em saúde é pensada como prática que agrupa diversos saberes produzidos a partir de grupos sociais que evidenciam o compartilhamento desses saberes e de experiências, construindo assim novas formas de cuidado (ACIOLI, 2008). Ela é definida pelo Ministério da Saúde da seguinte forma:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2006a)

Embora as práticas de educação em saúde de grupo serem essenciais ao trabalho em saúde, muitas vezes elas são colocadas em segundo plano no planejamento dos serviços por

serem entendidas apenas como oportunidades para a transmissão vertical de conhecimentos e informações, conseqüentemente se apresentando distante da rotina de vida da população.

Seguindo isso, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b) menciona em portarias e programas que as práticas de saúde pública e coletiva no Brasil devem impulsionar e fortalecer ações grupais com usuários e grupos populacionais, principalmente na atenção básica. Apesar disso, vemos no cotidiano dos profissionais de saúde, ou seja, na prática, ações de saúde voltadas para a atenção individual em detrimento das ações coletivas.

O potencial grupal e gregário dos homens é colocado em valor por alguns autores, como Furlan (2012), que aponta o fato de que não vivemos solitários e que nos agregamos por natureza. Ele refere ainda a existência de textos que discutem a relevância das temáticas dos grupos e coletivos, enfatizando a importância dos agrupamentos na vida do ser humano.

A começar de seu nascimento e ao longo de seu desenvolvimento, o ser humano está inserido e interagindo em diferentes grupos – família, escola, trabalho, amigos –, por isso a relação do indivíduo com os grupos faz parte do cotidiano de toda sua vida, compondo uma dialética formadora entre a identidade individual e a identidade grupal (MORE; RIBEIRO, 2010).

Outros autores defendem que a diversidade de possibilidades que a realização das atividades grupais viabiliza vem propiciando a inserção desse trabalho na área da saúde: “Numa primeira fase, os grupos passaram a ser utilizados com finalidades estritamente terapêuticas. Numa segunda, sob influência dos trabalhos de Kurt Lewin, na década de 30 passaram a se voltar para o contexto educacional” (TEIXEIRA, 2007, p.156).

Na mesma linha de pensamento de Teixeira, o Ministério da Saúde, nos *Cadernos de Atenção Básica* (2010, p.109), afirma que “existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão”.

Os serviços de atenção primária em saúde, em sua maioria, são orientados a investir na oferta de grupos relacionados a alguma condição clínica ou a uma fase do ciclo de vida específica, assim como grupos de diabéticos e hipertensos, gestantes e outros. A dinâmica desses grupos organizados em função de uma circunstância de vida, doença ou incapacidade acaba sendo mais voltada à troca de experiências e informações sobre essa condição, seu formato sendo mais centrado na transmissão de conhecimentos pelos profissionais aos usuários (NICOLAU, 2015).

Autores da saúde coletiva fazem a crítica de como os grupos abordam com regularidade temas centrados na doença, não sendo considerados muitas vezes os aspectos que envolvem as questões diversas da vida dos usuários. Isso nos convida a refletir e atuar a partir de novos modos de cuidar, visto que o processo saúde/doença não envolve somente aspectos patológicos (ABRAHÃO; FREITAS, 2009).

Apesar de os protocolos e diretrizes disponibilizados pelo MS padronizarem a assistência e as ações desenvolvidas na atenção básica, apontamos a importância de considerar na atuação o território e as regras estabelecidas pela comunidade, respeitando os modos diversos de enfrentamento da vida.

Para Souza et al. (2005), as atividades educativas grupais favorecem a troca de experiência entre os usuários e entre eles e os profissionais de saúde, sendo vistas como um meio de educação em saúde potente para o caminho do desenvolvimento crítico e autônomo de seus participantes.

No contexto das práticas educativas de grupos, um aspecto a destacar é a questão da educação. Ao longo da história, a educação vem passando por várias transformações, e concomitantemente a educação em saúde também. A abordagem tradicional das escolas e seu processo de ensino-aprendizagem resultam de uma concepção e práticas que perduraram através do tempo e passaram a ser referencial para metodologias nas quais o professor é o centro do ensino e os alunos são ensinados e instruídos por ele, em sala de aula, com valorização do conhecimento cumulativo. Esse tipo de ensino é caracterizado por uma metodologia que preza a variedade e quantidade de conteúdo, e não a formação do pensamento reflexivo (WANDERLEY, 2018).

Trazendo isso para o cenário de saúde, a educação tradicional pode ser compreendida como prescrições transmitidas aos sujeitos sob forma de palestras para evitar a doença, sem levar em conta a realidade individual em que esses sujeitos vivem (MACIEL, 2009, p.776). Essa situação muitas vezes se reflete na prática profissional, em que “aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima, o único responsável pelo processo educativo” (VASCONCELOS et al., 2009, p.24). Essa atitude instaura uma dicotomia que coloca o profissional de saúde no lugar do saber e o usuário no do não saber (a respeito da própria saúde).

Essa lógica prioriza a transformação dos comportamentos dos indivíduos e reforça discursos e práticas que objetivam delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais

específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos, refinando-se estratégias de culpabilização dos indivíduos pelos males que os acometem. Esse é um risco de transformar os “sujeitos” em “objetos”, retirando sua capacidade de refletir, escolher, decidir, transformar, analisar e de discordar dos profissionais de saúde (MENDES; FERNANDEZ; POMPEI, 2016).

Para Mendes, Fernandez e Pompei (2016), no âmbito da saúde e em outros contextos, a despotencialização do outro vem apontando a manutenção de estratégias de dominação e exclusão, o que leva à reflexão de que não devemos responsabilizar o outro (usuário) por aquilo que ele não sabe, não percebe e sobre o que ele não tem consciência e que pode ser trazido e transmitido a ele pelos detentores do saber privilegiado e valorizado.

Mendes, Fernandez e Pompei (2016) destacam ainda que “nossas chances de promover transformações se ampliam à medida que incluímos, de fato, o outro como um sujeito de potência nesses processos”. Com isso, podemos compreender a importância da participação dos indivíduos e grupos nas ações a que se destinam, conferindo a eles o poder de decidir sobre as questões com as quais estão envolvidos.

Os focos educativos mudaram drasticamente nos últimos anos no que diz respeito à educação e ao desenvolvimento dos profissionais da saúde. Contrastam-se em paradigmas de educação continuada e educação permanente (MEDEIROS, 2015). A educação continuada segue os padrões da educação bancária, na qual o professor deposita o “seu conhecimento” e o aluno administra e decora as teorias aprendidas. A finalidade de conceituar a prática seguindo a lógica curricular universitária distancia a prática do saber (MEDEIROS, 2015). Por ser uma simples transferência de conhecimento, de informação, não se caracteriza como um ato educativo (FREIRE, 1987).

A característica de um método educativo pauta-se em um processo transformador a partir da formação de um ser crítico e reflexivo (FREIRE, 1987). Paulo Freire propõe a Educação Popular em Saúde valorizando o diálogo com a comunidade, mobilizando autonomias individuais e coletivas, validando seus saberes e suas vivências para o enfrentamento dos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2007).

Nesse caminho, quando buscamos um processo de aprendizado dos trabalhadores, encontramos a educação permanente, que tem enfoque problematizador, com capacidade de aprendizagem permanente, refletindo em velocidade nas transformações e respostas aos desafios presentes (MEDEIROS, 2015).

Com base na discussão desses autores posso afirmar que acredito em uma abordagem pedagógica na qual a prática de educação e saúde está voltada para o diálogo, potencializando

o usuário em seus processos de vida, favorecendo um aprendizado mútuo em que profissionais e usuários buscam caminhos para construir coletivamente processos em estado de permanente ensino e aprendizado.

Considero que as ações dos profissionais do Nasf junto com as equipes das unidades podem viabilizar a construção conjunta de atividades coletivas de educação em saúde, objetivando mudanças no processo de trabalho, incorporando práticas educativas grupais e a educação permanente em saúde no cotidiano da unidade, construindo espaços coletivos que possibilitem reflexões sobre a prática profissional, sobre modos de gerir e cuidar, tendo como caminho a Política Nacional de Humanização (PNH).

Esta pesquisa tem seu ponto de partida alicerçado em minha trajetória profissional, descobrindo-me inserida em diversos cenários pautados em atividades de práticas de grupo, considerando também a vivência atual de trabalho no cotidiano de algumas unidades de saúde do município, observando e participando de ações de grupo, acrescida da leitura de diversos estudos sobre esse tema. Essas vivências despertam inquietações e indagações sobre como têm sido realizadas as ações de práticas educativas grupais nas unidades de ESF apoiadas pelo Nasf. Com isso, percebo a necessidade de repensar a prática, cuidar da relação entre as equipes e entre elas e usuários, contribuindo com os profissionais de saúde que conduzem grupos na atenção básica.

A partir dessa concepção, recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito (BRASIL, 2010a, p.109).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as práticas educativas grupais realizadas nas dezoito unidades de Estratégia Saúde da Família apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família do município de São Vicente.

3.2 Objetivos específicos

- Mapear as atividades grupais realizadas pelas equipes nas unidades.
- Identificar estratégias e dispositivos utilizados pelas equipes nos grupos educativos
- Compreender o papel do Nasf para a realização dos grupos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se situa no universo da pesquisa qualitativa, de natureza exploratória com aprofundamento de discussão da temática. Minayo (2014) expõe que a pesquisa qualitativa possibilita a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações. Assim, procurou-se investigar como ocorrem as práticas educativas grupais nas unidades de Estratégia Saúde da Família que são apoiadas pelo Nasf.

Antes de descrever o percurso metodológico é importante mencionar que inicialmente definimos que o estudo se daria em duas fases, a primeira composta por mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas dezoito unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf e a segunda composta por observação sistemática das atividades educativas de grupo e por roda de conversa ou entrevista semiestruturada com os envolvidos nessas atividades. No decorrer da pesquisa, essa proposta de percurso sofreu alterações devido ao momento vivenciado não só no Brasil, mas também no mundo com a pandemia da Covid-19.

A pandemia teve seu início em nosso país em março de 2020, colocando desafios de diversas ordens. Um protocolo de isolamento social foi iniciado no Brasil na tentativa de controlar a pandemia, visando à exposição mais lenta de indivíduos à doença, de modo que o SUS não viesse a colapsar com a falta de insumos, leitos e assistência básica em saúde, conseguindo assim assistir a todos os pacientes. Nesse sentido, o distanciamento social como medida de saúde pública vem sendo adotado na Europa, na Ásia e nas Américas (FARIAS, 2020).

O município de São Vicente seguiu às recomendações governamentais adotando protocolos, reduzindo as atividades de rotina nas unidades e suspendendo as de grupo. As atividades de rotina foram sendo retomadas de forma gradativa, e os grupos apenas no segundo semestre de 2021.

Assim, a primeira fase da pesquisa foi preservada mas foi traçado um novo percurso para segunda fase, da seguinte forma: a primeira fase foi preservada do modo previsto, composta por mapeamento das práticas grupais desenvolvidas nas dezoito unidades de saúde da família que são apoiadas pelo Nasf. Na segunda fase, optamos por aprofundar questões relacionadas à temática das práticas grupais, por meio de rodas de conversa com os coordenadores das unidades que conduzem as atividades educativas de grupos.

As duas fases foram essenciais para que conhecêssemos as atividades educativas de grupo realizadas nessas unidades e compreendêssemos a realidade desses grupos na atenção básica em São Vicente.

É indispensável apresentar o município de São Vicente para contexto antes de continuar expondo o percurso da pesquisa. Este estudo foi realizado nesse município, um dos nove que compõe a Região Metropolitana da Baixada Santista no estado de São Paulo (RMBS). Por ser o mais antigo povoado do Brasil, São Vicente carrega os títulos de *Cellula Mater da Nacionalidade*, *Cidade Monumento da História Pátria*, *Berço da Democracia nas Américas* e *Estância Balneária*.

O município apresenta extensão de 148 km² e tem sua geografia dividida em duas partes com características diferentes entre si, denominadas área insular e área continental. De acordo com a estimativa de 2020 do IBGE, sua população é de aproximadamente 368.355 habitantes. A “vida” da cidade se iniciou na ilha de São Vicente, a área insular, que tem atualmente cerca 225.735 mil habitantes (IBGE, 2020). A estrutura e organização dessa área potencializa a oferta de serviços da Prefeitura Municipal, de bancos, comércio e lazer.

Já a área continental se desenvolveu com a chegada dos operários que construíram a ferrovia Mairinque-Santos, em 1910, e posteriormente com os migrantes que construíram a Via Anchieta e os que trabalhavam no polo industrial de Cubatão. A expansão do município ocorre especificamente na área continental, com grandes ocupações impulsionando o crescimento populacional. Essa área tem atualmente cerca de 150 mil habitantes (IBGE, 2020). Outro fator que pode ter contribuído para isso foi a chegada de conjuntos habitacionais concentrados nessa região. A população conta com uma subprefeitura e serviços de diversas políticas públicas, tanto municipal quanto de organizações não governamentais.

Em 1998, o município assumiu a forma de gestão plena. Em 2007, aderiu ao Pacto pela Saúde, tendo o seu sistema de saúde organizado em atenção básica, atenção especializada.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é composta por dois modelos de atenção à saúde: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), com um total de 27 unidades, quatro UBSs, doze ESF e onze unidades mistas (UBS e ESF), divididas entre as áreas insular e continental.

As unidades de ESF foram estabelecidas em 1998, e no mesmo ano foi inaugurada a primeira unidade com eSF no bairro Rio Branco, na área continental. O modelo adotado pelo

município foi de uma equipe mínima composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares, seis agentes comunitários de saúde (ACSs) e um auxiliar administrativo.

4.1 Sujeitos e local da pesquisa

Na primeira fase da pesquisa, investigou-se o objeto, a prática educativa grupal. Nessa fase tratou-se de repertoriar junto aos coordenadores das ESF apoiadas pelo Nasf as práticas realizadas nas unidades, detalhando-as em termos de número, frequência e de temática/objetivo. Na segunda fase da pesquisa procurou-se saber mais detalhes sobre a realização das referidas práticas junto aos coordenadores que aceitaram e puderam contribuir.

Para selecionar os locais que fariam parte da pesquisa consideramos o universo de 27 unidades de saúde que compõem a atenção básica do município e optamos por pesquisar somente as dezoito unidades de ESF que são apoiadas pelo Nasf, uma vez que nos interessava saber o que poderia ampliar as ações do Nasf.

Dessa forma, na primeira fase inserimos na pesquisa as dezoito unidades de ESF apoiadas pelo Nasf englobando nove unidades na área insular e nove na área continental, e excluimos unidades que não têm o apoio da equipe do Nasf. Os sujeitos pesquisados foram os coordenadores de unidades, escolhidos porque dispunham das informações sobre os grupos realizados nelas.

Na segunda fase, nos dirigimos novamente aos coordenadores dessas unidades porque os resultados da primeira fase demonstraram que são eles os profissionais das unidades que mais fazem atividades educativas grupais. No momento de fazermos o convite, excluimos os sujeitos que estavam afastados por férias ou por outro fator que impedisse sua participação no decorrer da coleta de dados da pesquisa.

4.2 Instrumentos da pesquisa

Para produção dos dados da primeira fase, utilizamos um quadro que possibilitou mapear as atividades grupais, respondido pelos dezoito coordenadores dessas unidades (ver Anexo 1) norteado pelos seguintes tópicos: atividade de grupo – tema; frequência na qual ocorre – dia da semana; horário e profissional que conduz e participa/auxilia.

Na segunda fase utilizamos a técnica da roda de conversa com os coordenadores que conduzem as atividades de grupos nas unidades, seguindo roteiro (Anexos 2 e 3). Essa fase objetivou aprofundar questões relacionadas à temática das práticas educativas grupais para saber como são realizadas, com que intuito, a partir de qual motivação, com quais objetivos e com qual proposta metodológica.

A escolha da técnica da roda de conversa para essa fase se apoia no fato de que essa ferramenta oferece a possibilidade de ampliar as discussões com os coordenadores sobre possibilidades de (re)pensar suas experiências grupais, apontando possibilidades de colaborar e potencializar com o cuidado em saúde, visando metodologias mais participativas, mais dialogadas, mais reflexivas, menos prescritivas, tornando possível a troca de saberes das experiências vividas, produzindo soluções e construções coletivas. Essa menção é compatível com que Melo e Cruz (2014) descrevem sobre essa técnica que assegura trabalhar em grupo as manifestações apresentadas, deixando que os participantes expressem suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, e também cria um espaço de diálogo e de escuta em que diferentes falas se manifestam.

4.3 Produção de dados

Fase 1

Essa fase da pesquisa foi desenvolvida em novembro de 2020 e o convite para participar dela foi feito por contato telefônico aos dezoito profissionais que coordenam essas unidades, todos com formação em enfermagem e que aceitaram prontamente colaborar com o estudo. Após aceitarem, utilizamos os momentos da equipe do Nasf nessas unidades para esclarecer aos participantes os objetivos e caminhos da pesquisa. Foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), posteriormente assinado e devolvido juntamente com o quadro respondido.

Para manter o sigilo, identificamos as unidades de ESF pesquisadas utilizando referências numéricas de 1 a 18, todas iniciadas pela letra U, de unidade.

Fase 2

O convite para participar da primeira roda de conversa foi feito aos dezoito coordenadores de unidades, por contato telefônico, e os objetivos e caminhos dessa fase da pesquisa foram esclarecidos. Embora o convite tenha sido feito para os dezoito coordenadores, no momento da aplicação da pesquisa alguns sujeitos não puderam participar. É importante mencionar que devido à pandemia no ano de 2020, os profissionais de saúde do município ficaram por um longo período sem a possibilidade de usufruir de férias, dentre outros benefícios, conforme o artigo 2º inciso VII, do Decreto Municipal nº 5191 (SÃO VICENTE, 2020a).

Para preservar a identidade e o sigilo dos profissionais que participaram da pesquisa nessa fase utilizamos as mesmas referências numéricas da fase anterior de 1 a 18, todos iniciados pela letra P, de profissional, seguida da letra U, de unidade, e o número.

Cabe aqui elucidar que a proposta era realizar com os coordenadores um encontro em formato virtual, devido à pandemia, e estarmos de certa forma “separados” apesar de sermos trabalhadores da saúde. Para nossa surpresa, em nosso contato telefônico, os profissionais iam sugerindo o formato presencial, justificando que o município, nesse momento, estava na Fase 3-Amarela do Plano São Paulo (SÃO PAULO, 2020; SÃO VICENTE, 2020b). Apesar de o governo municipal não ter decretado a retomada das atividades grupais com os usuários, avaliamos em conjunto com a Diretoria da Atenção Básica (DAB) que vínhamos conseguindo produzir algumas ações entre as equipes sem maiores riscos, e decidimos então pela configuração presencial, considerando também a solicitação, a necessidade e a disponibilidade do próprio grupo. Percebemos que algo implícito estava contido nessa sugestão, pois os reflexos da pandemia, principalmente nos profissionais de saúde, se fazem presentes trazendo fragilidades, solidão e diversos efeitos negativos, havendo assim motivos suficientes para a pesquisa acolher esse pedido, visando juntos encontrarmos maneiras de lidar com tudo isso.

O primeiro encontro ocorreu no mês de dezembro de 2020 no auditório da Secretaria de Saúde (Sesau), em horário de trabalho, com duração de 1h30, no final da tarde – o melhor horário para os participantes. Dos dezoito coordenadores convidados, apenas cinco participaram dessa roda de conversa, pelos motivos já mencionados. Dos que não foram, dez sujeitos justificaram a ausência antecipadamente: três usufruindo de licença médica, cinco de férias e dois por falta abonada. Apesar da confirmação antecipada da participação de oito

coordenadores, no próprio dia da roda três, por contato telefônico, justificaram a ausência por motivos relacionados às atividades das unidades.

Seguimos as recomendações e diretrizes governamentais, cuidando para que houvesse o distanciamento recomendado entre as pessoas, o uso de máscara, janelas abertas para que o ambiente ficasse arejado e disponibilizamos álcool gel. Apesar desse contexto que em muitos momentos pode se apresentar frio, impessoal e solitário, buscamos proporcionar um ambiente acolhedor com música e um lanche, pois todos vieram ao encontro diretamente das unidades em que trabalham, deixando suas atribuições por esse período.

Os profissionais foram chegando um pouco antes do horário marcado e também as colaboradoras que fizeram o apoio ao grupo. Num formato bem livre fomos fazendo nosso lanche e conversando sobre assuntos diversos que não tinham que ver com a atividade que realizaríamos. Sentimentos de ansiedade e dúvida sobre o que estava por acontecer se misturavam com a confiança sobre os resultados que seriam conquistados. Conduzir o encontro, compartilhando saberes, reunindo e produzindo dados, me trouxe conforto e confiança para os momentos futuros.

Iniciamos o encontro com o primeiro momento, sem as apresentações formais de cada um, visto que todos já se conheciam, mas esclarecemos a presença das duas colaboradoras e seus papéis no grupo. Seguindo o roteiro, apresentamos novamente os objetivos, os caminhos da pesquisa, a proposta do encontro, e fizemos a leitura do TCLE (Apêndice B), que foi assinado por todos e devolvido.

No segundo momento solicitamos aos participantes que pensassem em uma cena marcante que tivesse como foco uma vivência/experiência de atividade educativa de grupo e escrevessem essa cena, de forma livre, como sentissem e lhes parecesse mais adequado. Disponibilizamos papel sulfite e caneta, solicitado por quatro participantes. O quinto participante fez seu relato em um envelope pardo que já tinha. As folhas foram recolhidas ao final do encontro. No percurso da escrita, iniciou-se um burburinho, pois um dos participantes já manifestou que preferia falar a escrever, além de dizer que seu relato não contribuiria com a pesquisa. A maioria acolheu os apontamentos feitos com olhares de encorajamento, verbalizando e reforçando dessa forma a ideia da importância de escrever e posteriormente ler e discutir, sendo todas as vivências importantes.

Estipulamos dez minutos para a finalização da escrita, com a proposta de cada um ler o seu relato. Nesse momento, o grupo se organizou, mas na prática talvez a leitura dos escritos tenha se misturado com falas que eram mobilizadas pelo que estava sendo lido. A intensidade

do vivido não se expressou somente na escrita, mas foi complementada pela fala dos participantes. Optamos por não interferir nos relatos e na sua riqueza, nem na discussão posterior

As cenas mencionadas foram vivências de atuação dos profissionais na ESF no município de São Vicente: quatro foram relacionadas a experiências de atividades grupais e uma de atendimento conjunto entre ESF e Nasf.

Enquanto dialogavam sobre a temática, pude observar o movimento dos participantes, os que interagiam e até mesmo um que raramente falava. Durante o processo de discussão, as intervenções da pesquisadora ocorreram em momentos pontuais com o intuito de juntar os comentários e quando necessário incluir algum membro do grupo na discussão, situação fundamentada no que Melo e Cruz (2014) ressaltam ao relatar que ao mediador cabe garantir de forma igualitária a participação de todos, atendendo aos critérios de estruturação da discussão.

Pode-se dizer, ao final desse encontro, que ele foi produtivo, apesar de um tanto tímido. Saí dessa roda pensando sobre os processos de trabalho grupais discutidos, sobre o que tinha sido expressado pelo grupo e sobre os participantes mencionarem a possibilidade de um novo encontro. Inicialmente era para ser apenas uma roda de conversa, mas com o espaço de diálogo abriu-se a possibilidade de ampliar essa discussão.

A segunda roda de conversa não estava programada, mas avaliamos como oportuna a sugestão de um novo encontro trazida pelos participantes no encontro anterior. O convite para participar da segunda roda de conversa foi feito aos dezoito coordenadores por contato telefônico, e esclareceu-se sobre o novo encontro. Embora o convite tenha sido feito para os dezoito coordenadores das unidades, no momento da aplicação dessa roda alguns sujeitos não puderam participar pelos mesmos motivos mencionados e justificados no primeiro encontro.

Desse modo, a roda de conversa ocorreu no mês de fevereiro de 2021 no auditório de uma das Unidades Básicas de Saúde do município, em horário de trabalho, com duração de 1h30, no final da tarde, o melhor horário para os participantes. Apesar da confirmação antecipada de oito, três justificaram a ausência no próprio dia, por contato telefônico, alegando questões relacionadas ao local de trabalho. Houve a participação de cinco coordenadores. Vale destacar que mesmo tendo se passado dois meses entre o primeiro e esse segundo encontro, tivemos a participação de quatro coordenadores que estiveram presentes na roda de conversa anterior e um que veio pela primeira vez. Essa situação nos sugere a potência do encontro, da técnica utilizada e do interesse dos coordenadores em relação ao

tema. As colaboradoras que fizeram o apoio no primeiro encontro comunicaram previamente que não participariam dessa roda de conversa, e então com esse formato, conduzi o grupo sozinha.

Nessa roda de conversa mantivemos os mesmos protocolos adotados anteriormente, garantindo assim a segurança de todos. Os participantes foram chegando, e ao formarmos e iniciarmos a roda de conversa, pude notar que nesse segundo encontro os coordenadores transpareciam estar mais à vontade para as colocações, interagindo mais, compartilhando suas vivências em relação ao tema de pesquisa. Eu mesma também me sentia mais solta e segura. Participar desse segundo encontro me fez compreender que muitas coisas fluem e se constroem no momento da roda, conjuntamente.

A proposta disparadora para esse encontro foi fazermos uma retomada do que foi vivenciado na roda de conversa anterior, contando para aquele que não estivera presente ao encontro anterior o que ficou daquele momento e o que nos mobilizou. Aleatoriamente cada um foi contando sua cena marcante, trazendo vivências mencionadas anteriormente. Esse resgate não se deu de forma acanhada e contida; isso proporcionou uma nova discussão e possibilitou à coordenadora que veio pela primeira vez compartilhar seu relato de experiência sobre atividade grupal. Após essa dinâmica, propôs-se um segundo momento em que eu apresentei, em folhas de sulfite coloridas cortadas em quatro partes, algumas frases que me mobilizaram a partir das falas dos coordenadores no encontro anterior. Partindo delas iniciamos uma nova rodada de discussão com a intenção de avançar nas questões trazidas anteriormente. Os relatos e as questões levantadas pelo grupo mostraram inquietações e ao mesmo tempo motivação para (re)pensarmos sobre as nossas experiências grupais. Foi um encontro empolgante, bem diferente do primeiro. As dúvidas que surgiram no decorrer da roda, em sua maioria, foram respondidas pelos próprios participantes, que trocaram experiências e vivências, tornando esse processo de encontro bastante rico.

A certa altura, percebi que já passava das 17h, horário limite combinado com o grupo para finalizarmos as atividades. Porém, os participantes nesse dia não estavam preocupados com a hora. Fomos avisados que a unidade precisava ser fechada e que não poderíamos mais nos alongarmos no tempo. Desse modo, finalizamos o encontro com o surgimento de uma proposta, vinda do próprio grupo, de continuarmos com esse espaço de troca e compartilhamento a partir da temática das práticas educativas grupais. Inicialmente a ideia é manter essa composição de sujeitos e posteriormente abri-la para novos componentes, condição acordada por todos. Terminado o encontro, fui para casa pensando sobre os

desdobramentos dessa proposta e a possibilidade de novos encontros para além desta pesquisa.

Como mencionado, a Fase 2 inclui a roda de conversa com os profissionais que conduzem as práticas grupais nas unidades de ESF pesquisadas e/ou entrevista semiestruturada, além da observação sistemática da pesquisadora em algumas atividades educativas grupais realizadas nessas unidades. Optamos por realizar duas rodas de conversa, avaliando que os dados produzidos pelos cinco coordenadores nesses encontros foram suficientes, não sendo necessário a realização da entrevista. Apesar de avaliarmos que a observação sistemática da pesquisadora nas atividades educativas grupais poderia agregar novas questões ao tema de estudo, ela não foi realizada devido às circunstâncias no momento da aplicação da pesquisa, por conta de as atividades grupais com usuários estarem suspensas devido à pandemia.

4.4 Análise de dados

Os dados coletados na primeira fase foram analisados a partir dos quadros preenchidos pelos coordenadores das unidades, nas quais reunimos os dados em uma planilha feita manualmente, sendo eles posteriormente transformados em gráficos que serão apresentados no Capítulo 5, “Resultados e discussão”.

Na segunda fase os encontros foram gravados e transcritos pela pesquisadora; isso foi realizado logo após cada encontro. Os dados coletados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo, análise temática. Segundo Bardin (2011), essa técnica prevê as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Conforme Moraes (1999), a análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa que descreve e interpreta o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo as descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, auxilia a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. Com isso compreende procedimentos para o processamento de dados científicos, marcado por uma grande variedade de formas adaptável a um campo de aplicação muito vasto.

O primeiro momento da análise foi composto para “conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2011, p.96) a partir da leitura das

transcrições dos encontros da roda de conversa. Em seguida, foram separadas do material frases consideradas significativas; esses trechos foram agrupados por semelhanças e intitulados unidades de significados. Posteriormente eles foram agrupados em categorias com os seguintes temas: gestão e organização do trabalho, formação, concepções de grupo, e práticas grupais predominantes, e subcategorias foram incorporadas.

Os resultados dessa fase serão apresentados Capítulo 5, “Resultados e discussão”.

4.5 Questões éticas

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP Unifesp), em 8 de outubro de 2020, parecer nº 4.329.249. Nas duas fases da pesquisa, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e caminhos da pesquisa, e foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndices A e B), que foi assinado e devolvido.

Para manter o sigilo das unidades pesquisadas e dos participantes, utilizamos referenciais com letras e números.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

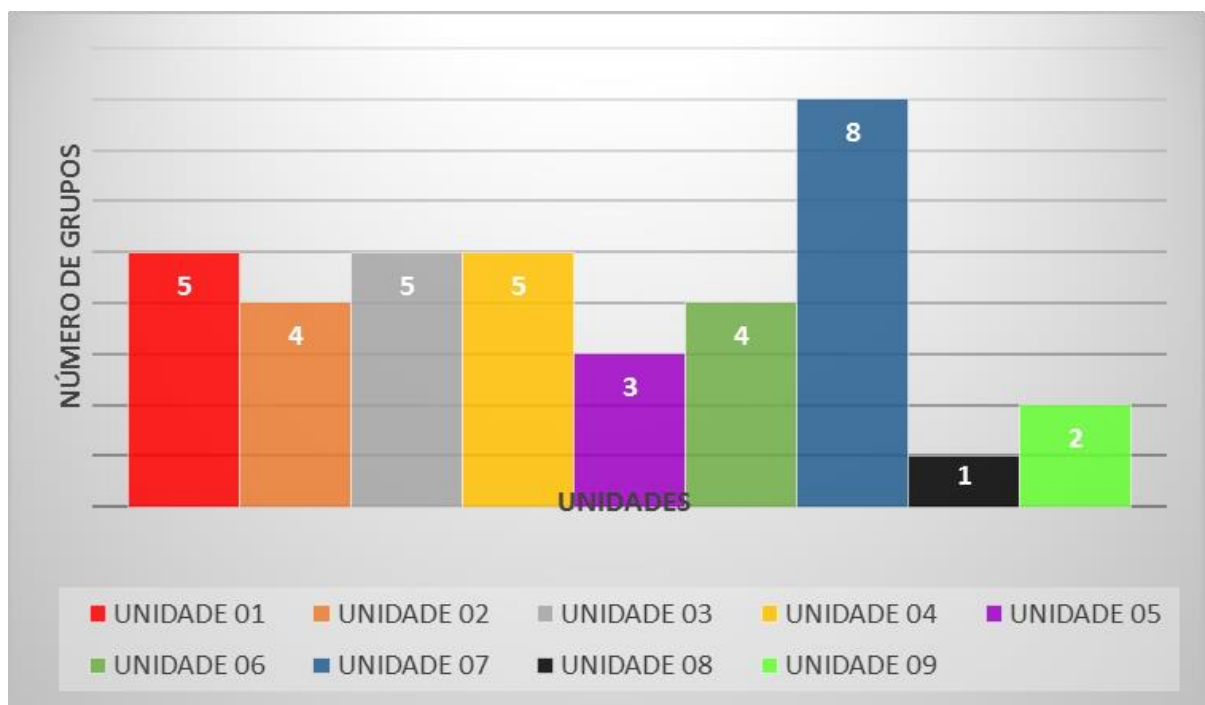
5.1 Mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf – Fase 1

Os resultados dessa fase foram produzidos a partir dos quadros respondidos pelos 18 coordenadores das unidades de ESF que são apoiadas pelo Nasf. Em termos quantitativos, identificamos que todas as unidades realizam atividades grupais. Essa ferramenta se apresentou valiosa para termos um panorama sobre a temática e na Fase 2 podermos aprofundar a discussão.

Para melhor análise dos quadros encaminhados, dividimos os dados coletados em gráficos referentes às unidades da área insular (gráficos 1, 2 e 3) e unidades da área continental (gráficos 4, 5 e 6), considerando a questão geográfica do município e a característica socioeconômica da população.

Discorreremos primeiro sobre os dados da área insular, e na sequência apontaremos os da área continental.

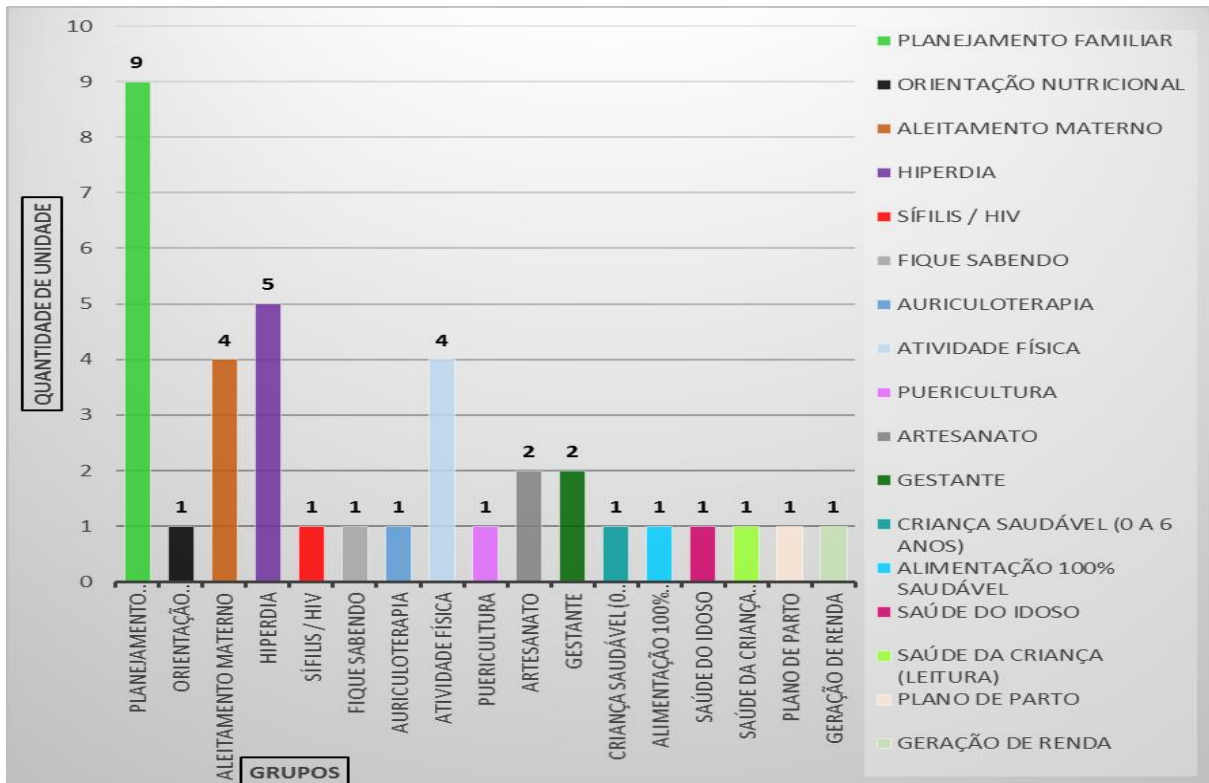
O Gráfico 1 mostra quantos grupos educativos são realizados em cada uma das nove unidades da área insular.



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 1. Descrição do número de grupos educativos por unidade da área insular

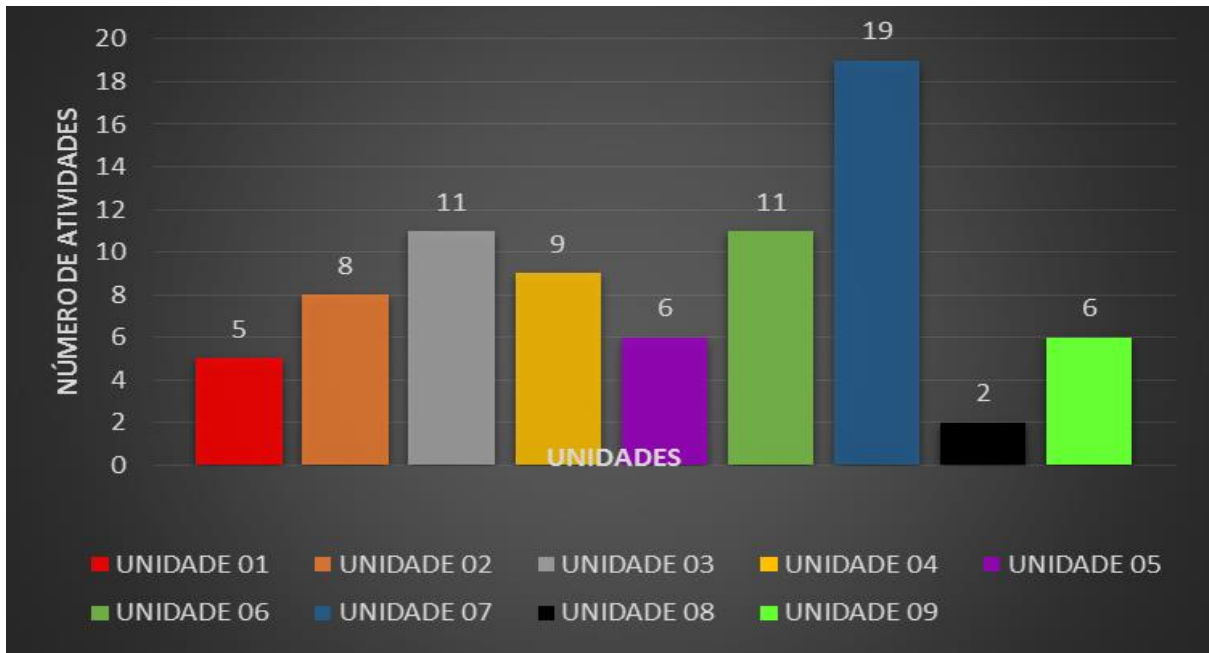
O Gráfico 2 apresenta a descrição de todos os grupos educativos realizados entre as nove unidades da área insular e quantas unidades realizam cada atividade.



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 2. Descrição dos tipos de grupos educativos nas unidades da área insular

O Gráfico 3 mostra quantas atividades são realizadas em cada uma das nove unidades da área insular no período de trinta dias, levando em consideração a periodicidade (diária, semanal, quinzenal, mensal, anual) de cada grupo de atividade.



Fonte: elaborado pela autora.

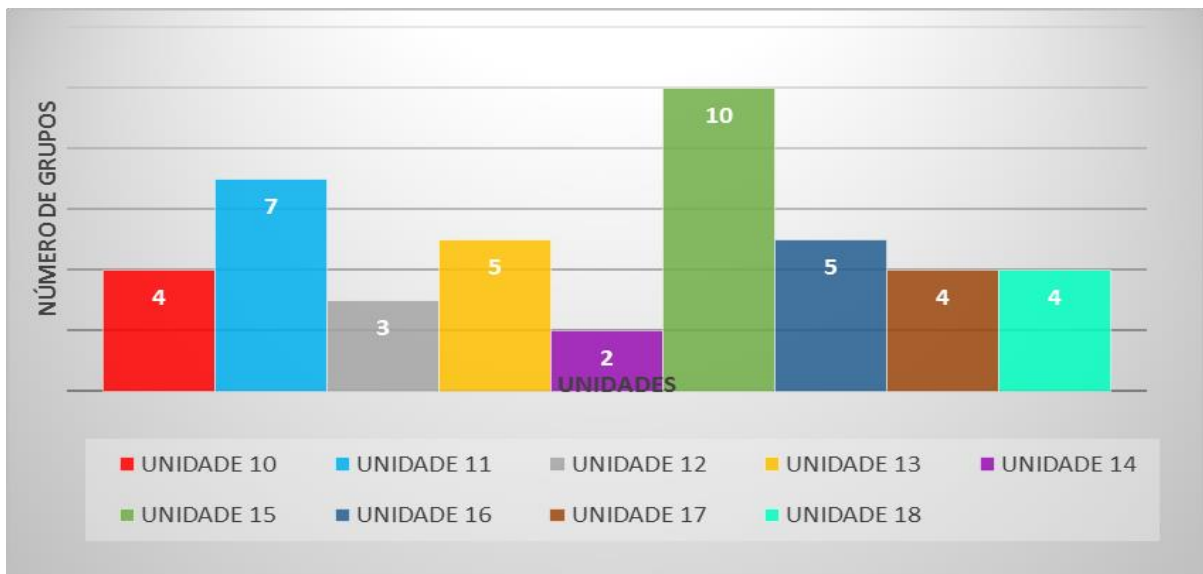
Gráfico 3. Descrição das atividades realizadas por mês nas unidades da área insular

Após o mapeamento das práticas educativas grupais realizadas nas nove unidades de ESFs da área insular, conforme apresentado no Gráfico 1, obtivemos um total de 37 atividades de grupos realizadas, tendo a unidade 7 maior quantidade de atividades grupais sendo executadas e a unidade 8 o menor número. Podemos perceber que das 37 atividades realizadas nessas unidades, 17 estão distribuídas em tipos diferentes de práticas grupais, listadas no Gráfico 2. O que também ficou evidenciado no Gráfico 2 foi a quantidade de atividades praticadas que não se repetem nas unidades, onze atividades ao todo, o que levanta o questionamento do motivo de isso ocorrer: a causa pode ser a diversidade entre a população em que essas ESFs atuam, abrangendo com isso as diferentes necessidades da população de cada região. Vale um destaque para a atividade de planejamento familiar, que apareceu em todas unidades analisadas.

Conforme visto no Gráfico 3, no período de trinta dias acontecem 77 atividades na somatória de todas as ESFs da área insular, destacando-se a unidade 7 com mais realizações de atividades educativas grupais mensais e a unidade 8 com menos realizações de atividades educativas de grupo.

No que se refere à frequência, as práticas educativas grupais foram divididas percentualmente da seguinte maneira: 29,2% acontecem semanalmente; 14,6%, quinzenalmente; 41,5%, mensalmente; 2,5%, trimestralmente; 12,2%, anualmente. Verificamos aqui que as atividades que acontecem mensalmente se destacam.

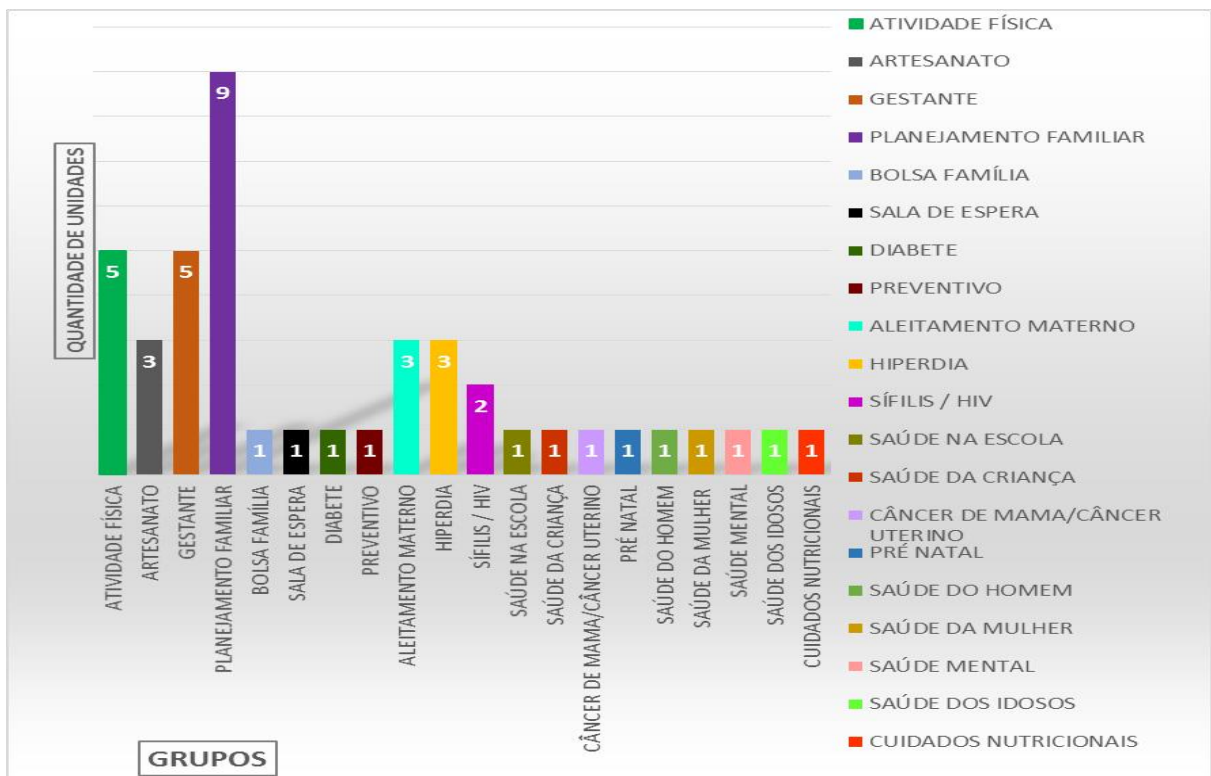
O Gráfico 4 apresenta quantos grupos educativos são realizados em cada uma das nove unidades da área continental.



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 4. Descrição do número de grupos educativos por unidade da área continental

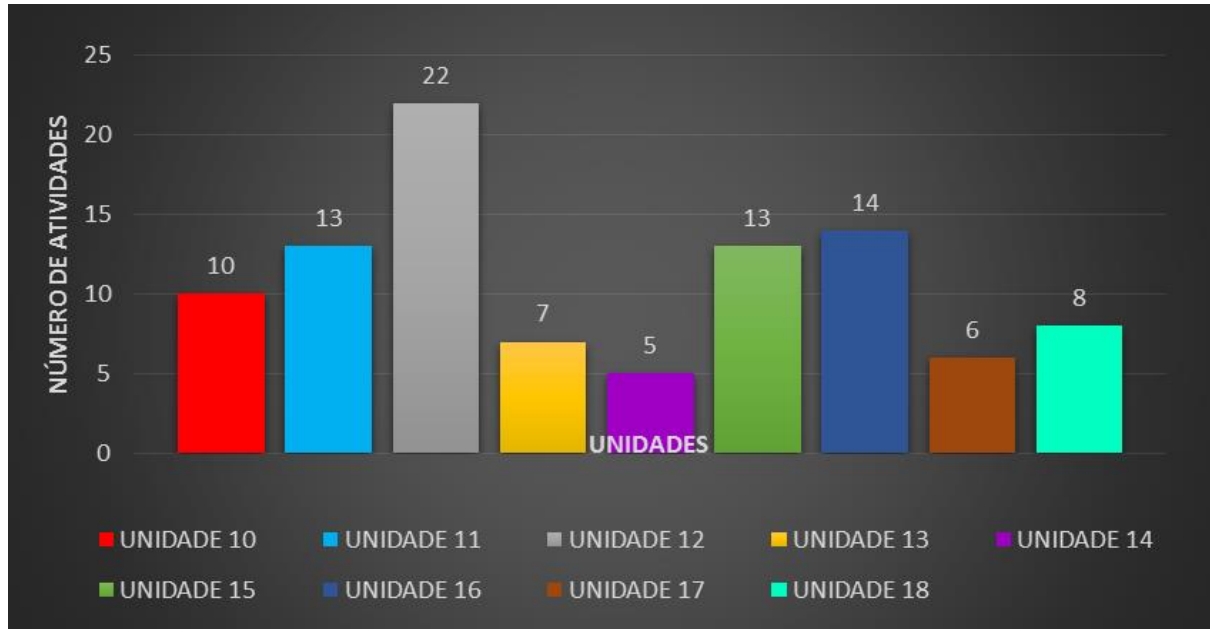
O Gráfico 5 apresenta a descrição de todos os grupos educativos realizados entre as nove unidades da área continental e quantas unidades realizam cada atividade.



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 5. Descrição dos tipos de grupos educativos realizados nas unidades da área continental

O Gráfico 6 mostra quantas atividades são realizadas em cada uma das nove unidades da área continental no período de trinta dias levando em consideração a periodicidade (diária, semanal, quinzenal, mensal, anual) de cada grupo de atividade.



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 6. Descrição das atividades realizadas por mês nas unidades da área continental

Com relação aos dados da área continental das nove unidades mapeadas, conforme Gráfico 4, o resultado foi de 44 atividades de grupos praticadas, com a unidade 15 com maior quantidade de atividades grupais sendo executadas e a unidade 14 com menor número. Podemos perceber que das 44 atividades realizadas nessas unidades, vinte estão distribuídas em tipos diferentes de práticas grupais, listadas conforme o Gráfico 5. O que também ficou evidenciado neste último, foi a quantidade de atividades praticadas que não se repetem nas unidades, 13 atividades ao todo, reforçando aqui a necessidade de uma análise da razão da repetição desse fato, considerando também se isso é decorrente de fatores de diversidade da população atendida por cada unidade. Observa-se que essa situação também foi apontada nas unidades da área insular, bem como novamente temos destacada a atividade de planejamento familiar, que apareceu em todas unidades.

Conforme visto no Gráfico 6, no período de 30 dias acontecem 98 atividades na somatória de todas as ESFs da área continental, destacando-se a unidade 12 com mais realizações de atividades educativas grupais mensais e a unidade 14 com menos realizações de atividades educativas de grupo.

No que se refere à frequência, as práticas educativas grupais foram divididas percentualmente da seguinte maneira: 1,9% acontece diariamente; 27,8% acontecem semanalmente; 1,9%, quinzenalmente; 44,4% mensalmente; 24,0% anualmente. Verificamos que aqui também as atividades que acontecem mensalmente se destacam.

Percebemos, de acordo com os dados coletados, que em relação aos profissionais que conduzem as práticas educativas grupais, as(os) enfermeiras(os), com 90,2% na área insular e 71,4 % na área continental, são os que mais as realizam, seguidos dos ACSs, com 7,3 % na área insular e 17,4 % na área continental. Em relação a outros profissionais que participam e auxiliam nessas atividades, apresentam-se os ACSs, com 57,4% na área insular e 62,3% na área continental, seguidos dos auxiliares de enfermagem, com 20,3% na área insular e 13,1% na área continental, e médicos, com 5,5% na área insular e 14,8% na área continental, e com menor intensidade aparecem os demais profissionais. Podemos verificar que mesmo os ACSs aparecendo em dois momentos, na condução das atividades de grupo com menor percentual e nas de apoio com um percentual mais relevante, o resultado aponta que as atividades educativas de grupo são realizadas em sua maioria pelas(os) enfermeiras(os) das unidades, que são também os coordenadores.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) explicam em sua pesquisa que ao realizar uma busca em base de dados de produção específica da enfermagem, constataram que essa categoria profissional se destaca frente ao desenvolvimento desses trabalhos. Esclarecem também que esse dado pode indicar uma preocupação maior das(os) enfermeiras(os) com a temática, mas indicam a necessidade da multidisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade.

Em relação aos agentes comunitários de saúde nas atividades de grupo, Furlan e Campos (2010) relatam que a expressiva participação desses sujeitos nas equipes de coordenação de grupos facilita o conhecimento dos usuários do grupo, da história daquela comunidade e do modo como eles lidam com as relações na vida. A vinculação da população às atividades propostas pode estar relacionada ao fato de os agentes comunitários de saúde morarem no bairro da unidade de saúde. Em alguns serviços esses atores participam ativamente dos grupos, auxiliando ou coordenando o processo. São capazes também de liderar atividades pontuais dentro dos grupos coordenados por outros profissionais.

A equipe do Nasf é citada em duas unidades da área insular como profissionais que participam e auxiliam em quatro atividades de grupo (hiperdia, puericultura, plano de parto e orientação nutricional). Na área continental a equipe é citada em uma unidade participando e

auxiliando em três atividades de grupo (Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul). Vale destacar que nas atividades das unidades da área insular, os grupos mencionados ocorrem três mensalmente e um trimestralmente. Já na área continental as três atividades de grupo mencionadas são as realizadas anualmente.

Também conforme o quadro preenchido pelos coordenadores das unidades evidencia-se que apenas uma unidade da área insular faz menção a uma atividade de grupo realizada que promova a intersetorialidade, ou seja, ações que articulem outras políticas públicas, envolvendo outros profissionais do território. Com esses apontamentos sobre o desenvolvimento das práticas educativas de grupo nas unidades pesquisadas, fica visível a pouca atuação interprofissional e intersetorial, situação que faz emergir um desafio para nossa prática profissional, pois entendemos, conforme Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), que se faz necessária a interdisciplinaridade e o intercâmbio entre os vários profissionais, na proporção em que possibilitam a estruturação de uma prática de saúde ampliada, em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas, e na qual ao cuidado se possa agregar outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços (de saúde ou não).

A atividade que teve maior incidência nas ESFs, tanto na área insular quanto na área continental, foi o planejamento familiar, presente em 100% das unidades.

Segundo as orientações do *Caderno de Atenção Básica* (BRASIL, 2013 p.109),

para obter bom resultado, no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

Campanhas promovidas pela Secretaria da Saúde focadas nas ações mensais – como Agosto Dourado, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho – não são aplicadas em todas as unidades, nem da área insular nem da área continental, nos seus referidos meses de campanha. Entendemos que por um lado, essas ações são temáticas relevantes, de caráter nacional, e podem ser um importante disparador para uma abordagem com a comunidade, aproximando profissional e usuário, aumentando uma possível adesão e promovendo diálogo sobre o tema. Por outro lado, elas ficam restritas às ações pontuais anuais e o potencial de educação em saúde se perde.

Observa-se que uma grande maioria dos grupos são organizados por patologia, dando ênfase à doença, sendo assim evidente que ainda ocorram atividades que não contemplam as práticas educativas grupais.

A seguir, na Tabela 1 estão os dados de cadastro das unidades com relação ao mapeamento do e-SUS em que verificamos a quantidade da população que ainda não foi cadastrada pelo programa e conseqüentemente ainda não está sendo assistida dentro das atividades de grupos das ESFs.

Na Tabela 2 estão os percentuais da população de cada região que já foram cadastrados mas que, por tudo anteriormente demonstrado nos levantamentos, ainda não estão participando dessas atividades dos grupos em sua totalidade.

Este mapeamento nos ajuda na discussão com relação à diversidade de atividades de grupos que acontecem somente em uma unidade específica, não se replicando nas demais, bem como nos ajuda a avaliar a adesão da população ao trabalho realizados nas ESFs e a dar argumentos para que se discuta a necessidade de criação de um protocolo de atividades de grupo a ser introduzido em todas as unidades considerando as variações de cada território.

Unidades insular/ continental	Quantidade a ser cadastrada	Quantidade cadastrada	Resta cadastrar
UNIDADE 01	7000	1569	5431
UNIDADE 02	7000	3121	3879
UNIDADE 03	8000	2843	5157
UNIDADE 04	7000	6225	775
UNIDADE 05	4000	1061	2939
UNIDADE 06	8000	4058	3942
UNIDADE 07	7000	1678	5322
UNIDADE 08	7000	2332	4668
UNIDADE 09	4000	983	3017
UNIDADE 10	4000	2060	1940
UNIDADE 11	8000	4306	3694
UNIDADE 12	4000	2491	1509
UNIDADE 13	8000	2919	5081
UNIDADE 14	4000	1664	2336
UNIDADE 15	12000	4952	7048
UNIDADE 16	8000	3250	4750
UNIDADE 17	8000	4306	3694
UNIDADE 18	8000	6883	1117

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 1. Dados das unidades: quantidade a ser cadastrada, quantidade cadastrada e o que resta cadastrar

Unidades insular/ continental	Percentual cadastrado
UNIDADE 01	77,58%
UNIDADE 02	55,41%
UNIDADE 03	64,46%
UNIDADE 04	1,10%
UNIDADE 05	73,47%
UNIDADE 06	49,27%
UNIDADE 07	76,02%
UNIDADE 08	66,68%
UNIDADE 09	75,42%
UNIDADE 10	51,50%
UNIDADE 11	46,18%
UNIDADE 12	37,72%
UNIDADE 13	63,50%
UNIDADE 14	58,40%
UNIDADE 15	58,70%
UNIDADE 16	59,30%
UNIDADE 17	46,18%
UNIDADE 18	13,96%

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 2. Percentual da população que resta ser cadastrada por unidade

Ao apresentar os resultados dessa fase, inquietações surgem em relação às questões relacionadas às diferenças entre as atividades grupais e o perfil da população da área insular e área continental. Essa questão é trazida no corpo da pesquisa, e apresentam-se hipóteses a considerar, que podem ser relevantes para o contexto de cada território.

Outro ponto que também pode ser analisado é por que o planejamento familiar é um tema de atividade grupal que ocorre em todas as unidades. Ao pensar sobre isso, levantaram-se algumas possibilidades. A primeira é que se trata de uma política pública adotada pelo município para reduzir a mortalidade materno-infantil potencializando o foco na saúde da mulher e da criança. Mas, concomitantemente a isso, considerou-se também a hipótese de que a opção massiva pelo tema do planejamento familiar esteja atrelada ao controle de natalidade.

Encontramos na literatura que o planejamento familiar, por meio da Lei 9.263/1996, regula o artigo 226 da Constituição Federal, que institui ser dever do Estado promover meios educacionais pelos quais homens e mulheres possam exercer seus direitos à concepção e contracepção, sendo disponibilizados meios, métodos e técnicas para a regulação de sua fecundidade.

Segundo Lelis et al. (2019), tal conquista se mantém na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como ação para reduzir a mortalidade materna e perinatal, e também para fomentar a efetivação de ações que cooperem para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Ainda de acordo com os mesmos autores, “a ESF constitui-se no cenário brasileiro como peça fundamental para que ocorra o planejamento familiar, pois é a porta de entrada do sistema de saúde, além de possuir o vínculo e a confiança de sua população” (LELIS et al., 2019, p.1104).

Em seu estudo, Coelho et al. (2000) fazem um resgate histórico da formulação e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, com ênfase na política de planejamento familiar, citando que ele “atendeu a interesses controlistas internacionais e hoje, o planejamento familiar, embora oficialmente reconhecido como direito de cidadania, ainda reflete interesses contraditórios das instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder”.

Conforme Ventura (2009, p.86), “durante décadas, o planejamento familiar e o controle de natalidade não eram discutidos e entendidos como um tema de saúde e cidadania, mas sim de demografia, crescimento econômico e desenvolvimento das nações”. Esse apontamento pode dar embasamento para a hipótese de que a opção massiva pelo tema do planejamento familiar esteja atrelada à estratégia dos profissionais e/ou da gestão de utilizá-lo para contenção da população.

A partir disso vale mencionar que os resultados dessa fase da pesquisa ocasionam então questões e apontamentos importantes a considerar, mas que não foram aqui explorados. Os pontos mencionados contribuem para o direcionamento de pesquisas futuras, apontando a relevância de investigar ainda mais qual é o embasamento que leva os profissionais a optar por uma ou outra temática quando realizam os grupos.

5.2 Roda de conversa com profissionais – Fase 2

Com os dados da primeira fase consolidados, fizemos algumas reflexões que ampliamos na segunda fase. Os resultados obtidos na Fase 2 foram produzidos por seis coordenadores, que também tem a função de enfermeira(o) das unidades de ESFs que são apoiadas pelo Nasf. Os participantes da pesquisa foram identificados com siglas visando manter o sigilo em relação a suas identidades.

Nesse percurso constatam-se vivências e expectativas dos sujeitos em relação à temática em questão. O material produzido durante os dois encontros foi agrupado em quatro

categorias, gerando subcategorias com temas. As análises detalhadas que nos fizemos chegar a essas categorias e subcategorias são apresentadas a seguir pelas seguintes tabelas:

Quadro com recorte das análises dos dados

CATEGORIA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	SUBCATEGORIA Precarização / Fragilização do Trabalho	UNIDADES DE SIGNIFICADO	NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS
		<p>“Hoje em dia não importa o quanto você atende, entre aspas, importa quantos cadastros você tem que fazer... o enfermeiro tem que ir lá fazer a escuta para contar como produção. Então eu tenho que ter um enfermeiro na minha unidade, no assistencial e no administrativo”. (PU6)</p>	<p>Os coordenadores das ESF realizam várias funções que não seriam próprias e/ou acumulam funções. (1)</p>	<p>(1) Descrença e desvalorização em ações grupais.</p>
		<p>“A minha unidade tinha que ter dois enfermeiros e, na sua grande maioria. Eu estou sozinha na maioria das vezes”. (PU13)</p>		
		<p>“Ficamos muitas vezes apagando fogo! Então não me sobra muito tempo para me dedicar às rodas de conversa, as atividades de grupo” (PU13)</p>		
		<p>“O atendimento dos enfermeiros, se for fechar hoje, dá mais de trezentas pessoas por mês que se atende.” (PU6)</p>		
		<p>“...Porque o enfermeiro não vai ter como verificar a pressão de todo mundo, atender porta, atender médico, atender o paciente que está precisando de uma ajuda e as atividades de grupo algumas vezes ficam em segundo plano nesse contexto.” (PU17)</p>		
		<p>“Quando você for julgar os procedimentos, tem que ver quais os procedimentos dos enfermeiros, não é?! Metade do que está ali não se enquadra no que temos que fazer de fato e acho que isso acaba fazendo com que fique fragilizado nosso acolhimento, escuta e cuidado ao paciente”. (PU17)</p>		
<p>“Agora eu tenho três agentes na minha equipe, com 750 pessoas cada um, são 1.200 famílias, vamos dizer assim. Dá para um médico, uma enfermeira e dá</p>				

SUBCATEGORIA	Pandemia	<p>para um agente resolver isso, assim, bonitinho. Quando eu tenho 17.000 prontuários de ESF que eu sou obrigado a atender, o que eu vou fazer?” (PU6)</p>		
		<p>“É que é tudo muito bonito no papel, não é?! É muito legal, a gente tira uma foto... só que tudo isso saí do nosso bolso, custa! A gente que é enfermeira, a gente não sabe o que é receber o nosso salário limpo, porque a gente sempre está inventando alguma coisa. Comprar uma bexiga, um painel sai caro.” (PU17)</p>		
		<p>“É legal também a pessoa chegar na minha unidade e ter um cafezinho para eles, é legal mas nós não temos condições de fazer isso. É cobrado muito da atenção básica, mas o investimento é pouco.” (PU6)</p>		
	Pandemia	<p>“A gente conseguiu manter o Hiperdia e, quando tem as gestantes aguardando a doutora, aí eu aproveito aquele momento pra aquelas que estão ali, só que não é todo mundo no mesmo horário, então fica bem difícil de fazer. O grupo do Hiperdia, que era uma vez por mês, está sendo a cada semana, toda semana, então é bem menos gente. Para mim, acabou.” (PU1)</p>	Profissionais e usuários frente a um novo contexto(1)	(1)Pandemia e as perspectivas de atendimento
		<p>“Pra mim, estragou tudo... Então existe uma pandemia, que a gente sabe, e que nós precisamos nos proteger. Então quer dizer, às vezes nós não temos material adequado pra fazer isso, deveria ter, deveria ter espaço físico para colocar um aqui, o outro ali pra fazer e às vezes não tem.” (PU6)</p>		
		<p>“O grupo não acontece como deveria estar acontecendo. O Hiperdia tem que acompanhar um por um, explicar dez vezes a mesma coisa...o planejamento familiar hoje é individual. Eu falo com você, toda quarta-feira é você, depois entra ela, depois ela, depois ela... então não acontece em grupo.” (PU6)</p>		

		<p>“Eu não vou expor – não é? – os próprios profissionais que eu tenho, porque a gente não sabe se a pessoa está contaminada, e nem expor os pacientes colocando eles um perto do outro...” (PU14)</p>		
		<p>“...eu não estou fazendo nesse momento, eu não tenho condições de fazer, não tenho! E assim, enquanto isso não passar, a gente infelizmente não vai ter como.” (PU17)</p>		
		<p>“...O planejamento familiar, mesmo a gente está fazendo a abordagem individual, uma passa para a outra! Porque quando você abre o pré-natal e aquela mulher fez o planejamento, daquele momento a gente percebe, eu percebo que após ela, tem mais mulheres atrás do planejamento. Elas fazem um grupo, mas a abordagem é individual.” (PU4)</p>		

CATEGORIA FORMAÇÃO	SUBCATEGORIA (Sem) Formação Acadêmica	UNIDADES DE SIGNIFICADO	NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS
		<p>“quando eu me formei, na época que eu fiz faculdade, nós passamos muito rápido pela unidade. Aprendemos que o posto era para fazer vacinação, curativo, para ver algumas rotinas sobre doença... bem focada nessas questões técnicas, na assistência, no atendimento individual, não tive nada sobre atividades de grupo”. (PU1)</p>	<p>A graduação não preparou para trabalhar com grupos (2)</p>	(2) O cotidiano de trabalho como espaço de aprendizado com grupos
		<p>“É mais assistência técnica, não tive nada sobre trabalhos coletivos de grupo”. (PU4)</p>	<p>Interesse e resistência em fazer atividades grupais (2)</p>	
	<p>“Não tive na graduação orientação sobre como fazer grupos, como são essas metodologias de roda de conversa...”. (PU13)</p>			
Subcategoria (Com) Formação Acadêmica	<p>“... as especializações que me ajudaram um pouco porque pude acessar outros métodos com interação de outras profissões, pensar em alternativas para o trabalho para não ser só ambulatorial, individual, só consulta”. (PU4)</p>	<p>A experiência ou o aprendizado do trabalho com grupos vindo da especialização (2)</p>		

SUBCATEGORIA Aprendizagem em Serviço	<p>“...depois fiz especialização em Saúde Pública, e acho que comecei a assimilar melhor sobre olhar o paciente como um todo, que muitas coisas que ele vivencia influenciam no seu processo de saúde/doença. Mas demorei bastante para refletir sobre isso”. (PU1)</p>		
	<p>“Fiz especialização em Saúde da Família e Preceptoría no SUS, isso ampliou meu olhar para questões de humanização, do território, passei a considerar as questões de vida desse paciente da sua família. Essa experiência me fez pensar um pouco sobre como eu estou fazendo esses grupos, porque nessas atividades de formação usam muito a metodologia ativa, muitas coisas partiam do saber dos participantes...”. (PU4)</p>		
	<p>“...como fazer grupos, como são essas metodologias de roda de conversa, não sabia direito que poderia fazer isso, a gente vai aprendendo na marra, na prática, com outros colegas também.” (PU13)</p>	<p>O cotidiano de trabalho como espaço de aprendizado com grupos (2)</p>	<p>Educação permanente como ferramenta para práticas educativas grupais (2)</p>
	<p>“Aí falaram muito na época que tinha que montar roda de conversa, atividades de grupo, aí eu fui correr atrás, ver o que era isso, como que fazia, como que montava, eu não sabia nada, enfim!” (PU13)</p>		
<p>“Uma vez foi o pessoal ali do serviço X: “Ah, vamos montar um grupo... Aí fiquei muito empolgada, pensando que bom que tinha que ir na escola e em outros lugares... que vamos estar junto, que deviam ter muita experiência, e seria muito legal essa troca, esse aprendizado... E era eu que era para ir sozinha. Eu sei que eu tenho um pouco de dificuldade de fazer os grupos, de conduzir, então pensei que seria talvez uma oportunidade de fazer junto, de aprender coisa novas, mas enfim”. (PU13)</p>			
<p>“Em vez de fazer um grupo de aleitamento dentro da unidade, a gente fez na comunidade... nós fomos para a realidade realmente... Qual a dificuldade delas? Você vê que é o barraco que não tem quarto, não adianta falar para ela que tem que comer e beber isso e aquilo lá, porque elas não têm dinheiro para aquilo, então nós começamos a viver a experiência delas.” (PU6)</p>		<p>Uso de estratégias grupais a partir da necessidade e demandas dos usuários (2)</p>	

CATEGORIA CONCEPÇÕES SOBRE GRUPOS	SUBCATEGORIA Usuário e Profissional	UNIDADES DE SIGNIFICADO	NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS
		<p>“...começamos a procurar atentar mais ao que está acontecendo, por exemplo, montar um grupo de mulheres grávidas, mas por quê?” (PU17)</p> <p>“Eu tenho um dia só para gestante, então eu vou reunir todas as gestantes ali e a gente troca ideia.” (PU6)</p> <p>“Acho importante ter alguns grupos específicos, porque aborda o assunto de acordo com a realidade, com aquela vivência.” (PU17)</p> <p>“Depois eu também fui ver que um grande erro meu foi que eu marquei às 8:00 da manhã. Nunca façam isso! O máximo que eu pensei era: “o café vai esfriar...”, entendeu?! Eu só pensava no que eu tinha feito, eu não pensei em quem estaria lá, esse foi meu erro! A gente tem que pensar em quem vai participar desses grupos, em quem vai estar ali. Eu não sou o foco, é o usuário!” (PU13)</p> <p>“Eu monto pelo menos uma vez no mês o Hiperdia, por conta de que eles pegam as fitas, então eu já aproveito o dia em que eles vão pegar as fitas, chamo as meninas e já faço tudo o que tem que fazer: testo, já converso, vejo se a receita está vencendo.” (PU1)</p> <p>“...aparecem grupos de acordo com a sazonalidade, é estranho isso.” (PU4)</p>	<p>Às vezes os grupos não são realizados a partir da necessidade dos participantes e sim para atender os programas predefinidos (3)</p>	(3) Diferentes perspectivas dos enfermeiros sobre atividades educativas grupais
<p>“ Então, eu não faço muito grupo, roda de conversa justamente pela falta de tempo, porque a maioria das vezes eu estou sozinha. Então não me sobra muito tempo para me dedicar às rodas de conversa, as atividades de grupo.” (PU13)</p> <p>“Eu acho legal a gente mexer na nossa agenda de acordo com o fluxo e a rotina da nossa comunidade, que varia muito, e essa flexibilidade é importante termos, entendeu?! Eu acho legal a padronização, quando eu falo em termos de normas, o que você fala para mim tem que valer para todos, mas precisamos considerar também as questões do território que eu acho que é diferente para cada unidade, a exemplo até da área insular e continental que se diferencia ainda mais.” (PU17)</p> <p>“Então tem alguns que seguimos pelo calendário, como Outubro Rosa, Novembro Azul, que são grupos anuais que acontecem na unidade.” (PU1)</p> <p>“Bolsa Família a gente é obrigado porque vem verba em cima disso e aí, se eu não pesar aquela criança, vão me cobrar porque vai perder verba, então acaba ficando bem burocrático e obrigatório fazer esse tipo de</p>	<p>Grupos educativos ficam em segundo plano, falta de tempo, desconhecimento (3)</p> <p>Temas planejados a partir e diretrizes ministeriais e a partir dos profissionais (3)</p>			

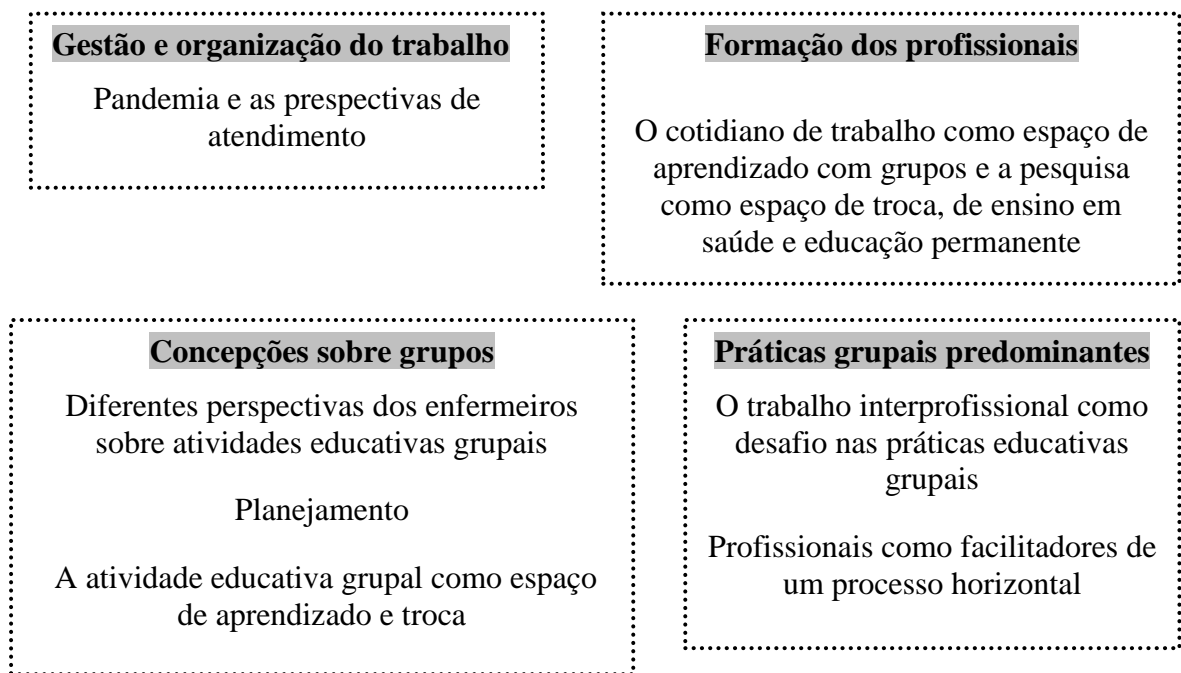
SUBCATEGORIA Tipos de Grupo		grupo.” (PU6)	
		“Tem unidade que não tem espaço para fazer. Eu já fui em uma unidade que é uma casinha, que não tem espaço, difícil juntar as pessoas para fazer grupo, acho importante ter um ambiente acolhedor, arejado, gostoso. Ambiente é muito importante...” (PU6)	
		“Eu acredito nessas práticas, nas atividades coletivas de grupo, mas acho que alguns profissionais não acreditam e até mesmo os pacientes e por isso não fazem, não vão.” (PU17)	
		“Como eu falei antes, não faço essa atividade de grupo com muita frequência...” (PU13)	
		“Então, para mim, eu achei que tinha que ser que nem a gente. A gente não vai numa palestra, marca horário, tem <i>coffee break</i> etc.? Eu achei que tinha que ser aquilo, daquele jeito!” (PU13)	
		“...alguns grupos acontecem com apenas a fala do profissional, é muito falatório. Eu já vivi isso nas atividades que me chamam para participar, aí as informações que dão entram e saem.” (PU6)	
		“Acaba sendo uma sala de espera, que vira um grupo, uma roda de conversa enquanto elas estão aguardando o médico. Já pesou e já mediu o bebê, aí ficamos ali conversando enquanto aguardam ser chamadas para consulta. Eu fico tipo olhando elas sentadas e penso: ‘nossa, elas tão tudo juntinho ali, olhando para o nada, deixa eu sentar ali e começar a conversar com uma’. Aí eu sento ali no meio e começo: ‘E aí, como é que está o seu nenezinho?’ e a outra que está ali já fica e vem se achegando, quando vejo já tem pelo menos umas 5 ou 6.” (PU4)	Informativos ou dialógicos a partir da experiência dos profissionais (3)
		“...quando faço fico na dúvida de como fazer esses grupos, não tenho certeza se faço roda de conversa ou se passo mais informações.” (PU13)	Temas baseados na doença (3)
		“Eu monto pelo menos uma vez no mês o Hiperdia, por conta de que eles pegam as fitas, então eu já aproveito o dia em que eles vão pegar as fitas, chamo as meninas e já faço tudo o que tem que fazer: testo, já converso, vejo se a receita está vencendo.” (PU1)	
		“...Então seguido desse, a gente já colocou outros grupos de orientação.” (PU17)	
	“os hipertensos e diabéticos vinham colher sangue de manhã, vinham em jejum, aí o que a gente fez? Um café da manhã para eles. Então isso, uma troca dessa você consegue.” (PU6)		

		<p>“Então o grupo do aleitamento é isso mesmo, uma mostra para a outra, vai conversando: ‘O meu não mama muitas vezes’ ou ‘o meu mama muito’, ‘O meu mama dormindo’, ‘O meu mama acordado’, então acho que esses grupos são bons, a gente faz, a gente ajuda em todos, mas são eles quem têm a voz. Para alguma dúvida que eles têm, a gente orienta, que é a nossa função também, mas a voz é deles.” (PU4)</p>		
	<p>SUBCATEGORIA Conteúdo</p>	<p>“Então é difícil a pessoa gostar de sentar e escutar uma palestra, nós mesmos não gostamos! Então imagina uma população que vai lá e: “Ah, eu queria só o médico e o medicamento, por que que está falando tanto?” (PU6)</p>	<p>Grupos realizados a partir de diretrizes ministeriais e com temas predeterminados pelos profissionais (3)</p>	<p>(3) A atividade educativa grupal como espaço de aprendizado e troca</p>
<p>“Então para mim, na minha unidade funciona assim, os agentes de saúde geralmente trazem os temas dos problemas que eles têm e aí a gente senta em grupo. Quando eles começam a trazer os mesmos assuntos repetitivos, geralmente eu falo: ‘Vamos fazer um grupo, vamos estudar sobre isso?’” (PU17)</p>				
<p>“Eles me trazem o problema e, vendo a problemática, a gente discute junto com a equipe uma estratégia, uma maneira de estar ajudando a resolver aquele problema.” (PU14)</p>				
<p>“...Para as gestantes, eu faço para elas. Acho importante ter alguns grupos específicos, porque aborda o assunto de acordo com a realidade, com aquela vivência.” (P17)</p>				

CATEGORIA PROFISSIONAL	SUBCATEGORIA Trabalho Interprofissional	UNIDADES DE SIGNIFICADO	NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS
	SUBCATEGORIA Profissionais como Figura Central / Saber do Usuário Não é Considerado	<p>“Geralmente esses grupos, na minha unidade, as coisas acontecem entre os enfermeiros e os agentes. Nós convidamos os médicos porque eles têm uma didática, mas têm uma agenda mais comprometida, e nós temos um vínculo maior, então o enfermeiro está mais aberto e mais disponível para o paciente.” (PU17)</p>	<p>“A gestação toda você trabalha, você fala para ela da importância, cuida tão bem! Aí ela chega lá na maternidade e acaba todo o teu trabalho.” (PU17)</p>	As atividades educativas grupais pressupõem um trabalho compartilhado e colaborativo? (4)
<p>“Eu acho que os agentes de saúde são fundamentais nesse momento, porque eles têm uma ligação direta com as famílias, não é?! Então eles são os nossos olhos.” (PU17)</p>	<p>“Do Nasf, são poucas vezes mas eu aciono, mas também mais para atividades de grupos com os temas anuais.” (PU17)</p>	<p>“Não agora, né, mas as vezes que eu chamei foi o Conselho Tutelar que foi lá também.”. (PU4)</p>		
<p>“eu queria saber qual jeito a gente deve chegar nelas, porque deve ter uma forma e eu devo estar errando nisso! Porque se eu for para trocar experiência, se eu não for falar, a gente vai ficar assim, só eu falando e elas não...” (PU13)</p>	Profissional como detentor do saber; julgamento do usuário (4)	(4) Profissionais como facilitadores de um aprendizado horizontal		
<p>“Ou então eles chegam sem tomar a medicação para aferir o destro. É lógico que ele vai estar alto, porque aquilo que estaria controlando não está sendo usado.” (PU1)</p>				
<p>“... como os grupos de aleitamento materno, que são grupos para orientar, como a gente teve agora há pouco, como também orientar o uso da medicação para hipertensos e diabéticos, porque eles chegam lá e a gente vai entregar a medicação, aí está faltando uma medicação.” (PU14)</p>				
<p>“Eles precisam de orientação mesmo, porque a mãe está grávida, vai ter uma criança e a outra criança ainda tá mamando, entendeu?” (PU6)</p>				
<p>“...o que é difícil aqui, que eu acho, não é nem os agentes, nem nada, é reeducar a população em saber que tem que me procurar quando ele não está doente.” (PU6)</p>				
<p>“então a gente já começa a conversar sobre alimentação saudável, porque as mães começam a dar tanta coisa que não presta para a criança...” (PU17)</p>				
<p>“...e aí começa problema de dentição, começa a obesidade infantil, porque eles estão acostumados a acordar tarde, eles mesmos levantam, vão na geladeira e comem o que eles acham, então você imagina como é que elas voltam para gente, né?!” (PU17)</p>				
<p>“A insulina... o pessoal vai lá para verificar a glicemia com quase 20h de jejum, porque acordam tarde e daí ficam esperando, aí a gente começa a orientar, educar esses pacientes que esse jejum só vai fazer mal e não vai dar nenhum parâmetro, porque às vezes eles querem fazer jejum para ter uma</p>				

		glicemia baixa!" (PU14)	
		<p>"...Chás, os pacientes pediam para a gente fazer listas, para que serve, a gente nem sabia direito, tive que estudar! Em outros casos, o paciente que falava pra gente: 'Ah, esse chá aqui, você conhece?', eu não sabia nem o que era a planta, aprendi muito com eles nessa troca... eu aprendi muito com eles e penso que nem tudo nós sabemos, eles também tem coisas a nos ensinar." (PU17)</p>	

Os resultados e discussões são agora apresentados junto às categorias e subcategorias, subdivididos da forma apresentada nas caixas de texto a seguir:



5.2.1 – Gestão e organização do trabalho

A forma de gestão e organização do trabalho nas unidades gera para as(os) enfermeiras(os) das ESF do município dificuldades na execução das atividades educativas

grupais, em virtude da grande demanda de ações exigidas e atribuídas a esses profissionais, como também pressão para produzir ações em uma lógica ambulatorial atrelada à quantidade.

Segundo (as)os enfermeiras(os), essa questão está presente de forma evidente no cotidiano de trabalho:

Hoje em dia não importa o quanto você atende, entre aspas, importa quantos cadastros você tem que fazer... O enfermeiro tem que ir lá fazer a escuta para contar como produção. Então eu tenho que ter um enfermeiro na minha unidade, no assistencial e no administrativo. (PU4)

Quando você for julgar os procedimentos, tem que ver quais os procedimentos dos enfermeiros, né?! Metade do que está ali não se enquadra no que temos que fazer de fato e acho que isso acaba fazendo com que fique fragilizado nosso acolhimento, escuta e cuidado ao paciente. (PU17)

Além das inúmeras exigências para a realização e registro de procedimentos que dificultam ações de cuidado, (as)os enfermeiras(os) apontam a enorme quantidade de famílias pelas quais são responsáveis e também a falta de profissionais.

Agora eu tenho três agentes na minha equipe, com 750 pessoas cada um, são 1.200 famílias, vamos dizer assim. Dá para um médico, uma enfermeira e dá para um agente resolver isso, assim, bonitinho! Quando eu tenho 17.000 prontuários de ESF que eu sou obrigado a atender, o que eu vou fazer? (PU6)

A minha unidade tinha que ter dois enfermeiros e na sua grande maioria, eu estou sozinha na maioria das vezes. (PU13)

Observamos que é difícil para os profissionais pensar no cotidiano do trabalho em grupos, por isso diversas atividades se sobrepõem às atividades grupais. Os numerosos atendimentos individuais e as questões burocráticas fazem com que as atividades de grupo sejam realizadas quando sobra tempo. Essa questão é representada na fala de PU6: “É cobrado muito da atenção básica, mas o investimento é pouco, principalmente nas ações de grupo”.

Para Furlan e Campos (2010), os atendimentos clínicos individuais são organizados a partir das agendas dos serviços e dos programas sanitários, e com isso muitos profissionais descrevem impedimentos para encontrar tempo para atuar em ações educativas de grupos, visitas domiciliares de prevenção e promoção ou em atividades curativas e clínicas que poderiam ser realizadas de forma grupal, considerando os interesses coletivos e suas singularidades.

Esses apontamentos são marcantes pois mostram que a própria organização do trabalho não favorece a realização de grupos. Esse cenário implica a precarização e a fragilidade do trabalho das(o)s enfermeiras(os), e nos provoca a pensar sobre a ausência de profissionais suficientes, o paradoxo que vivenciam as(os) enfermeiras(os) que também são gestores e se veem divididos entre a tarefa de gestão e assistência, tarefas (curativas) específicas da enfermagem e tarefas de educação e promoção da saúde no âmbito da clínica ampliada.

Nas rodas de conversas, apesar de as(os) enfermeiras(os) relatarem interesse e disposição para realização das atividades educativas grupais, ao mesmo tempo explicam a dificuldade da realização desses grupos por falta de apoio da gestão, a necessidade de uma maior formação, a descrença e a desvalorização dessas práticas e da viabilização de momentos para discussão do tema e troca com parceiros:

Porque o enfermeiro não vai ter como verificar a pressão de todo mundo, atender porta, atender médico, atender o paciente que está precisando de uma ajuda e as atividades de grupo algumas vezes ficam em segundo plano nesse contexto. (PU17)

Novamente a questão relacionada ao tempo, a priorização das atividades a realizar e quantidade de ações aparecem em destaque. Dessa forma, identifica-se que os profissionais na prática profissional têm pouco tempo para atividades grupais, tanto para executá-las quanto para refletir e discutir com os parceiros e usuários sobre essas ações. Essa parece ser uma tendência generalizada, como demonstram alguns autores. Na atenção básica no Brasil, a prática grupal não é um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas, mas é considerada uma prática complementar, seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Os participantes da pesquisa apontaram que a falta de investimento em recursos físicos e materiais obstaculiza a realização das ações grupais; esse tópico está ligado à desvalorização da gestão de prover condições adequadas para a execução dessas atividades:

Tem unidade que não tem espaço para fazer. Eu já fui em uma unidade que é uma casinha, que não tem espaço, difícil juntar as pessoas para fazer grupo, acho importante ter um ambiente acolhedor, arejado, gostoso. Ambiente é muito importante. (PU6)

Quando você faz um grupo, você tem que estar preparado para o que eles querem também. “Ah, vou fazer um grupo de Hipertensão”, “tem remédio aqui? Porque eu não tenho dinheiro para buscar na farmácia popular. (PU1)

O tópico sobre a ausência de ambientes adequados para realização das atividades educativas grupais é apontado pelas(os) enfermeiras(os). De acordo com Furlan e Campos (2010), o local para a realização do grupo deve ser acolhedor, com tamanho apropriado para o número de pessoas participantes, com iluminação adequada, móveis e materiais necessários para o tipo de atividade a ser desenvolvida. Conforme a atividade proposta, o profissional deverá considerar o uso de um espaço interno ou externo. Importante também nesse contexto é que esse espaço ofereça o grau de privacidade exigido pelo determinado grupo e espaço para que todos se vejam e participem.

Um contraponto em relação ao que obstaculiza a realização das ações grupais se apresenta no relato de PU6, em que aparece a possibilidade de utilizar outras estratégias:

[...] a gente sempre fez palestra dentro da unidade e aí nós nos tocamos do seguinte: dentro da unidade é fácil falar. Resolvemos fazer onde elas moram! Então nós fomos até um campo, nós reunimos todas as mães que estavam amamentando [...]. Concluímos que podemos ir até elas, não precisa vir, a gente está indo lá, eu acho que a ESF é isso, então foi a estratégia que nós montamos.

Apesar das problemáticas que giram em torno dessa questão, é evidente que uma situação não exclui a outra, pois é extremamente significativo para o trabalho garantir ambiência na unidade, mas também se mostra positiva a utilização de novas estratégias que superem esses obstáculos relacionados à ausência de recursos. Ir ao território também possibilita aos profissionais conhecer e dialogar mais com as condições de vida da população.

Os relatos a seguir demonstram a importância de fortalecer as ações grupais e potencializar as discussões sobre o tema, promovendo a ruptura do que os profissionais acreditam acerca do olhar e do fazer as atividades educativas grupais:

Fiquei chocada, não sei se os profissionais fogem dessa experiência por medo, por não se sentir qualificado para isso, por não acreditar nessas atividades e ter que apenas cumprir uma questão protocolar. (PU13)

Eu acredito nessas práticas, nas atividades coletivas de grupo, mas acho que alguns profissionais não acreditam e até mesmo os pacientes e por isso não fazem, não vão. (PU17)

Ou seja, existem profissionais que conseguem vislumbrar a possibilidade de ir além dos limites e encontrar soluções criativas para os problemas, para os obstáculos e para as próprias dificuldades.

O relato de experiência de Teixeira (2007) com mulheres da Ilha de Caratateua, Belém (PA), aponta para esse caminho de possibilidades, trazendo as práticas educativas em grupo e as tecnologias leves numa perspectiva freiriana como viabilidade de os profissionais usarem na prática educativa.

Desse modo, ações de educação permanente poderiam também ser estratégicas para que essa visão mais abrangente e, por assim dizer, criativa e otimista seja compartilhada e ampliada para todos os profissionais, ficando menos à mercê de vontades ou capacidades individuais e mais instituídas como políticas públicas.

5.2.1.2 Pandemia e as perspectivas de atendimento

A pandemia da Covid-19 tem impacto direto nas ações da APS. Seu início é marcado por mudanças na rotina das unidades de ESF, mobilizando gestores e profissionais a repensar estratégias de organização do trabalho, de atendimento e cuidado. Vivenciando essa “nova” realidade no cotidiano de trabalho junto com outros profissionais, comunidade e território, percebo que esse cenário vem inviabilizando ações que aproximavam os trabalhadores dos usuários. No entanto, possibilidades vêm sendo construídas e colocadas em prática.

É nesse cenário que a ESF teria que ampliar sua atuação em relação à resposta às necessidades de populações socialmente vulneráveis e de grupos de risco, que vivem cotidianamente situações de isolamento ou restrições, agora agravadas. Se antes essa população já necessitava de todo tipo de apoio (sanitário, financeiro, psicológico e social), incluindo atendimento pela rede de serviços de saúde e acesso aos mecanismos de proteção social, agora com a pandemia essa situação se agrava mais ainda (MEDINA et al., 2020).

Em tempos de pandemia as atividades de rotina da APS tiveram que ser preservadas, até porque as previsões indicavam um longo curso de convivência com o novo vírus. As alternâncias de maior e menor isolamento social exigem readequação de certos procedimentos e incorporação de outros para que a APS funcione cumprindo sua missão, incluindo novas formas de cuidado cotidiano à distância, evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais (MEDINA et al., 2020). No que diz respeito aos grupos na ESF a pandemia agrega ainda mais dificuldade, tornando-se um desafio para gestores, trabalhadores e usuários.

As(os) enfermeiras(os), nas rodas de conversa, apontam ser inviável a realização das atividades educativas grupais diante do momento vivenciado, pois há uma preocupação tanto com os profissionais quanto com os usuários:

[...] eu não estou fazendo nesse momento, eu não tenho condições de fazer, não tenho! E assim, enquanto isso não passar, a gente infelizmente não vai ter como. (PU17)

Eu não vou expor – não é? – os próprios profissionais que eu tenho, porque a gente não sabe se a pessoa está contaminada, nem expor os pacientes colocando eles um perto do outro... (PU14)

Outras questões como o espaço físico e a ausência de material de proteção permeiam a falta de realização dessas atividades em tempos de pandemia, conforme afirma PU6:

Para mim, estragou tudo... Então existe uma pandemia, que a gente sabe, e que nós precisamos nos proteger. Então quer dizer, às vezes nós não temos material adequado para fazer isso, deveria ter, deveria ter espaço físico para colocar um aqui, o outro ali para fazer e às vezes não tem. (PU6)

Embora as atividades educativas grupais não apareçam em destaque na rotina de trabalho das(os) enfermeiras(os) das ESF, ao abordamos esse tema nas rodas de conversa, PU6 compartilha a ideia de incorporar a temática nas atividades de educação em saúde na unidade: “*E uma coisa que a gente tem que começar a fazer é falar da Covid para essas pessoas. As unidades poderiam ter grupos de orientação, de discussão desse tema*”. Quando mencionamos sobre as estratégias utilizadas pelas(os) enfermeiras(os) em tempos de pandemia, PU6 relata:

Quando tem um pouco de espaço, as pessoas que vêm também têm receio, então há uma dificuldade, então é muito mais fácil da gente fazer essas reuniões hoje, vamos dizer assim, fora da unidade porque fora eu tenho um espaço aberto e dentro da unidade é pequeno.

O enfoque territorial com as equipes de saúde da família reafirma com esse modelo brasileiro impactos positivos na saúde da população, tendo importante papel na rede assistencial de cuidados, além de poder contribuir vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia (MEDINA et al., 2020).

O foco na APS vem ocorrendo desde a pandemia; isso não significa desconsiderar as tentativas de desmantelamento das ESF que vêm ocorrendo desde 2017, com a redução de agentes comunitários, extinção dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

(Nasf-AB) e perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos, fragilizando com isso o enfoque comunitário (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

5.2.2 Formação dos profissionais

A questão da formação dos profissionais da ESF para a realização de atividades grupais surge como um dos pontos em evidência trazidos na roda de conversa pelos participantes da pesquisa. As(os) enfermeiras(os) mencionam que não se sentem preparados para a realização dessas atividades e acreditam que precisam entender como funcionam os grupos para ter confiança em conduzir, aproximando-se com isso do tema.

As(os) enfermeiras(os) afirmam a relevância do preparo das pessoas envolvidas nas ações grupais no que se refere à importância da formação desde a graduação até os serviços, percorrendo o planejamento e a realização da ação grupal.

Nessa direção, Maximino e Liberman (2015) esclarecem:

No âmbito da graduação, o debate que se impõe às instituições de ensino superior reafirma a necessidade urgente de formarmos profissionais generalistas, capazes de trabalhar em equipe, sob uma perspectiva interdisciplinar e humanista que atenda às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando integralidade da atenção.

Ainda de acordo com as autoras, torna-se fundamental a discussão sobre o aprendizado para o trabalho com e em grupos, pois os conhecimentos diversos não se restringem à simples utilização de técnicas ou dinâmicas. Com isso espera-se que o profissional reúna habilidades específicas para compreender, organizar e coordenar grupos, seja atuando como membro de uma equipe, como gestor, seja prestando assistência nas diversas áreas de sua atuação.

Ao observar os relatos dos profissionais, percebe-se a importância do processo de formação desde a graduação, ao mesmo tempo que se observa que em muitos casos a formação inicial foi insuficiente no que diz respeito à coordenação de atividades grupais:

[...] quando eu me formei, na época que eu fiz faculdade, nós passamos muito rápido pela unidade. Aprendemos que o posto era para fazer vacinação, curativo, para ver algumas rotinas sobre doença... bem focada

nessas questões técnicas, na assistência, no atendimento individual, não tive nada sobre atividades de grupo. (PU1)

É mais assistência técnica, não tive nada sobre trabalhos coletivos de grupo. (PU4)

Não tive na graduação orientação sobre como fazer grupos, como são essas metodologias de roda de conversa. (PU13)

Percebe-se pelas falas que as(os) enfermeiras(os) não se sentem seguros para conduzir as atividades educativas grupais, não se sentindo preparados para realizar grupos. Essa situação soma-se ao fato de alguns iniciarem na atenção primária sem experiência, despertando desinteresse e resistência na realização dessas atividades:

Quando eu entrei aqui na Prefeitura, eu não tinha essa experiência de ESF, de UBS, eu vinha de outro ramo da saúde e quando eu fui lá prestar na Prefeitura, eu não queria ESF ou UBS, eu queria ir para o Crei. Por mais que as pessoas achassem que eu era louca, por eu viver mais perto dessa área, eu achei que ia me dar melhor lá do que dentro de uma ESF - UBS. Por fim, falaram que a vaga que tinha era aquela ali e eu fui, no começo contrariada. O que mais me marcou relacionado a isso, à roda de conversa, aos grupos, foi que eu fui para o X, lá no X, que foi a unidade que eu iniciei. Aí falaram muito na época que tinha que montar roda de conversa, atividades de grupo, aí eu fui correr atrás, ver o que era isso, como que fazia, como que montava, eu não sabia nada, enfim! Aí pensei, vou fazer uma roda de conversa com as gestantes, vou ensinar a dar banho, vou ensinar sobre aleitamento materno, a montar a malinha, enfim [...] Então era uma coisa que, no começo, as pessoas falavam em roda de conversa e eu só lembrava daquele dia que só tinha eu, mais ninguém. Traumatizada! (PU13)

[...]

PU13, eu tive isso também, porque eu vim da emergência/urgência e despenquei na ESF. Mas eu já vim com uma estrutura um pouco melhor porque eu tinha uma outra enfermeira – não é? – que era a X, e ela me passou algumas coordenadas, mas eu também fiquei sozinha, viu?! Porque eu entrei e um mês depois ela saiu em licença maternidade, quer dizer, fiquei eu com três equipes no X, que é “supertranquilo”, não é?! Supertranquilo! Eu fiquei exatamente oito meses sozinha e eu tinha acabado de sair da emergência/urgência, então a gente foi lidando com as coisas assim, na marra! (PU17)

Às vezes a gente tem um pouco de dificuldade mesmo com os grupos, eu mesmo tenho. (PU4)

[...] então já peguei, assim, um certo despreço pelas rodas de conversa, porque me traumatizou muito. (PU1)

No entanto, os profissionais expressam que foi por meio das especializações que puderam ter experiências que possibilitaram uma reflexão acerca dos processos de trabalho das atividades grupais, oportunizando com isso uma aproximação com o tema:

[...] as especializações que me ajudaram um pouco porque pude acessar outros métodos com interação de outras profissões, pensar em alternativas para o trabalho para não ser só ambulatorial, individual, só consulta. (PU4)

[...] depois fiz especialização em Saúde Pública, e acho que comecei a assimilar melhor sobre olhar o paciente como um todo, que muitas coisas que ele vivencia influenciam no seu processo de saúde doença. Mas demorei bastante para refletir sobre isso. (PU1)

Fiz especialização em Saúde da Família e Preceptoria no SUS, isso ampliou meu olhar para questões de humanização, do território, passei a considerar as questões de vida desse paciente e da sua família. Essa experiência me fez pensar um pouco sobre como eu estou fazendo esses grupos, porque nessas atividades de formação usam muito a metodologia ativa, muitas coisas partiam do saber dos participantes. (PU4)

Desse modo, diversos autores apontam que novos traços vêm marcando a história da Educação Superior no Brasil, especialmente no que diz respeito à formação do docente em saúde, colocando em destaque as inovações educacionais. Os autores trazem reflexões sobre o exercício da docência em saúde e a formação dos profissionais de saúde, vislumbrando possibilidade de mudanças no perfil do docente e na graduação dessas profissões que devem estar em consonância com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), situação que tem impacto direto na relação ensino-serviço-comunidade (SANTOS; BATISTA, 2018). Podemos verificar esse ponto a partir do relato de PU4:

Hoje eu sei, eu tenho contato com colegas mais jovens, bem mais jovens que eu, que são formadas para o SUS, formam o enfermeiro para o SUS e para a saúde pública, e pouca coisa para o técnico, pensam mais nessa questão de humanização...

Esse ponto, trazido por uma das participantes da pesquisa, vem ao encontro do pensamento de Maximino e Liberman (2015), que destacam a importância de resgatar as relações humanas como perspectiva central do cuidado, rompendo com as formas cristalizadas na formação em saúde.

Por ser enfermeiras(os), muitos afirmam terem tido uma formação técnica, ancorada na prescrição e comunicação verticalizada, e não ter familiaridade com os aspectos pedagógicos, sobretudo no que diz respeito às metodologias participativas e horizontais. Segundo Furlan e Campos (2010), “há senso comum: faltam instrumentos e conhecimentos

aos profissionais, em virtude de suas formações, para intervenções em grupos e coletivos”. Os mesmos autores pressupõem que profissionais como terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiras(os) que não centram suas terapêuticas em medicações saberiam lidar com os grupos desde a graduação, tendo assim formação para tratar o tema. Entretanto, a impressão é que essas profissões também vivenciam dificuldades em se libertar do encontro individual profissional-paciente.

Apesar de algumas falas sugerirem que os profissionais aderem à ideia de atividades grupais que englobam a metodologia participativa, ainda assim observamos que as(os) enfermeiras(os) não conseguem se desprender do modelo tradicional de educação em saúde, conforme as falas a seguir:

[...] a gente dá espaço para elas poderem sentir que ali elas comandam, a gente faz, a gente ajuda em todos, mas são eles quem têm a voz. Para alguma dúvida que eles têm, a gente orienta, que é a nossa função também, mas a voz é deles. (PU4)

[...] A gente não vai numa palestra, marca horário, tem coffee break etc.? Eu achei que tinha que ser aquilo, daquele jeito! (PU13)

Isso sugere que a educação permanente em saúde (EPS) e as trocas entre pares poderiam ser instrumentos potentes para atenuar deficiências na formação, ampliar a visão dos profissionais e capacitá-los para ações de educação em saúde mais dialogadas e menos técnicas hierarquizadas.

De acordo com Carotta et al. (2009), “a EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas”.

A EPS reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade.

A efetiva incorporação da EPS ao serviço público pode ser uma estratégia para modificar as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Essa proposta, associada às ações intersetoriais e regulares com o setor da educação são capazes de atrelar os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica, visando com isso cuidar da ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população, da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

5.2.2.1 O cotidiano de trabalho como espaço de aprendizado com grupos e a pesquisa como espaço de troca, de ensino em saúde e educação permanente

Os encontros com as(os) enfermeiras(os) evidenciaram a potencialidade das atividades de grupo realizadas nas ESFs e revelaram lacunas presentes no processo, além de sinalizar as possibilidades para reconstrução de estratégias e dispositivos para instrumentalizar a prática diária em serviço, visando melhorar e fortalecer as ações já desenvolvidas.

Durante a roda de conversa, os participantes mencionaram a importância da formação na graduação, mas não a da formação em serviço. Apenas um dos participantes a cita: *“Eu só acho que deveria ter mais conhecimento e investimento nessa parte dos grupos, capacitação para os profissionais sabe?”* (PU6).

Com essa fala podemos observar que a ideia de uma possível formação em serviço se apresenta de forma tradicional, ancorada na educação continuada, sendo a capacitação trazida como referência. Entendemos que esse modelo é centrado na atualização de conhecimento e realizado pela técnica de transmissão de conteúdo, ocorrendo em momentos pontuais para resolver problemas específicos. Na maioria das vezes está focado em uma determinada categoria profissional, apontando desse modo fragilidades na perspectiva do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas.

Justifica-se com isso a importância de práticas educativas que façam o profissional da saúde refletir sobre suas experiências locais e que possam integrar a formação docente, a formação do profissional, e gerem mudanças nas práticas e gestão de serviços de atenção à saúde (CECCIM, 2005). Segundo Almeida et al. (2016), *“as ações de educação permanente devem ser constantes nos serviços de saúde, contribuindo desta maneira para a formação de profissionais mais qualificados para o exercício de suas funções no SUS”*.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) assume a Saúde da Família como Estratégia de Saúde da família e instaura-se um campo de atuação para o trabalho interdisciplinar e ambiente propício a EPS, indicando com isso abordagens importantes e necessárias iniciadas no campo de trabalho do profissional de saúde, relacionando teoria, prática e sociedade. O SUS, instituído como responsável pela formação dos profissionais da área da saúde, será capaz de formar e capacitar os profissionais e atender com humanismo e qualidade os usuários do serviço (MEDEIROS, 2015).

Em outro momento, dois participantes mencionam a entrada no serviço sem nenhum preparo ou espaço de formação, apenas aprendendo pelo próprio trabalho, considerando que é no cotidiano de trabalho que os profissionais obtiveram a maior parte do aprendizado referente às práticas grupais:

[...] como fazer grupos, como são essas metodologias de roda de conversa, não sabia direito que poderia fazer isso, a gente vai aprendendo na marra, na prática, com outros colegas também. (PU17)

Aí falaram muito na época que tinha que montar roda de conversa, atividades de grupo, aí eu fui correr atrás, ver o que era isso, como que fazia, como que montava, eu não sabia nada, enfim! (PU13)

PU13, eu tive isso também, porque eu vim da emergência/urgência e despenquei na ESF. Mas eu já vim com uma estrutura um pouco melhor porque eu tinha uma outra enfermeira, né, que era a [...], e ela me passou algumas coordenadas, mas eu também fiquei sozinha, viu?! (PU17)

Nessas problematizações entram as questões relacionadas à educação permanente em saúde. Prevista pelas políticas públicas, muitas vezes ela não é realmente colocada em ação, nem é entendida pelos gestores e profissionais, sendo-se ainda pouco incorporada na organização do trabalho, na qualidade da assistência, ou seja, no contexto do trabalho. Autores como Ceccim e Feuerwerker (2004) colocam que a EPS parte do pressuposto de uma aprendizagem significativa na qual se produzem sentidos, propondo a transformação das práticas profissionais. Assim, os processos de qualificação de recursos humanos na saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Os objetivos deveriam estar baseados na transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referência as reais necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Para Medeiros (2015), o enfoque da EPS supõe introdução do ensino e aprendizado no processo de trabalho, problematizando o próprio fazer, colocando as pessoas como seres reflexivos dos próprios problemas e, dentro dessa prática, construtoras de conhecimentos e de alternativas para a ação, em vez de receptoras, ampliando os espaços educativos para além das salas de aula.

Constatamos dessa forma que a EPS incorpora o ensino-aprendizado à vida cotidiana, às práticas do trabalho no contexto real, mobilizando e responsabilizando o profissional em seu processo permanente de formação. Aqui se entende a prática como fonte de conhecimento

e problematização do seu próprio fazer, que potencializa o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas.

Ainda que alguns profissionais identifiquem a importância do fazer junto, conforme menciona PU13, percebemos no cotidiano de trabalho o pouco investimento por parte da gestão nas ações de EPS, e falta apoio e incentivo para as realizações de atividades educativas grupais:

Uma vez foi o pessoal ali do serviço X: “ah, vamos montar um grupo... vamos no puteiro, vamos na escola...” e eu pensando: “nossa, que legal! Quando que vai ser?”. “Ah, não sei, você que vai ver.” Aí fui ver na minha agenda e fiquei de passar a data. Fiquei muito empolgada, pensando que bom que tinha que ir na escola e em outros lugares, falar dessas doenças, pensando que legal que o pessoal do X vai vir aqui, vamos estar juntos. Peguei lá o dia e passei pra moça, aí ela: “aí, legal, é só tu ir, depois você fala como que foi” [...] aí eu: “mas tu não vai comigo?”, “mas precisa?”. E eu, tipo, mó empolgada pensando que o pessoal do X ia comigo, que poxa, deveriam ter muita experiência, e seria muito legal essa troca, esse aprendizado [...] E era eu que era para ir sozinha. Eu sei que eu tenho um pouco de dificuldade de fazer os grupos, de conduzir, então pensei que seria talvez uma oportunidade de fazer junto, de aprender coisas novas, mas enfim...

Considero essa fala importante, pois mostra que as(os) enfermeiras(os) se sentem sozinhos em algumas experiências, apresentando dificuldades na condução das atividades educativas de grupo e por essa razão acabam evitando fazer os grupos ou os realizam de uma maneira protocolar, ao passo que se tivessem apoio e parceria, isso poderia ser mais interessante e reconfortante para eles e para os outros.

Essa possibilidade de se formar e aprender no processo de trabalho vivo, considerando que o cotidiano do serviço não é inerte, está em constante movimento, traz ao profissional inúmeros aprendizados diante dos desafios que encontra em seu trabalho.

Em suma, apesar da potencialidade, o que tem acontecido no município é que não se tem incorporado essa perspectiva ou pelo menos se tem feito isso de forma suficiente. Essa perspectiva de processos inovadores que articula teoria-prática e ensino-serviço-comunidade aproxima parcerias com os gestores dos municípios, melhora a relação com os serviços, propõe formar profissionais mais críticos a partir das experiências em campo, promove a integração multiprofissional e a educação permanente, impulsionando novos modos de formar e aprender saúde a partir dos contextos da prática em serviço, do cuidado e da atenção em saúde, considerando o ensino, a aprendizagem e a assistência (SANTOS; BATISTA, 2018).

Esse arranjo ensino-serviço-comunidade mostra a potência em vivenciar processos que integram docentes e discentes, profissionais dos serviços de saúde e usuários. Nesse sentido, posso testemunhar que minha vivência no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) me permitiu novos olhares, trazendo significados que ampliaram minha prática profissional, permitindo me reconstruir.

Segundo Santos et al. (2015),

possibilitar encontros é a primeira e a mais forte impressão sobre os efeitos da experiência do PET-Saúde. São encontros entre alunos de cursos diferenciados, permitindo que se compreenda a concepção de campo e núcleo de prática (campos) tendo a Atenção básica como referência; encontros entre docentes e profissionais, que passam a superar mitos que persistem sobre a relação universidade/serviço/ comunidade e a construir uma concepção dos serviços como espaços de produção de saberes e tecnologias; e encontros entre o mundo da vida, que passa a exigir respostas objetivas para os problemas do cotidiano.

Ainda de acordo com os mesmos autores, é extremamente significativa a produção de afetos que podem ser expressos nas falas, nos gestos e no sentir. Desconstruir a cultura do profissional neutro, individualista e competitivo está atrelado à aproximação com os serviços e com o cotidiano da população. Esse desafio abre caminhos para que a formação dos profissionais seja comprometida ética e socialmente com a democratização do acesso, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, integração das instituições de saúde com a realidade, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Aproveito este espaço para resgatar minha experiência com atividades educativas grupais, enfatizando que apesar de ter iniciado a aproximação a esse tema na graduação, foi no cotidiano de trabalho e por meio de processos formativos por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-GraduaSus) junto à Unifesp, *campus* Baixada Santista, que se evidenciou o processo ensino-serviço-comunidade e o quanto esse caminhar ressignificou meu olhar para as práticas educativas de grupo e o uso da metodologia dialógica e problematizadora, ancorando minhas ações em uma prática educativa de grupo pautada na centralidade do usuário e na construção conjunta que parte das vivências dos usuários.

Dessa forma, vivenciando atividades educativas de grupo com o PET no município de São Vicente, posso confirmar que essa experiência se fez potente, abrindo um campo que vem fortalecendo espaços coletivos, promovendo diálogos entre os sujeitos, alavancando mudanças de rumo no que se refere a novos modelos de cuidar em saúde.

É nesse caminho que podemos dizer que as rodas de conversa da própria pesquisa foram um espaço de troca, de ensino em saúde e educação permanente para pensar sobre o tema e a prática profissional, disparando momentos importantes de compartilhamento entre as(os) enfermeiras(os), conforme diálogo a seguir:

PU13: [...] Aí eu queria saber qual jeito a gente deve chegar nelas, porque deve ter uma forma e eu devo estar errando nisso! Porque se eu for para trocar experiência, se eu não for falar, a gente vai ficar assim, só eu falando e elas não....

PU6: Uma coisa que a gente faz, PU13, com as gestantes é: “Ah, você já teve filho, não é?!”, “Já”, “E você já amamentou, não é?”, “Já”, “E foi difícil no início?”, aí ela conta a história! Você vai estimulando ela, vai chamando e quando vejo elas já estão conversando entre elas. Eu pergunto como é a rotina delas, como elas fazem. Não falo eu primeiro todo aquele protocolo.

PU1: “[...] Aí elas começam a falar: “Ah, comigo não deu certo, eu não consegui assim!”, “Ah, mas aí tem que trocar”. Aí a outra tem uma dúvida: “Eu posso fazer isso?”. Aí a outra fala: “Não, isso não dá certo, eu já tentei e comigo não deu certo!”. Elas mesmas vão respondendo.

PU4: E sabe como nós podemos fazer grupo também? Nós usamos essa estratégia de sempre agendar as mesmas nos mesmos dias. Ela vai passar hoje e vai ter que passar de novo daqui a 15 ou 30 dias? Agenda sempre aquelas mesmas pessoas. Por quê? Porque elas vão sempre se encontrar, vão começar a criar vínculo. Quando nascem os bebês, eu procuro agrupar essas mães... Quando tem esses bebês de um mês, marca todos esses RN em um dia. Aí os que têm mais idade, assim, agrupa mais eles, entendeu?

Melo e Cruz (2014) apontam a roda de conversa enquanto prática cotidiana que favorece a constituição de grupos e o estabelecimento de vínculo entre discentes, equipes de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A partir dessa conversação, destaco a importância de espaços de compartilhamento e troca principalmente entre os profissionais do Nasf e as eSF apoiadas. Essa articulação potencializa a construção de espaços de EPS que devem estar presentes na rotina dessas equipes.

Como apontado por Merhy (2015, p.10),

a possível ampliação do olhar permite, de modo intencional como um regime de visibilidade que se quer ter, ver coisas que não se vê regularmente nesse território do agir no mundo do trabalho: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde.

5.2.3 Concepções sobre grupos

5.2.3.1 Diferentes perspectivas das(os) enfermeiras(os) sobre atividades educativas grupais

Percebeu-se pelos relatos das(os) enfermeiras(os) que na prática profissional há diferentes concepções e perspectivas na abordagem das atividades educativas grupais realizadas nas ESF. Durante as rodas de conversa os participantes não mencionam suas concepções pedagógicas e fundamentações teóricas para o desenvolvimento dos grupos, apenas descrevem como elas ocorrem. Constatou-se, conforme PU13, que as(os) enfermeiras(os) têm dúvidas em relação ao método aplicado: “Como eu falei antes, não faço essa atividade de grupo com muita frequência e quando faço fico na dúvida de como fazer esses grupos, não tenho certeza se faço roda de conversa ou se passo mais informações”.

Enquanto prática social inserida na dinâmica das relações sociais, a enfermagem pode desempenhar o seu papel de forma a atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgaste a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Assim, sua prática imprescindivelmente deve estar vinculada a uma proposta educacional de transformação social e pautada por ela (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Partimos então do relato dos participantes para compreender a metodologia, os dispositivos e as estratégias utilizadas pelos profissionais:

Eu monto pelo menos uma vez no mês o hiperdia, por conta de que eles pegam as fitas, então eu já aproveito o dia em que eles vão pegar as fitas, chamo as meninas e já faço tudo o que tem que fazer: teste, já converso, vejo se a receita está vencendo. (PU1)

Normalmente isso acontece através de grupos para orientar o uso da medicação para hipertensos e diabéticos. (PU14)

Acho importante ter alguns grupos específicos, porque aborda o assunto de acordo com a realidade, com aquela vivência. (PU17)

A partir desses relatos compreendo que algumas atividades educativas de grupo estão fundamentadas no modelo de reunir pessoas para o repasse de informação, tendo sua abordagem centrada na questão da doença. Pelo que se pode apreender da leitura desses trechos, o saber dos usuários e a visão do mundo, preconceitos ou conceitos que possam ter sobre suas necessidades parecem ser pouco considerados. Os protocolos, a burocratização e a grande demanda de usuários também fazem parte desse contexto. É importante relembrar sobre a formação das(os) enfermeiras(os), a ausência de recursos e o tempo limitado que os

profissionais têm para se dedicar a atividades grupais, situação mencionada por eles, abordada em blocos anteriores. Valho-me aqui de problematizar que a questão não se refere somente às atividades educativas de grupo acontecerem a partir de grupos específicos como hipertensos ou gestantes, entre outros preconizados pelo Ministério da Saúde, mas sim a ampliar a discussão com reflexões acerca de como acontecem esses grupos, o que mobiliza os usuários, o porquê desses serem os grupos que mais acontecem na atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas às populações e às patologias específicas. Ao que parece, grupos que tratam disso se tornam mais evidentes pelo fato de partirem de uma diretriz relativamente pronta. Os resultados da primeira fase da pesquisa, apresentados nos gráficos 2 e 5, demonstram que esses grupos são os mais realizados nas unidades.

Os participantes da pesquisa apontam como ação grupal a sala de espera, que acontece enquanto os usuários aguardam a consulta na unidade. Segundo relatos de PU4 e PU1, a sala de espera pode se constituir como um espaço potente de educação em saúde que possibilita o acolhimento, a troca e a interação entre os usuários:

[...] acaba sendo uma sala de espera, que vira um grupo, uma roda de conversa enquanto elas estão aguardando o médico. Já pesou e já mediu o bebê, aí ficamos ali conversando enquanto aguardam ser chamadas para consulta. (PU4)

Lá, todo dia às 7h, a gente vê destro e a pressão também. Nossa, quando eles chegam eu escuto eles no maior papo, e eu já aproveitei esses espaços e faço várias conversas. (PU1)

Teixeira e Veloso (2006) caracterizam a sala de espera como um lugar em que os usuários transitam enquanto aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, um território dinâmico no qual ocorre mobilização de diferentes pessoas. É nesse espaço que as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ocorrendo pluralidades que emergem por meio do processo interativo. Esse cenário propicia os usuários a falar de suas aflições, doenças, da qualidade do atendimento e da vida cotidiana.

Na opinião das(os) enfermeiras(os), a sala de espera se torna um espaço importante para as práticas educativas grupais, uma vez que possibilita trabalhar temas de educação em saúde aproveitando os momentos em que os usuários já estão na unidade. Nesse contexto, os profissionais expressam-se sobre a ausência dos usuários em alguns grupos. Abordaremos a questão da participação dos usuários no grupo no bloco do planejamento.

Vale ressaltar que esse espaço traz questões de potência, mas também pode trazer desconforto aos usuários do serviço quando os profissionais utilizam a sala de espera para passar informações apenas sobre como cuidar de sua saúde, ou seja, sem considerar o saber do usuário, sua história de vida, o território em que está inserido.

Os espaços constituídos pelos próprios usuários dentro da unidade de ESF, que ocorre independentemente dos profissionais, abre possibilidades de trocas entre os usuários sobre questões de saúde, do cotidiano de vida, e também promove outras sociabilidades:

E é por isso que eles vão na unidade e ficam conversando, trocando figurinhas, isso daí eu acho que até para a saúde deles é muito bom! (PU17)

Eles vão porque eles gostam de ficar na fila, conversando... aquilo ali é uma festa para eles! (PUI)

Ao mesmo tempo que esses relatos aparecem de forma positiva e acreditamos que de fato faça parte do cotidiano da unidade e seja um espaço significativo para os usuários, é importante refletir sobre o outro lado da moeda, que também vem com a dificuldade dos profissionais de ver que nisso pode existir uma demanda de grupo e que seria interessante pensar na hipótese de criar uma oferta.

Ainda assim, identificamos que alguns enfermeiras(os) têm um ponto de vista mais crítico e apontam outros modos de fazer as atividades educativas grupais. De acordo com dois participantes,

[...] alguns grupos acontecem com apenas a fala do profissional, é muito falatório. Eu já vivi isso nas atividades que me chamam para participar, aí as informações que dão entram e saem. (PU6)

Depois eu também fui ver que um grande erro meu foi que eu marquei às 8:00 da manhã. Nunca façam isso! O máximo que eu pensei era: “o café vai esfriar...”, entendeu?! Eu só pensava no que eu tinha feito, eu não pensei em quem estaria lá, esse foi meu erro! A gente tem que pensar em quem vai participar desses grupos, em quem vai estar ali. Eu não sou o foco, é o usuário! (PU13)

Aqui, ao que parece, há uma reflexão sobre o processo de formação atrelado a poder ter uma dinâmica, a experimentar outros jeitos de fazer atividades educativas grupais, pensando em um espaço de EPS para ampliar o repertório dos profissionais:

Então, no caso seria o profissional querendo uma formação acho que para que se consiga captar essas pessoas para que se possa desenvolver um grupo legal. Ter uma dinâmica, uma didática, pensar nesse processo pedagógico

para não ficarmos só no repasse de informações... porque às vezes a gente não consegue atingir aquele grupo. (PU4)

Percebe-se que alguns dos participantes possuem uma visão mais ampliada, condizente com o que defendem alguns autores da área. Os profissionais de saúde, ao incorporarem novos conceitos acerca da compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade, viabilizam o modelo dialógico de educação em saúde, acreditando-se ser esse o modelo mais pertinente para a efetivação de mudanças paradigmáticas, que incentiva a autonomia de escolha dos sujeitos e os reconhece como portadores de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não deve ser deslegitimado pelos serviços (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

A afirmação dos autores vem ao encontro da minha postura como pesquisadora, por acreditar que a educação em saúde por meio da realização de ações de práticas educativas grupais nas unidades de ESF tem de acontecer pelo modelo dialógico e problematizado, por fortalecer a autonomia do sujeito, possibilitando reflexões não só sobre seu processo de saúde-doença como também sobre o seu cotidiano de vida, criando vínculos e dessa forma ampliando o cuidado.

Melo e Cruz (2014) trazem em sua experiência de pesquisa que as práticas de saúde centradas no diálogo, com a interação dos participantes e reforço do vínculo entre equipe e população, remeteram a mediações que transcenderam a visão unidimensional do processo saúde-doença. A vivência que obtiveram com os resultados da pesquisa indica a relevância de contribuir para mudanças positivas no cotidiano dos sujeitos.

5.2.3.2 Planejamento

Para os participantes da pesquisa, o planejamento da ação grupal pouco ocorre e quando acontece se dá de formas diferentes em cada unidade, por isso a importância de estabelecer os objetivos para sua realização. PU13 aponta como fatores principais a falta de tempo e estarem sozinhos na realização das atividades atribuídas:

Então, eu não faço muito grupo, roda de conversa justamente pela falta de tempo, porque a maioria das vezes eu estou sozinha. Então não me sobra muito tempo para me dedicar às rodas de conversa, as atividades de grupo e ao planejamento.

Como característica, a maioria das atividades educativas grupais é proposta a partir de programas predefinidos, ancorados em temáticas que tratam a questão da doença; poucos são os grupos pensados a partir da necessidade do usuário e do território:

Então tem alguns que seguimos pelo calendário, como Outubro Rosa, Novembro Azul, que são grupos anuais que acontecem na unidade. (PU1)

Bolsa Família a gente é obrigado porque vem verba em cima disso e aí, se eu não pesar aquela criança, vão me cobrar porque vai perder verba, então acaba ficando bem burocrático e obrigatório fazer esse tipo de grupo. (PU6)

Esses apontamentos nos fazem resgatar os resultados da primeira fase da pesquisa em que podemos verificar que essa condição se confirma conforme os gráficos 2 e 5, que tratam as atividades educativas grupais realizadas nas unidades de ESF.

Aproveitando a oportunidade desses relatos, é relevante refletir sobre como pensar estratégias para provocar uma experiência que nos instigue a abandonar o discurso mandatório das diretrizes do Ministério – tão incorporadas pelas(os) enfermeiras(os) – e incorporar de fato, na prática, estratégias na AB.

Outro tópico que se apresenta são alguns grupos realizados com temáticas a partir do que os profissionais entendem ser “um bom tema para as atividades educativas de grupo”, ou seja, para o usuário:

Então para mim, na minha unidade funciona assim, os agentes de saúde geralmente trazem os temas dos problemas que eles têm e aí a gente senta em grupo. (PU17)

Então esses grupos a gente montou assim, com muita gente da mesma faixa etária, grávidas, como já falei... muito idoso. (PU4)

De acordo com o Furlan e Campos (2010, p.106), “é importante olharmos, antes de tudo, o que queremos quando pensamos em colocar várias pessoas num mesmo espaço. Grupo não é simplesmente agrupar pessoas numa sala” – nisso está o grande desafio, questionarmos quais são nossos objetivos e o que queremos com ele.

Apesar dos processos endurecidos, nos quais as(os) enfermeiras(os) acabam realizando as atividades educativas grupais a partir dos programas fixados pelo Ministério, alguns enfermeiras(os) acreditam ser importante ter uma movimentação flexível na agenda e considerar a realidade do território para que na prática se possa respeitar o contexto de cada local:

Eu acho legal a gente mexer na nossa agenda de acordo com o fluxo e a rotina da nossa comunidade, que varia muito, e essa flexibilidade é importante termos, entendeu?! [...] Precisamos considerar também as questões do território que eu acho que são diferentes para cada unidade, a exemplo até da área insular e continental que se diferencia ainda mais. (PUI7)

A falta de participação dos usuários é um dos pontos mencionados por um dos participantes na roda de conversa:

Então no dia a dia, diante de tantas dificuldades, às vezes não priorizo mesmo os grupos, apesar de achar importante, além da dificuldade de as pacientes participarem, porque você faz o convite, mas nem sempre a pessoa vem. (PU6)

A partir desse relato podemos pensar de que forma os usuários são convidados para participar das atividades de grupo, se esse convite os mobiliza ou se vão porque são obrigados a participar das atividades. Percebemos que alguns convites se fazem atrelados aos insumos, ao cumprimento de metas definidas pelo Ministério, como no exemplo do Bolsa Família, ou pelo próprio município.

Nesse sentido, fica fácil entender alguns esvaziamentos dos grupos. Enfermeiras(os) que os fazem para cumprir as determinações do Ministério da Saúde, sem levar em conta as reais necessidades e possibilidades dos usuários, e usuários que comparecem desacreditados, esperando obter outras coisas com a participação, como medicamentos, atenção ou outros.

5.2.3.3 Atividade educativa grupal como espaço de aprendizado e troca

Percebemos pelo apontamento de PU6 que em relação ao aprendizado e troca nas atividades educativas grupais predomina nas(os) enfermeiras(os) a ideia de conduzir o grupo a partir de sua fala, do seu saber, considerando pouco a fala do usuário. Esse entendimento parte da vivência de uma das enfermeiras em um processo de grupo do qual participou:

Falo de novo, alguns grupos acontecem com apenas a fala do profissional, é muito falatório. Eu já vivi isso nas atividades que me chamam para participar, aí as informações que dão entram e saem. (PU6)

Com isso, a participação dos usuários e a troca de experiências entre os membros do grupo e deles com o profissional fica limitada e conseqüentemente as discussões realizadas tendem a não ser apreendidas. Isso provoca a sensação de não pertencimento, de não mobilização.

Para o bom andamento e progresso das atividades grupais se faz necessário conhecer e ouvir cada um que compõe o grupo, pois a partir de suas necessidades poderemos avaliar as dificuldades e encontrar sua verdadeira identidade e potencialidade. Nesse contexto, perceber o grupo em sua totalidade ajuda a traçar seus verdadeiros objetivos (TEIXEIRA, 2007).

Estar na atenção básica implica estar no território e nas relações que nele existem; para o grupo não é diferente. O grupo é um instrumento para olhar as relações e os modos de viver. Olhar o indivíduo e o coletivo, além do indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do sujeito (FURLAN; CAMPOS, 2010).

5.2.4 Práticas grupais predominantes

5.2.4.1 O trabalho interprofissional como desafio nas práticas educativas grupais

O trabalho interprofissional se apresenta como um desafio para as(os) enfermeiras(os), pois se percebe que dificilmente outros parceiros da rede de serviços ou da equipe do Nasf são acionados para colaborar nas atividades educativas de grupo. Faço aqui menção aos resultados encontrados na primeira fase da pesquisa e que aparecem da mesma maneira nessa segunda fase ilustrados pelos seguintes relatos:

Não agora, mas as vezes que eu chamei foi o Conselho Tutelar que foi lá também. (PU4)

Acho um pouco difícil fazermos um grupo com formato em que estão vários profissionais de áreas diferentes. (PU1)

Com esses relatos, acredito ser importante construir uma parceria para realização das atividades educativas de grupo, não porque seja mais fácil de fazer estando com o outro, mas sim porque contribui ter outro colega que apoia e favorece a realização dessas ações que potencializam o acontecimento do trabalho interprofissional e colaborativo, a exemplo da experiência de PU17:

[...] a cobrança que vem da gestão é de atendimento, atendimento, atendimento... então eu não conseguia dar vazão a isso, aí as vezes os grupos não aconteciam. Então ela chegava em mim e falava: “Você fez o grupo de tal coisa?”, “não fiz doutora, mas vou fazer”. Isso me incentivava, e ela não só perguntava como ia lá fazer comigo.

Ao analisar esses relatos observamos a importância de compor um trabalho conjunto em conformidade:

É preciso inventar espaços de encontros entre os trabalhadores das instituições fechadas com os profissionais que atuam em outros espaços na rua. Eles não se conhecem, o que está dentro do muro não sai para calçada, e os que estão fora não conseguem entrar no muro. Eles trabalham com as mesmas pessoas, mas não se dão a conhecer as outras redes as quais estas mesmas pessoas circulam. (MERHY et al. 2014)

Resgatando os dados da primeira fase da pesquisa, podemos verificar que as(os) enfermeiras(os) e os agentes comunitários de saúde são os que mais conduzem e participam dos grupos. Essa questão também aparece na fala dos enfermeiros durante a roda de conversa:

Geralmente esses grupos, na minha unidade, as coisas acontecem entre os enfermeiros e os agentes. Nós convidamos os médicos porque eles têm uma didática, mas têm uma agenda mais comprometida, e nós temos um vínculo maior, então o enfermeiro está mais aberto e mais disponível para o paciente. (PU17)

Eu acho que os agentes de saúde são fundamentais nesse momento, porque eles têm uma ligação direta com as famílias, né?! Então eles são os nossos olhos. (PU17)

Observamos nesses relatos que as atividades se restringem ao fazer da(o) enfermeira(o), que acaba assumindo o trabalho com grupos: ele vê os agentes comunitários de saúde como parceiros por entender que eles são mais próximos.

É importante observar a partir dos relatos a seguir a articulação entre os profissionais do Nasf e ESF nessas atividades. Conforme a fala de PU17: “*Do Nasf, são poucas vezes, mas eu aciono, mas também mais para atividades de grupos com os temas anuais*”.

Enquanto profissional que compõe a equipe do Nasf e apoia as dezoito unidades de ESF, percebo na prática que de fato poucas vezes somos acionados pelas eSF para realização conjunta de atividades educativas grupais nessas unidades. Um dos motivos de isso acontecer pode ser o conjunto de prioridades que as eESF dão para as diversas ações realizadas, como também à forma que elas nos veem, ou seja, o que elas entendem como competência do Nasf. Observo que na maioria das vezes somos chamados para PTS e articulação da rede de serviços, ficando as ações grupais em segundo plano apesar de fazerem parte da oferta de cuidado. Conforme os resultados da primeira fase, as ações grupais realizadas em conjunto por ESF e Nasf são ações pautadas em questões de saúde-doença e vinculadas aos programas de saúde.

Em contrapartida, o Nasf apesar de ter suas atribuições claras, estando em seu escopo a oferta das práticas de grupo, não estimula e fortalece essas ações. É importante mencionar que esses profissionais não são exclusivos do Nasf, precisam se revezar cumprindo sua jornada de trabalho em outros serviços e por esse motivo acabam realizando ações para as quais são mais acionados.

Nesse cenário, a articulação entre as equipes do Nasf e ESF relacionada às práticas educativas de grupo acaba sendo insuficiente e conseqüentemente essas atividades são privadas de ter múltiplos olhares. Isso está em concordância com o que afirmam Furlan e Campos (2010):

Os grupos coordenados por mais de um membro da equipe devem ser priorizados, pois o aprendizado dos profissionais sobre a atuação do outro e as estratégias de equipe com a problemática e a execução de projetos terapêuticos singulares e coletivos dentro do grupo poderão servir como uma formação permanente em manejo de grupos.

5.2.4.2 Profissionais como facilitadores de um processo horizontal

Segundo Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), no momento em que o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, amplia-se a capacidade de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade. O que esses autores relatam é ilustrado nas falas seguintes:

Eu queria saber qual jeito a gente deve chegar nelas, porque deve ter uma forma e eu devo estar errando nisso! Porque se eu for para trocar experiência, se eu não for falar, a gente vai ficar assim, só eu falando e elas não... (PU13)

É fundamental para o processo educativo, que pretende ser transformador, entender que a construção da identidade dos usuários parte exclusivamente do conhecimento que eles têm, sendo dessa forma reconhecidos pelos seus pares. Deve-se acreditar que esses são saberes diferentes e não menos importantes que os saberes tidos como técnico-científicos (VASCONCELOS et al., 2009).

Nos relatos a seguir, fica evidente que o saber do usuário tende a ser diminuído e que se pressupõe que ele não tenha nada a acrescentar àquele contexto. Aqui, enfatiza-se o julgamento feito pelos participantes da pesquisa, situação que também observamos no

cotidiano do trabalho em que outros profissionais compartilham a mesma postura, ou seja, é latente o poder presente nas relações.

Ou então eles chegam sem tomar a medicação para aferir o destro. É lógico que ele vai estar alto, porque aquilo que estaria controlando não está sendo usado. (PU1)

Então a gente já começa a conversar sobre alimentação saudável, porque as mães começam a dar tanta coisa que não presta para a criança [...] e aí começa problema de dentição, começa a obesidade infantil, porque eles estão acostumados a acordar tarde, eles mesmos levantam, vão na geladeira e comem o que eles acham, então você imagina como é que elas voltam para a gente, não?! (PU17)

Como também orientar o uso da medicação para hipertensos e diabéticos, porque eles chegam lá e a gente vai entregar a medicação, aí está faltando uma medicação. (PU14)

Eles precisam de orientação mesmo, porque a mãe está grávida, vai ter uma criança e a outra criança ainda está mamando, entendeu? (PU6)

A insulina... o pessoal vai lá para verificar a glicemia com quase 20h de jejum, porque acordam tarde e daí ficam esperando, aí a gente começa a orientar, educar esses pacientes que esse jejum só vai fazer mal e não vai dar nenhum parâmetro, porque às vezes eles querem fazer jejum para ter uma glicemia baixa! (PU14)

A visão curativa ainda predomina entre os profissionais de saúde, em que a assistência à saúde é fortemente ancorada no atendimento à queixa-conduta. Além disso, quando o usuário não cumpre as diversas orientações e prescrições dos profissionais de saúde, este último o classifica como “não cooperativo” ou “não aderente ao regime terapêutico” (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Todavia, em um dos relatos dos participantes da roda de conversa, percebemos o empoderamento do saber do usuário e a desconstrução dessa relação de poder ao redor das figuras dos profissionais:

[...] Chás, os pacientes pediam para a gente fazer listas, para que serve, a gente nem sabia direito, tive que estudar! Em outros casos, o paciente que falava para a gente: “Ah, esse chá aqui, você conhece?”, eu não sabia nem o que era a planta, aprendi muito com eles nessa troca... eu aprendi muito com eles e penso que nem tudo nós sabemos, eles também têm coisas a nos ensinar. (PU17)

Ainda segundo Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), o reconhecimento dos sujeitos como portadores de um saber não deve ser deslegitimado pelos serviços, embora esse saber leigo, popular, seja diverso do saber técnico-científico.

A produção em saúde deve ser feita em conjunto, considerando todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e tendo acima de tudo, como centro, as necessidades apresentadas pelos usuários (VASCONCELOS et al., 2009). Entendemos que com essa configuração há uma nova forma, um novo jeito de fazer saúde.

Destaca-se com isso a afirmação de Merhy (1998): “qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produz-se por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas”. Nesse encontro operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que objetivam a produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos (MERHY; FRANCO; BUENO, 1999).

Conforme Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas como duras quando envolvem os equipamentos, leves-duras quando nos referimos aos saberes bem estruturados e leves quando abordamos relações, acolhimento, gestão de serviços.

Ao pensar nesse caminho, compreendemos que o trabalho vivo em ato não deve ser expresso apenas com as tecnologias duras (máquinas/equipamentos/normas) e tecnologias leves-duras (saberes estruturados), há que se considerar nesse processo as tecnologias leves que se aproximam de atitudes relacionais intersubjetivas de acolhimento, escuta, estabelecimento de redes de conversa, vínculos, saberes e afetos. As tecnologias leves configuram-se como um dispositivo de cuidado, ou seja, em vez de ser centradas em procedimentos, são centradas em relacionamentos: com isso potencializa-se os sujeitos se encontrarem, atuarem entre si produzindo acolhida, momentos de cumplicidade, confiabilidade, vínculo, diálogo e escuta (TEIXEIRA, 2007).

Partindo desse pensamento, o modelo das práticas educativas grupais dialógicas rompe com as práticas tradicionais ancoradas nas palestras e os grupos de patologias. A característica significativa desse modelo é a valorização do saber popular, o estímulo e o respeito à autonomia do indivíduo no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à sua participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário. Percebe-se por essas características que esse modelo se enquadra nas demandas do atual sistema de saúde, o SUS, uma vez que essas características coincidem com as diretrizes desse sistema, como o controle social e a autonomia do sujeito (MACIEL, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos achados da pesquisa chama atenção para o fato de a maioria das atividades educativas grupais ser conduzida majoritariamente pelos profissionais da enfermagem, que são os coordenadores das unidades das ESF. Para eles fica a responsabilidade de organizar as ações de grupos e dar conta de toda uma demanda atribuída à sua categoria profissional, somando a elas a função de coordenação da unidade de ESF.

Identifica-se que os agentes comunitários de saúde são os que realizam as ações grupais junto com as(os) enfermeiras(os), e são considerados seus parceiros mais próximos. A equipe do Nasf é acionada de forma rara e em momentos pontuais, como também outros profissionais da própria eSF e da rede de serviços do município.

Os participantes da pesquisa apresentam dificuldades no manejo do desenvolvimento das atividades educativas grupais. Justificam isso pela ausência de tempo, priorização de outras ações em detrimento das de grupo, a formação tradicional ancorada em modelos de educação em saúde que fomentam a transmissão do conhecimento e não estimulam o diálogo, a autonomia e a participação do usuário. Acabam por não compreender as práticas educativas grupais de uma forma integral, que considera a saúde física em conjunto com a saúde mental, ou seja, corpo, mente, sintomas etc. Esse é um nó que precisamos discutir e desatar e que pode ser potencializado pelos espaços de educação permanente em saúde.

Apesar de encontrarmos na fala de alguns profissionais práticas que indicam a ruptura desse modelo, ele ainda prevalece nas práticas educativas de grupo nas ESF do município.

Buscando na literatura, encontro diversos autores em que me apoio para embasar meu posicionamento de as práticas educativas grupais serem realizadas a partir de uma metodologia dialógica e participativa. Com isso me vejo ainda mais afetada por essa lógica que já acreditava ser a mais acertada para a realização das atividades educativas grupais nas ESF.

A potência de estabelecer um espaço de troca e reflexão entre profissionais foi confirmada pelos próprios participantes da pesquisa que afirmam que as rodas de conversa foram uma oportunidade para pensar sobre o tema das práticas educativas grupais e a prática profissional, disparando momentos importantes de compartilhamento entre as(os) enfermeiras(os).

Do meu ponto de vista, aponto que uma possível estratégia para ancorar as metodologias participativas e problematizadoras nas unidades de ESF e possibilitar um olhar ampliado para os profissionais que lá atuam é potencializar ações por meio do cenário das políticas indutoras de formação em saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), incluindo nesse cenário o ensino-serviço-comunidade e os espaços de educação permanente em saúde.

Todas as práticas grupais são válidas, mas aquelas educativas dialógicas e problematizadoras trazem a possibilidade de troca, de autonomia do usuário, considerando e colocando em pauta as questões de vida, do território, da saúde e da doença.

7 REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.436-41, 2009.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.117-121, fev. 2008.
- ALMEIDA, J. R. S.; BIZERRIL D. O.; SALDANHA, K. de G. H.; ALMEIDA M. E. L. de. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. Abeno**, Londrina, v.16, n.2, p.7-15, abr.-jun.2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica Brasília**: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**, n.26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 nov. 2014.

BROTTO, F. O. **Jogos cooperativos: se o importante é competir, o fundamental é cooperar.** São Paulo: Cepeusp, 1995.

CAROTTA, F. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004-fev. 2005.

CECCIM, R. C.; FEUERWERKER; L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.1, p.37-44, mar. 2000.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p.113-8, jan./fev.2009.

FARIAS, L. A. B. G. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n.42, p.2455, jan.-dez. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FURLAN, P. G. **Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional.** 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

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.105-16.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1475-82, abr. 2020.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3553-59, ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **São Vicente.** 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-vice/panorama>. Acesso em: 19 jun. 2021.

LELIS, B. D. B. et al. Planejamento familiar: perspectiva de ações a serem implementadas na Estratégia Saúde da Família – ESF. **Rev. Mult. Psic.**, v.13, n.45. p.1103-13, 2019. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p.773-6, out.-dez. 2009.

MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.

MEDEIROS, N. M. **Educação permanente em saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores**. São Paulo: FAP-Unifesp, 2015.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.8, ago. 2020.

MELO, M. C. H.; CRUZ, G. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, Maringá, v.4, n.2, p.31-39, 2014.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A. e S.; POMPEI, D. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v.40, n.108, p.190-203, 2016.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em redes**, v.1, n.1, p.7-14, 2015.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-53, abr.-jun. 1999.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.153-64, out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, p.7-32, 1999.

MORE, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com grupos na Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

NICOLAU, S. M. Grupos na atenção básica: enraizar-se em uma comunidade. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015. p.264-74.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, nov.1986.

SANTOS, G. M.; BATISTA, S. H. S. S. Docência, Pro-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. **Interface**, Botucatu, n.22, supl.2, p.1589-600, 2018.

SANTOS, M. M. et al. PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de graduação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.19, supl.I, p.893-901, 2015.

SÃO PAULO (Estado). Decreto n.64.994, de 28 de maio de 2020. Institui o Plano São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 28 maio 2020.

SÃO VICENTE (Município). Decreto municipal n.5191 – A, de 17 de março de 2020a. Institui o Plano Municipal de Contingenciamento para o enfrentamento do coronavírus - Covid-19.

SÃO VICENTE (Município). Decreto municipal n.5397 – A, art 2º, de 2 de dezembro de 2020. Dispõe sobre o atendimento presencial e condicionado de estabelecimentos comerciais e empresariais, prestadores de serviços e outras atividades no Município de São Vicente, nos casos e nas condições que especifica, e dá outras providências. 2020a.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, v.29, n.79, p.347-360, set.-dez. 2009.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.2, p.147-53, 2005.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia socioeducativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Revista Enfermagem**, v.11, n.1, p.155-9, mar. 2007.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.15, n.2, p.320-5, jun. 2006.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.233-8, jun. 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. p.18-30.

VASCONCELOS, E. M. et al. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. (Módulo 4). Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2009.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil.** 3.ed. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA, 2009.

WANDERLEY, T. P. S. P. et al. Docência em saúde: tempo de novas tecnologias da informação e comunicação. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.12, n.4, 2018.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 1

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS GRUPAIS”.

Este estudo está sob a responsabilidade da pesquisadora Camila Helcias Sequeira, aluna do Curso de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo/Unifesp – *Campus* Baixada Santista, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Laura Camara Lima e a coorientadora a Prof^a Dr^a Ângela Aparecida Capozzolo.

A pesquisa tem o objetivo de analisar como ocorrem as práticas educativas grupais nas unidades de Estratégia Saúde da Família apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

O estudo será desenvolvido em duas fases. Você fará parte da primeira fase do projeto, sendo contatado para apresentação do estudo no qual responderá a um quadro para que possamos levantar e identificar as práticas educativas de grupo desenvolvidas na unidade em que coordena. Eventualmente, você também poderá participar da segunda fase de coleta de dados da pesquisa, que consiste em roda de conversa ou entrevista que será gravada e posteriormente transcrita pela pesquisadora. Em caso de participação nessa fase do estudo, você autoriza a gravação de áudio das atividades.

A participação na pesquisa não oferece nenhum tipo de prejuízo ou risco, mas por se tratar de pesquisa com seres humanos, poderá, eventualmente, haver algum desconforto. Caso ocorra, você poderá encerrar sua participação.

A participação na pesquisa não acarretará custo para você. Caso ocorram custos com transporte, solicite o reembolso à pesquisadora. Não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que os dados coletados na pesquisa serão tratados de forma anônima para que não haja identificação, durante todo o processo, incluindo a divulgação dos resultados desse estudo. Você autoriza que os dados coletados nesse percurso estejam disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Ao final você será informado sobre os resultados e conclusões do estudo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas sobre o estudo, entrando em contato com a pesquisadora no endereço Rua Padre Anchieta nº 462, 4º andar – Centro, São Vicente/SP – Diretoria de Atenção Básica; nos telefones (13) 3569-5714, (13) 99158-5889 ou e-mail camila_hs@hotmail.com. Se permanecer alguma consideração ou dúvida sobre questões éticas do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, no endereço: Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP – CEP: 04023-900. Horário de atendimento telefônico e presencial: segundas, terças, quintas e sextas, das 9h às 12h. Telefone e e-mail continuam os mesmos: E-mail: cep@unifesp.br. Telefones: (11) 5571-1062; (11) 5539-7162.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) da pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li, os procedimentos nela envolvidos, assim como esclareci todas as minhas dúvidas. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela pesquisadora responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Declaração da pesquisadora

Eu, Camila Helcias Sequeira, asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário(a) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FASE 2

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS GRUPAIS”.

Este estudo está sob a responsabilidade da pesquisadora Camila Helcias Sequeira, aluna do Curso de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo/Unifesp – *Campus* Baixada Santista, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Laura Camara Lima e a coorientadora a Prof^a Dr^a Ângela Aparecida Capozzolo.

A pesquisa tem o objetivo de analisar como ocorrem as práticas educativas grupais nas unidades de Estratégia Saúde da Família apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

O estudo será desenvolvido em duas fases. Você fará parte da segunda fase do projeto, que consiste na sua participação em roda de conversa ou entrevista que será gravada e posteriormente transcrita pela pesquisadora. Em caso de participação nesta fase do estudo, você autoriza a gravação de áudio das atividades.

A participação na pesquisa não oferece nenhum tipo de prejuízo ou risco, mas por se tratar de pesquisa com seres humanos, poderá, eventualmente, haver algum desconforto. Caso ocorra, você poderá encerrar sua participação.

A participação na pesquisa não acarretará custo para você. Caso ocorram custos com transporte, solicite o reembolso à pesquisadora. Não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que os dados coletados na pesquisa serão tratados de forma anônima para que não haja identificação, durante todo o processo, incluindo a divulgação dos resultados desse estudo. Você autoriza que os dados coletados nesse percurso estejam disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Ao final você será informado sobre os resultados e conclusões do estudo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas sobre o estudo, entrando em contato com a pesquisadora no endereço Rua Padre Anchieta nº 462, 4º andar – Centro, São Vicente/SP – Diretoria de Atenção Básica; nos telefones (13) 3569-5714, (13) 99158-5889 ou e-mail camila_hs@hotmail.com. Se permanecer alguma consideração ou dúvida sobre questões éticas do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, no endereço: Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP – CEP: 04023-900. Horário de atendimento telefônico e presencial: segundas, terças, quintas e sextas, das 9h às 12h. Telefone e e-mail continuam os mesmos: E-mail: cep@unifesp.br. Telefones: (11) 5571-1062; (11) 5539-7162.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) da pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li, os procedimentos nela envolvidos, assim como esclareci todas as minhas dúvidas. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela pesquisadora responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Declaração da pesquisadora

Eu, Camila Helcias Sequeira, asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário(a) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO 1**Mapeamento das práticas educativas grupais desenvolvidas nas unidades de saúde da família apoiadas pelo Nasf****QUADRO – PRÁTICAS EDUCATIVAS GRUPAIS**

Unidade: _____ Área: _____

N	Atividade grupo tema	Dia da semana seg/ter/qua/qui/sex	Periodicidade	Horário (m/t)	Duração	Responsável
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ANEXO 2

Roteiro de discussão/ 1ª Roda de conversa

- 1) Apresentações gerais (quem sou, onde estou, o que eu faço?)
- 2) Explicação sobre o projeto de pesquisa e seus objetivos (por que estamos aqui?)
- 3) Orientação quanto ao sigilo e apresentação do TCLE – Fase 2 (ambiente protegido)

Duração: 20 minutos

- 4) Questão disparadora: descreva uma cena marcante do que vocês vivenciam na realização de grupos (compartilhar esse relato)

Duração: 60 minutos

ANEXO 3

Roteiro de discussão/ 2ª Roda de conversa

- 5) Apresentações gerais (quem sou, onde estou, o que eu faço?)
- 6) Explicação sobre o projeto de pesquisa e seus objetivos (por que estamos aqui?)
- 7) Orientação quanto ao sigilo e apresentação do TCLE – Fase 2 (ambiente protegido)

Duração: 10 minutos

- 8) Aquecimento: os profissionais que participaram do encontro anterior contam para os que não estavam o que ficou do último encontro, o que os mobilizou; discussão
- 9) Utilizando folhas de sulfite coloridas cortadas em quatro partes, eu apresento o que me mobilizou
- 10) Os participantes escrevem o que acionou esse encontro

Duração: 1h30

ANEXO 4**Carta de autorização**

Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade*

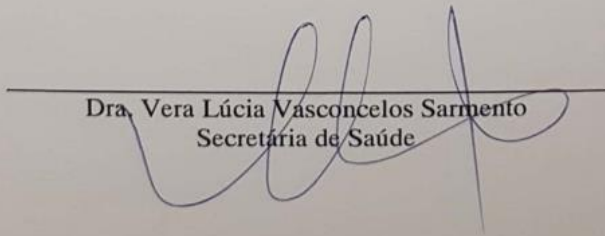
SECRETARIA DE SAÚDE

São Vicente, 18 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretária Municipal de Saúde de São Vicente, por meio da Secretaria de Saúde, concorda que as pesquisadoras Prof^ª Dr^ª Laura Camara Lima e Prof^ª Dr^ª Ângela Aparecida Capozzolo, responsáveis pela aluna Camila Helcias Sequeira, do Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realize a pesquisa **PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA POSSIBILIDADE DE (RE)PENSAR EXPERIÊNCIAS GRUPAIS**, após a análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

]Atenciosamente,


Dra. Vera Lúcia Vasconcelos Sarmiento
Secretária de Saúde

Secretaria de Saúde de São Vicente
Rua Padre Anchieta, 462 – 11310-040 – Centro – São Vicente
Telefone / Fax: 3569-5700