

Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família

Unidade Didática I

Organização do processo de
trabalho na Atenção Básica à Saúde

Módulo 4:

Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

Mara Vasconcelos
Maria José Cabral Grillo
Sônia Maria Soares



NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

(EDITORAufmg)

Unidade Didática I

Organização do processo de
trabalho na Atenção Básica à Saúde

Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

Mara Vasconcelos
Maria José Cabral Grillo
Sônia Maria Soares

U58 Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde / Horácio Pereira Faria... [et al.] – Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.
4 v. 72p. il. + 1 DVD. – (Educação a Distância)

Outros autores: Marcos Azeredo Furkim Werneck, Max André dos Santos, Paulo Fleury Teixeira, Ivan Batista Coelho, Francisco Carlos Cardoso, Mara Vasconcelos, Maria José Cabral Grillo, Sônia Maria Soares.

“Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família”

DVD contém vídeos e textos complementares.

Conteúdo: Mód. 1. Processo de trabalho em saúde – Mód. 2. Modelo assistencial e atenção básica à saúde – Mód. 3. Planejamento e avaliação das ações de saúde – Mód. 4. Práticas pedagógicas em saúde e tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade.

Inclui referências.

ISBN: 978-85-7041-725-1

1. Medicina social. 2. Serviços de saúde pública. I. Faria, Horácio Pereira de. II. Werneck, Marcos Azeredo Furkim. III. Santos, Max André dos. IV. Teixeira, Paulo Fleury. V. Coelho, Ivan Batista. VI. Cardoso, Francisco Carlos. VII. Vasconcelos, Mara. VIII. Grillo, Maria José Cabral. IX. Soares, Sônia Maria. X. Série.

CDD: 610

CDU: 614

Elaborada Pela Central De Controle De Qualidade Da Catalogação Da Biblioteca Universitária da UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadéu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Jaime Arturo Ramirez
Pró-Reitora Adjunta: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Coordenadora da UAB na UFMG

Ione Maria Ferreira de Oliveira

Coordenadora do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Maria do Carmo Vila

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (NESCON)

Coordenador em exercício: Edison José Corrêa

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância

Coordenadora: Juliane Correa

Editora UFMG

Diretor: Wander Melo Miranda
Vice-Diretora: Silvana Cóser

Conselho Editorial

Wander Melo Miranda (presidente)
Carlos Antônio Leite Brandão
Juarez Rocha Guimarães
Márcio Gomes Soares
Maria das Graças Santa Bárbara
Maria Helena Damasceno e Silva Megale
Paulo Sérgio Lacerda Beirão
Silvana Cóser

Editoração de textos

Maria do Carmo Leite Ribeiro

Revisão de provas

Beatriz Trindade, Eliane Sousa, Karen M. Chequer, Renata Passos e Renilde Silveira.

Projeto gráfico, capa e formatação

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Produção gráfica

Warren Marilac

Sumário

Apresentação das autoras	4
Apresentação	5
Introdução	6
Seção 1 Práticas Educativas em Saúde	9
Parte 1 – Contextualizando a prática educativa em saúde	11
Parte 2 – Quem aprende e quem ensina	14
Parte 3 – Aprendendo a aprender. Educação Permanente em Saúde	20
Parte 4 – Bases teóricas de uma práxis educativa.....	24
Seção 2 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade	31
Parte 1 – Acolhimento	34
Parte 2 – O trabalho com grupos	40
Parte 3 – Visita domiciliar.....	48
Parte 4 – Consulta	57
Referências comentadas	62
Referências	65

Apresentação das autoras

Mara Vasconcelos

Cirurgiã-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da UFMG, Doutora em Odontologia Social pela UFF, Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS/UFMG), Membro do Grupo de Pesquisa do Depto. de Odontologia Preventiva e Social da UFMG, Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora.

Maria José Cabral Grillo

Enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da UFMG, Mestre em Enfermagem pela EEUFMG, doutoranda em Enfermagem. Membro do Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS/UFMG) e do Núcleo de Pesquisa em Práticas e Educação em Enfermagem da EEUFMG. Subcoordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora.

Sônia Maria Soares

Enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da UFMG, Doutora em Saúde Pública pela USPSP. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFMG. Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde. Realiza estudos com ênfase em saúde da família, trabalho com grupos, cuidado em saúde, prevenção de doenças crônico-degenerativas, especialmente diabetes Mellitus e hipertensão arterial.

Apresentação

O Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação, Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) –, Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) – e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de Equipes de Saúde da Família, o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de cadernos de estudo e outras mídias, disponibilizadas tanto em

DVD – no formato de vídeos – como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como *chats* e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Este Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da Universidade e dos serviços de saúde. Os autores são renomados especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada pela UFMG no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e Educação Permanente em Saúde, como a vivência profissional.

A perspectiva é que este Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família cumpra seu importante papel na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

Introdução

Neste Módulo, disciplina obrigatória do curso, você terá a oportunidade de refletir e conhecer um pouco mais sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde: as práticas pedagógicas em saúde e as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Procuramos apresentar os principais conceitos pertinentes a cada um deles a partir de situações que certamente você já vivenciou no seu dia-a-dia de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

É evidente que educação e saúde interagem nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e ao longo do tempo, não têm o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde. Assim, em sua prática, o profissional pode efetuar abordagem mais diretiva ou mais dialógica, frente às situações cotidianas que vivencia, de modo inconsciente, assistemático e, na maioria das vezes, pouco gratificante. Isso costuma gerar insatisfação nos profissionais, e não é raro ouvir as seguintes afirmativas em relação ao resultado de interações profissional-usuário que pretendem ser educativas: “Já repeti várias vezes e ele não aprendeu; não sei mais o que faço para que mude de comportamento.”

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), ao explicitar que o seu campo de regulação incide sobre parte do espectro dos processos educativos, afirma que “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (LDB, art. 1º).

Para saber mais...

Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 - estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, identificada pela sigla LDB, “disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias” (LDB, 1996: art. 1º, § 1º). No entanto, educação é um processo que inclui e vai além da Educação Escolar. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>.

De um texto de Antônia Almeida Silva, 2006, apropriamo-nos de uma definição de educação que utilizaremos como referência neste Módulo. Assim, vamos considerar **educação** como a “atualização histórica do homem e condição imprescindível, embora não suficiente, para que ele, pela apropriação do saber produzido historicamente, construa sua própria humanidade histórico-social” (PARO, 2001:34, citado por SILVA, 2006). Optamos, portanto, por discutir a **educação** como a apropriação do conhecimento que possibilita escolhas conscientes e livres, em um dado momento e cenário histórico, implicando responsabilidade social, ecológica e política.

No quadro atual, em que o termo *transmissão de conhecimentos* simboliza a abordagem pedagógica tradicional, vista pela maioria dos envolvidos na área de educação como ultrapassada, é importante afirmar que é por meio da educação que se dão a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Ela permite que conheçamos o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo. Entretanto, *só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social.*

Na área de saúde, têm sido fundamentais para a mudança do modelo de atenção a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, assim como são primordiais para a referida mudança as reflexões feitas em relação à educação escolar. Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para outro voltado para a saúde requer muito esforço para a modificação de hábitos e costumes – incluindo o hábito de não reivindicar direitos.

Em disciplinas anteriores do curso, você estudou e refletiu sobre o significado do território como processo e não somente como espaço geográfico delimitado por famílias e serviços. É nesse espaço que você pode facilitar a interação entre educação e saúde, por meio de uma prática pedagógica dialógica e significativa; é sobre isso que queremos conversar com você.

Nosso propósito é discutir o papel de educador desempenhado pelo profissional de saúde, em especial na atenção básica. Para tanto, este Módulo está dividido em duas seções, nas quais serão desenvolvidos os seguintes conteúdos:

Seção 1 - Práticas educativas em saúde

Parte 1 - Contextualizando a prática educativa em saúde

Parte 2 - Quem aprende e quem ensina

Parte 3 - Aprendendo a aprender - Educação Permanente em Saúde

Parte 4 - Bases teóricas de uma práxis educativa

Seção 2 - Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade

Parte 1 - O trabalho com grupos

Parte 2 - Acolhimento

Parte 3 - Visita domiciliar

Parte 4 - Consulta

É importante que você desenvolva as atividades na sequência proposta, realizando todas elas e discutindo, sempre, qualquer dúvida com o seu tutor. Esperamos que, ao final, você seja capaz de:

- compreender alguns aspectos relevantes do desenvolvimento de práticas educativas;
- (re)conhecer-se como sujeito de práticas educativas;
- identificar características de práticas educativas com maior capacidade transformadora;
- compreender a Educação Permanente em Saúde como estratégia de reorganização de sua prática;
- compreender a dinâmica do trabalho com grupos;
- desenvolver o acolhimento como tecnologia apropriada para contribuir com a reorganização do processo de trabalho;
- realizar a visita domiciliar como instrumento de interação, identificação das necessidades dos indivíduos, das famílias e da comunidade, e como intervenção;
- utilizar a consulta como momento de encontro privilegiado na perspectiva de construção do novo modelo de atenção.

Seção 1

Práticas educativas
em saúde

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Outro eixo importante tem relação com a implicação dos envolvidos em um projeto político, pedagógico e ético que considera o indivíduo, a família e a comunidade.

Neste curso há explicitamente um convite para o desenvolvimento de um projeto que tenha os princípios e pressupostos do SUS como foco político. Acrescentamos neste Módulo o convite para que, nesta trajetória, você se implique, também, em uma concepção pedagógica emancipatória e que incorpore a reflexão sobre os valores morais que contribuem com a construção da cidadania.

Partindo de nossa convicção de que o SUS tem um arcabouço teórico constituído de valores moralmente condizentes com a garantia dos direitos de cidadania, o componente pedagógico do projeto deve ser coerente com ele. Portanto, julgamos essencial o estudo deste Módulo, por isso o seu caráter obrigatório.

Abordamos nesta seção a prática educativa no âmbito do projeto político do SUS, os sujeitos envolvidos nessa prática e a necessária reflexão cotidiana sobre o processo de trabalho. Esperamos que a nossa opção por determinada forma, determinados conteúdos e abordagens, possibilite uma reflexão crítica sobre o seu pensar e agir, e que você seja capaz de alcançar os seguintes objetivos:

- compreender a prática educativa como componente da práxis do profissional de saúde;
- identificar algumas concepções pedagógicas embutidas nas práticas educativas dos profissionais de saúde;
- listar características de uma concepção pedagógica com potencial para o estabelecimento de relações dialógicas transformadoras;
- entender a Educação Permanente em Saúde como estratégia de reflexão sobre o processo de trabalho.

Parte 1

Contextualizando a prática educativa em saúde

Julgamos adequado iniciar esta parte lembrando alguns aspectos históricos e reafirmando alguns princípios do modelo assistencial proposto para o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em um país com as mazelas e discrepâncias claras de condições de vida entre as classes sociais com as quais convivemos, a proposta de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime, com atenção resolutiva e integral e controle social é um grande desafio técnico, ético e político. Vivemos um momento histórico no qual os profissionais em saúde – gestores e trabalhadores de serviço e de ensino – e membros da sociedade civil organizada somam esforços para a concretização de um ideal que vai além da área de saúde: garantir ao cidadão o direito de ter direito.

A atitude e o encaminhamento frente aos mais variados problemas percebidos pelo homem – individuais e coletivos – e em sua relação com os demais seres vivos e o ambiente em que vive são determinados por uma concepção de mundo, de sociedade e de homem. Não há, portanto, postura humana neutra e, também, não há uma única forma de ver o mundo, a sociedade e o homem que nele vive.

Isso significa dizer que o Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento Pró-Participação Popular na Constituinte e o **Pacto pela Saúde**, citando apenas alguns mais recentes dos muitos eventos históricos importantes vividos pela área de saúde do Brasil, foram construídos por homens e mulheres que comungam, naquilo que é essencial, uma determinada ideologia. Essa ideologia vem se expressando por meio de reflexões teóricas e ações concretas ao longo dos últimos 25 anos, no mínimo. É um esforço contra-hegemônico, ou seja, que vai de encontro a outra forma de pensar o homem e sua inserção no mundo, que é hegemônica na área de saúde. Essa forma ou modelo hegemônico, que precisa ser desconstruído, se caracteriza, principalmente, por um modelo com

Para saber mais...

Pacto pela Saúde - aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em fevereiro de 2006, tem três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. É um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

Para saber mais...

Sujeito: de acordo com uma linha da psicossociologia, é aquele que é capaz de se transformar e transformar o mundo em que vive. Ou, segundo L'Abbate (1994:4), "uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento".

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400008>.

foco mercadológico, com forte domínio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, voltado para a doença, biologicista, hospitalocêntrico, medicalizado, médico centrado e com serviços organizados para atender a demandas. Há, também, exagerada valorização do conhecimento técnico-científico em detrimento do saber popular e do direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia.

No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa de seu apoio, conceitos e práticas como **acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo**, procura-se resgatar a relação entre **sujeitos sociais**. Para tanto, não basta que você e os demais profissionais em saúde – assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, docentes das profissões da área etc. – tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade – incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar.

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado, conforme destacado por Campos (1997:248-249), ou seja, "saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades". É nesse campo, na reorganização dos serviços de saúde, que se insere a capacidade de desenvolver práticas educativas. Uma prática que contribua com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva. Isso significa ser capaz de planejar, juntos, profissionais, usuários e comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito – não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, que leve em consideração os aspectos cultural, econômico e social.

A **Lei Orgânica de Saúde** (Lei 8.080 de 19/09/1990) considerou essa premissa, pois reza, em seu art. 3º, que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país" (BRASIL, 1990:1). Portanto, saúde pressupõe ações intersetoriais. Disponível em: <http://200.214.13038/portal/saude/area.cfm?id_area=169>.

Quando dizemos que a produção em saúde tem que ser feita em conjunto, estamos nos referindo a uma nova forma ou jeito de fazer. Um jeito que considera todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e que, acima de tudo, tenha como centro as necessidades apresentadas pelos usuários. Significa adotar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia em curso no país.

Isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço. Significa que toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada concepção de “fazer e agir” no cotidiano pessoal e profissional. Portanto, voltando ao início da conversa, essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por distintas formas de concepções de mundo e do ser humano no mundo.

Para refletir...

Os profissionais que desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família são aqueles que possuem mais condições e maiores possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro.

Parte 2

Quem aprende e quem ensina

Nesta parte, abordaremos alguns princípios que devem ser orientadores de uma prática de saúde que se pretende educativa, ética e que respeite a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde.

Após a leitura da situação a seguir, que retrata uma reunião dos profissionais da Equipe Verde, da Unidade de Saúde de Vila Formosa I, no Município de Curupira, faça as atividades solicitadas.

Cena 1 - Reunião das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, para avaliar o desenvolvimento de sua programação e planejar o mês seguinte. Participam os seguintes envolvidos no processo de trabalho da equipe: secretária, cirurgiã-dentista, enfermeiro, médica, auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Cenário: equipe no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro, pessoas sentadas em bancos e cadeiras, uma pessoa sentada em frente a uma mesa com um caderno.

Marco Antônio: Pessoal, hoje temos que analisar o que fizemos neste mês e planejar o próximo. Pedro Henrique vai fazer a ata para nós. Quem fez a última ata foi a Sônia. Leia para nós, Sônia. (Após a leitura da ata da reunião anterior, aprovada por todos, inicia-se a avaliação das atividades do mês anterior.)

Aline: Olha, tem uma coisa que está incomodando a gente; até já discutimos: eu, Sônia e José Antônio. A maioria dos usuários que a gente atende no domicílio não aprende o que a gente ensina. Eles não mudam o comportamento. A gente repete, repete até cansar e não adianta.

A gente ensina o que é certo, sobre sal, gordura para o hipertenso, amamentação exclusiva para as mães, mas não adianta. O que mais temos que fazer?

Sônia: É isso mesmo!

Mariana: Também me preocupo com isso, mas tenho certeza que estou fazendo a minha parte, transmitindo o que sei que é certo.

Pedro Henrique: Acho que nós temos que mudar a forma de abordar cada usuário, procurando, primeiro, conhecer o que ele já sabe sobre o seu problema.

Cláudia: Eu também tenho dúvida de como fazer; é preciso saber muito sobre cada um e sobre a sua realidade, se não for assim, não adianta.

Joana: A repetição é importante, pois, como dizem: "Água mole em pedra dura tanto bate até que fura"

Marco Antônio: Sei não, Joana! Também pode acabar a água. Eu tenho um amigo que é professor e uma vez falou o seguinte: "Se um ou dois alunos de uma sala não aprendem uma matéria, o problema pode estar com esses alunos, mas quando a maioria dos

alunos não aprende a matéria, o problema certamente está com o professor”

Renata: Por que a gente não procura saber mais sobre como lidar com essa situação? O que você acha, José Ribeiro?

José Ribeiro: Pois é, gente, eu fico satisfeito de ter surgido este assunto na reunião. Geralmente

nós só discutimos as doenças e os cuidados com os doentes. Acho que precisamos discutir sobre a nossa prática pedagógica.

Mariana: Prática PE-DA-GÓ-GI-CA???!!!!

Atividade 1

Analise a situação descrita e elabore um texto que expresse:

- sua opinião sobre o comentário que cada profissional fez em resposta à demanda dos agentes comunitários de saúde, na reunião da Equipe Verde.
- qual seria sua sugestão para os ACSs, caso você estivesse participando da reunião e fosse estimulado a dar sua contribuição.

Guarde em seu portfólio impresso.



Voltemos à Unidade Básica de Saúde de Vila Formosa para verificar como estão fazendo! José Ribeiro e Pedro Henrique planejaram e a equipe realizou uma oficina para discussão das suas práticas pedagógicas. Após uma atividade “quebra-gelo”, para descontração, a coordenação estimulou a participação de todos, provocando-os para se expressarem claramente sobre: o problema e as dificuldades que encontravam; as alternativas que criavam para enfrentá-los; e, principalmente, qual a opinião deles quanto às causas do problema e das dificuldades. Ou seja, procurou fazer com que os profissionais refletissem sobre a realidade vivenciada, sobre uma prática concreta. Após aproximadamente duas horas de livre expressão dos participantes, mediados pela coordenação, o conhecimento produzido durante as discussões foi sistematizado, registrado em papel *kraft*, apresentado e analisado pelos participantes, ainda naquela reunião. Dando prosseguimento à atividade, foram realizadas uma oficina de modelagem – na qual os participantes expressaram os resultados da discussão – e a leitura de um texto de duas páginas, relacionado ao tema em discussão.

A seguir, no Quadro 1, é apresentada uma síntese da produção dos profissionais sobre um dos aspectos discutidos, ou seja, os motivos que levam os usuários a não acatarem as orientações fornecidas.

Quadro 1 – Aspectos que interferem na prática educativa, de acordo com os profissionais da Equipe Verde

- O adulto já tem um “alicerce,” tem conhecimentos construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural;
- mudança de comportamento é processo e, portanto, o resultado pode ocorrer em longo prazo;
- falta de experiência e de conhecimento sobre técnicas de negociação por parte do profissional;
- relações de poder entre profissional-usuário: arrogância x humildade; saber-poder-intimidação;
- relações de poder na família – é preciso identificar quem tem o “poder” de decisão na família;
- diferença de linguagem, cultura e valores dos usuários e dos profissionais;
- dificuldade de reconhecer qual é a real necessidade do usuário;
- falta de confiança do usuário no profissional;
- dificuldade de analisar a situação para definir a melhor estratégia;
- dificuldade do profissional para respeitar a autonomia do outro, entender e saber trabalhar as diferenças.

Um aspecto a ser ressaltado na análise do Quadro 1 é que os próprios profissionais foram capazes de identificar princípios que devem ser observados em uma prática educativa. O momento coletivo de reflexão possibilitou a explicitação de saberes que, provavelmente, nem eles mesmos sabiam que possuíam. Obviamente, os profissionais também “têm saberes construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural,” além dos saberes profissionais específicos.

Ainda em relação ao Quadro 1, vários dos itens levantados estão relacionados com a identidade do usuário como sujeito em seu modo de viver. Compreender que os usuários são detentores de conhecimentos sobre os quais constroem a sua identidade e são reconhecidos pelos seus pares é fundamental para o processo educativo que pretende ser transformador. Deve-se acreditar que esses são saberes diferentes e não menos importantes que os saberes tidos como técnico-científicos, e é preciso aprender a lidar com eles.

O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação.

De acordo com Carvalho, Acioli e Stotz. (2001:103), “o objetivo da superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum em que todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes. O senso comum expressa o modo de vida dos grupos dominados, contendo elementos de resistência e núcleos de bom senso.” A questão da negociação apareceu de forma pertinente no processo de reflexão sobre como construir alternativas diferentes daquelas inicialmente defendidas pelos sujeitos envolvidos na ação educativa. Ou seja, uma alternativa pactuada em um processo de negociação que não deve ser permeado pelo sentimento de que alguém perdeu e alguém ganhou. Que, também, deve construir um relacionamento de confiança mútua.

Sobre negociação

Em um processo de negociação é fundamental: colocar-se no lugar do outro; não deduzir as intenções do outro a partir de seus temores; não o culpar de seus problemas; escutar atentamente, buscando entender o que foi dito; falar de forma a ser entendido; falar de você mesmo e não de outrem; falar visando um objetivo; considerar que as pessoas continuarão a se relacionar após a solução dos problemas; ser firme com os problemas e amável com as pessoas;

não fazer juízos prematuros; não perseguir uma única solução desde o princípio; não pensar que só existe uma possibilidade – só perder ou só ganhar (só certo e só errado); pensar em resultados que respondam aos interesses mútuos; buscar formas de facilitar as decisões da outra parte envolvida, entre outros aspectos (anotações feitas por uma das autoras quando de sua participação no Projeto Liderazgo para el Cambio, do Conselho Internacional de Enfermagem).

Um último ponto que queremos comentar como aspecto relevante do desenvolvimento de práticas educativas, entre aqueles abordados pelos profissionais do Município de Curupira, é o poder presente nas relações entre sujeitos. Aqui, cabe mencionar o poder místico sobre a vida e a morte, socialmente construído ao redor da figura do médico – estendido

de certa forma aos demais profissionais de saúde –, o poder relacionado a gênero e, ainda, o poder econômico ou financeiro ao qual o sujeito da ação esteja submetido. Para ilustrar, ao não ter êxito em relação às orientações a uma puérpera, sobre cuidados básicos com seu filho recém-nascido, o profissional pode perceber que deve dirigir seus esforços para a mãe da puérpera, pois é ela quem tem o poder sobre a filha – financeiro, inclusive – e saberes consolidados no processo de criação de sua prole diferentes daqueles que estão sendo orientados.

Aproveitando o exemplo, diminutivos – mãezinha, vovozinha, senhorinha –, às vezes utilizados para expressar carinho e desvelo, também podem ser interpretados como ironia, ou seja, podem conter carga negativa. Diminutivos expressam o que é menor, de certa forma indicam a interpretação de uma fragilidade, que pode não corresponder à realidade, podendo causar um sentimento desconfortável em quem ouve. Portanto, sugerimos que sejam evitados.

Guarde isso!

O exercício de uma prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam. É preciso ir além do conhecimento relacionado com os indicadores de saúde e de produção previamente pactuados. Território tem gente, diversidades, amores, vidas construídas e destruídas, dores, sofrimento, alegrias... Toda comunidade tem sua história, sua cultura – festas, manifestações religiosas e populares; o saber das benzedeiras e raizeiras; um grau de participação e mobilização social; uma forma própria de dispor do tempo livre; de conseguir e dispor de recursos financeiros; de realizar lazer com a família; de autopreservar-se; de compreender o processo saúde-doença etc. Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isso vale para abordagens coletivas e individuais (no consultório ou no gabinete odontológico, na recepção, no local de espera, na sala de vacina, na sala de procedimentos, na garagem da ambulância, que também é “sala” de espera, e outros – que você sabe bem quais são!)

Para refletir...

“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”

(FREIRE. *Pedagogia da autonomia*, 1997:127).

Instrumentalizar-se para lidar com esse universo diversificado é um desafio que os trabalhadores do Sistema Único de Saúde estão enfrentando e, gradativa e lentamente, vencendo.

Benevides, em um texto belíssimo publicado em 2002, no qual conta sua experiência como médica em Saúde da Família, nos diz um pouco de como o território deve ser conhecido: “elas (ACSs) se admiravam como é que eu sabia que Joana era irmã de Clemência e tia de Rosiane, vizinha de Neusa, que tem um filho surdo-mudo etc. Eu o sabia por meu ‘método’

de conhecer a população da área: conversando naturalmente com as pessoas, uma prosa sem compromisso” (BENEVIDES, 2001:178). Apesar da simplicidade da explicação, pode-se dizer que o que ela desenvolve é uma prosa impregnada de compromisso social.

Outros profissionais de saúde relatando também sua experiência, neste caso, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, afirmam que, “após algum tempo de bate-papos e conversas informais, é possível alcançar de forma aproximada uma ideia do território como um todo e das várias famílias que nele residem” (RAUPP *et al.*, 2001:209).

Atividade 2

Leia o que vem a seguir e faça um texto, concordando ou discordando de nossa opinião, com justificativa.



Envie para seu tutor, além de arquivá-lo em seu portfólio impresso.

Do nosso ponto de vista, na primeira reunião que descrevemos, uma das ACSs da equipe expressou uma opinião que não traduz uma prática pedagógica que possibilite transformação da realidade ao considerar que é suficiente transmitir o que o profissional sabe que é “certo”, sem considerar o resultado. Por outro lado, o enfermeiro ressaltou um aspecto importante em sua resposta aos ACSs, ao sugerir que eles “mudassem a forma de abordar cada usuário, procurando primeiro saber o que ele, usuário, já sabe sobre o seu problema”. A cirurgiã-dentista reconheceu sua dificuldade, o que demonstra abertura para aprender, e comentou um aspecto importante quando disse que “é preciso saber muito sobre cada um e sobre a sua realidade”. Em relação ao comentário da auxiliar de enfermagem, consideramos que há situações em que a repetição é realmente importante, principalmente quando significa que o profissional é persistente na busca de soluções para uma necessidade do usuário. Contudo, pode também significar a ausência de reflexão sobre o processo de aprendizagem e postura autoritária sobre o certo e o errado. Na atitude da médica, do nosso ponto de vista, desvela-se uma forma de pensar pedagogicamente, ou seja: aceitar os limites do nosso conhecimento e buscar formas de compreender e intervir para a solução de problemas. E, por fim, os próprios ACSs demonstraram, além do reconhecimento de seus limites, uma reflexão sobre o seu fazer cotidiano, a formulação de um problema e a busca de solução. Podemos denominar esse processo de Educação Permanente.

Parte 3

Aprendendo a aprender Educação Permanente em Saúde

Outro tema que julgamos importante e que abordamos nesta parte do texto é o conceito e a prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma das estratégias de reorganização do SUS.

Esse aspecto da Prática Educativa em Saúde se insere na mesma situação referida anteriormente, ou seja, em um projeto político que busca intervir na realidade e, conseqüentemente, contribuir para a transformação social, política e econômica do país. Esse projeto tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, *pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano.*

Para tanto, é preciso:

- resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho;
- dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe;
- levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares;
- valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade;
- compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas;
- concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe;
- ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

Como você pode perceber, os princípios pontuados anteriormente são similares àqueles que discutimos quando falamos da relação entre os profissionais de saúde e o usuário. Contudo, aqui estamos nos referindo aos processos pedagógicos **entre profissionais em saúde e destes com profissionais de outras áreas**. Isso não significa dizer que a Educação Permanente excluiu a participação do usuário, considerando que ele é o foco de todas as ações em saúde. Também não excluiu a necessidade de o profissional ter domínio e saber aplicar saberes profissionais específicos, essencial para uma prática responsável.

Atividade 3

Procure na Internet textos que abordem o tema Educação Permanente em Saúde. Escolha um que tenha sido publicado nos últimos cinco anos, leia, faça um resumo e **guarde (o texto e o resumo) em seu portfólio impresso**.

Envie o resumo para seu tutor.



Por muito tempo, a educação em serviço foi sinônimo de reciclagem, entendida como capacitação para o trabalho para responder às necessidades do mercado capitalista em expansão. Na área de saúde, porém, a educação em serviço começa a ser reconstruída – como conceito e como prática – a partir de um movimento em torno da proposta de EPS da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Essa proposta foi explicitada, principalmente, em uma publicação da OPS intitulada *Educación Permanente de Personal de Salud* (HADDAD *et al.*, 1994).

No Brasil, recentemente, a EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS, considera o **processo de trabalho como o locus gerador de aprendizado significativo**. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados.

A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de

Para saber mais...

A Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>.

A Portaria nº 1.996/GM/MS dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>.

conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

Para recordar...

Como afirmado no Módulo 1, “o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos humanos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo” (FARIA *et al.*, 2008:22).

Para Merhy (2005:173-174), todo processo de EPS “implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações”. Seria, portanto, um grande desafio para o profissional de saúde:

Produzir autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. (...) Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva.

A esperança é de que se consiga romper com o modelo educacional tradicional caracterizado por uma educação autoritária, que forma profissionais que estabelecem relações profissional-usuário-comunidade autoritárias e diretivas.

Importante frisar que a **Educação Permanente se apresenta como um conceito e um fazer novos, que se diferenciam dos processos de Educação Continuada**. Em um serviço em que a Educação Permanente é real – no qual ocorre reflexão sobre como está sendo realizado um determinado atendimento, projeto ou programa e os resultados alcançados –, haverá espaço nas agendas para que um membro da equipe possa compartilhar com os demais profissionais o que viu e ouviu em

determinada **atividade de Educação Continuada**. Portanto, nós estamos optando pela linha de autores que denominam de **Educação Continuada** a participação em seminários, congressos, cursos, reuniões técnicas, revistas científicas etc. Neste caso, não cabe mais a expressão “o evento foi ótimo, mas nada se aplica à nossa realidade” e, dessa forma, ter acesso ao conhecimento pelo conhecimento, sem compartilhá-lo e propiciar uma reflexão de toda a equipe. **A pergunta básica para uma reflexão que coloca os profissionais de saúde em EPS é: Como podemos melhorar o nosso processo de trabalho em função dos melhores resultados para a população sob nossa responsabilidade?**

Mais do que a aquisição de uma metodologia pedagógica inovadora a ser aplicada nos processos educacionais, a Educação Permanente, na saúde, assume dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas, pois, partindo de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), busca superá-la, trocá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada (HADDAD *et al.*, 1994).

Atividade 4

Faça um texto que explicita a sua compreensão sobre o conceito e a prática de **Educação Permanente em Saúde**. Dê exemplos de onde ela foi ou poderia ser utilizada em prol de melhores resultados.

Envie para seu tutor, além de arquivá-lo no portfólio impresso. Você está construindo seu mapa conceitual.



Parte 4

Bases teóricas de uma práxis educativa

Neste texto apresentaremos as várias abordagens ou concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação.

Iniciamos com uma declaração do Ministério da Saúde (2005), ou seja, atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”.

Essa busca está relacionada com críticas frequentes em relação às teorias e abordagens educacionais que estão inscritas em nossa história e com suas consequências na conformação das sociedades. De forma bastante sintética, vamos registrar algumas que são marcantes em nosso meio educacional e, conseqüentemente, na área de saúde.

Abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais

Transmissão

O processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. 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 e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado. É possível que você já tenha visto ou ouvido falar de situações em que essa relação pedagógica se estabelece.

Na reunião da Equipe Verde, descrita anteriormente, podemos identificar essa concepção permeando posições.

Atividade 5

Analise se o exemplo a seguir caracteriza a pedagogia tradicional de forma razoável. **Escreva um texto sintético**, explicando a sua opinião.

Guarde em seu portfólio impresso.



Ao assumir seu cargo na Equipe Verde, o enfermeiro Pedro Henrique ficou sabendo que existiam muitos usuários com pressão arterial descontrolada na área de abrangência da Equipe. Imaginando que os ACSs não estavam sabendo orientá-los, organizou uma capacitação para melhorar o desempenho destes junto aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Fez uma revisão bibliográfica sobre o tema, estabeleceu os conteúdos, organizou a agenda e, para que as aulas fossem em espaço adequado, emprestou uma sala do grupo escolar. Durante três sábados consecutivos, Pedro Henrique explicou para os ACSs tudo o que ele considerou ser importante saber sobre HAS, bem como as orientações que os hipertensos deveriam receber para ajudar no controle da doença.

Condicionamento

Nos anos 1970, proliferou o chamado “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloon e Mager) da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Essa pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas. A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994). Já foi muito comum, nos serviços de saúde, condicionar a “troca” de uma receita de medicamentos pela presença do usuário hipertenso nas reuniões em grupo, nas quais deve aprender como se comportar em relação a hábitos de vida. Este é um exemplo da pedagogia por condicionamento.

Abordagens ou concepções que têm o aprendiz como foco

Pedagogia Nova

A Pedagogia Nova se insere em um grupo de pedagogias não-diretivas. É nessa corrente que surgem os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”, por exemplo. O centro da atividade não é o profissional nem os conteúdos, mas sim o aprendiz, que deve ter participação ativa. Deve ser despertada a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento. Surgiu em oposição à Pedagogia Tradicional, salientando que os homens são diferentes e a educação “será um instrumento de correção da marginalidade na medida em que contribuir para a constituição de uma sociedade cujos membros, não importam as diferenças de quaisquer tipos, aceitem-se mutuamente e respeitem-se na sua individualidade específica” (SAVIANI, 2007:8-9). Para esse autor, o escolanovismo se explicitou em uma prática excludente, sendo usada a favor da burguesia, legitimando desigualdades.

A Escola Nova foi um movimento forte na Europa, na América e no Brasil, na primeira metade do século XX. No Brasil, desenvolveu-se no contexto em que o país viveu um progresso industrial e econômico no bojo do neoliberalismo, com repercussões políticas, intelectuais e sociais complexas. Alguns autores realçam pontos positivos nessa pedagogia. Para Gadotti (2000:2),

a educação nova, que surge de forma mais clara a partir da obra de Rousseau, desenvolveu-se nesses últimos dois séculos e trouxe consigo numerosas conquistas, sobretudo no campo das ciências da educação e das metodologias de ensino. O conceito de “aprender fazendo” de John Dewey e as técnicas Freinet, por exemplo, são aquisições definitivas na história da pedagogia.

Construtivismo-interacionista, sociointeracionismo, histórico-social

Na linha da abordagem que tem o aprendiz como referência não é possível deixar de citar Jean Piaget (1896-1980), responsável pelas bases científicas do construtivismo-interacionista, tendo desenvolvido a Teoria

Psicogenética. Numa perspectiva construtivista, o indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte e a finalidade da intervenção pedagógica é contribuir para que desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo. O desenvolvimento mental humano estabelece a possibilidade da aprendizagem que ocorre na interação com o meio ambiente.

Outra importante abordagem foi desenvolvida por Vygotsky (1897-1934) e seus discípulos, com apoio no materialismo dialético do filósofo Karl Max. Assim, para essa escola (de Vygotsky), a aprendizagem ocorre mediada pelas interações sociais entre sujeitos históricos.

Para alguns autores, o que diferencia a corrente liderada por Piaget daquela liderada por Vygotsky, grosso modo, é que a segunda reafirma a importância do estímulo externo, a figura do educador, por exemplo. A abordagem educacional originária da psicologia sociocultural de Vygotsky tem recebido a denominação de pedagogia histórico-crítica. Contudo, também tem sido incluída, por muitos estudiosos da educação, entre as várias linhas da abordagem sociointeracionista (DUARTE, 1998).

Gadotti (2000:2), comentando as perspectivas da educação no século XX, diz que “o traço mais original da educação desse século é o deslocamento de enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico.” Um exemplo desse enfoque educacional social, político e ideológico, no cenário brasileiro, é a “Pedagogia do Oprimido”, proposta por Paulo Freire (1921-1997). Seu livro com esse título foi escrito em 1968, quando ele se encontrava em exílio em decorrência do golpe militar de 1964, e só foi publicado no Brasil em 1974. No último livro publicado enquanto ele ainda estava vivo – *Pedagogia da autonomia* –, Paulo Freire sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos. Seu principal foco foi a educação popular. Para ele, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade.

Para refletir...

“As investigações no campo das teorias da aprendizagem migram pouco a pouco dos laboratórios de psicologia experimental para a comunidade. (...) Toma-se como ponto de partida dessas investigações o pressuposto sobre o caráter dialético desta interação, que cumpre uma trajetória em espiral contínua, em que o ator do processo se realimenta com a experiência, modificando-se o sujeito e modificando o mundo e emergindo desta maneira o sentimento, o eu situacional e instrumental. A concepção da aprendizagem como práxis nos permite a possibilidade de enunciar o referido processo como um aprender a aprender e um aprender a pensar, concepção de caráter instrumental que se apoia em uma teoria do pensamento e do conhecimento que opera em um contexto social”

(PICHON-RIVIÈRE, 1969:1. Traduzido pelas autoras).



Atividade 6

Observe uma atividade realizada em grupo (de gestantes, de hipertensos ou outro), dirigida por um profissional de saúde, tendo como foco da observação, entre outros aspectos: **a forma como o profissional responsável pela atividade abordou o conteúdo em discussão no grupo; o método e recursos didáticos utilizados; a forma de participação dos membros no grupo; a relação estabelecida entre o conhecimento do profissional e o dos participantes; a concepção de autonomia do sujeito desvelada no comportamento do profissional.**

Do seu ponto de vista, na atuação do profissional há predomínio de qual abordagem ou concepção pedagógica?

Escreva sobre a situação observada e dê a sua resposta à pergunta explicitada, relacionando-a com os aspectos observados.

Envie para seu tutor, além de arquivá-la no portfólio impresso, compondo seu mapa conceitual.

Para que aqueles que já fizeram aproximações com a metodologia problematizadora não sintam falta dela neste Módulo, vamos mencionar que problematizar significa utilizar-se de elementos da realidade vivida, a fim de diagnosticar problemas do cotidiano e construir hipóteses, para, em seguida, aplicar uma solução viável, nos moldes de ação-reflexão-ação. Sua prática busca, enfim, a transformação dessa mesma realidade social (BORDENAVE, 1994). A similaridade com o que dissemos sobre Educação Permanente em Saúde não deve ser mera coincidência.

Muito referida no Brasil, a metodologia problematizadora tem sido postulada como uma possibilidade de aplicação de posturas educacionais críticas. Na problematização, parte-se da análise da realidade observada e vivida e os diferentes aspectos que a envolvem. Em um segundo momento, busca-se identificar os pontos-chave, o que é realmente importante. A partir deles, procura-se identificar o porquê, ou seja, a justificativa teórica do que foi observado – fase de teorização – e formula(m)-se hipótese(s) de solução para o(s) problema(s), atentando-se para os condicionantes e limites impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da

possibilidade de aplicação em situações similares. Esses passos seguem o método do arco, proposto por Charles Manguerez (BORDENAVE, 1994).

Resumindo...

Procuramos, até este ponto, resgatar o espaço pedagógico que as relações interpessoais propiciam e, considerando o potencial dos profissionais de saúde para o trabalho educativo, a importância da intencionalidade e do resultado de suas ações.

A partir de breve descrição do cenário – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, focalizamos a necessidade de profissionais e comunidade pensarem e agirem de modo integrado, de forma transformadora.

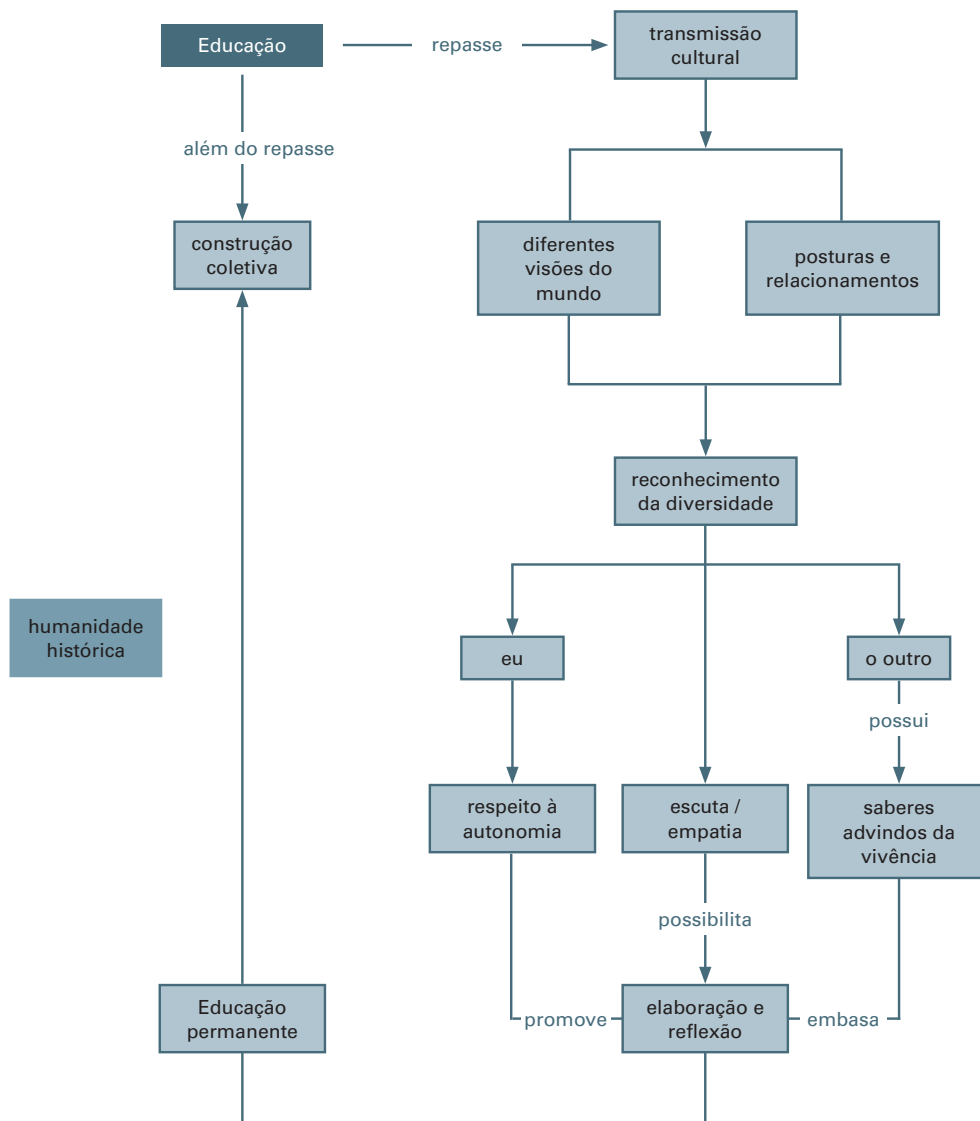
Considerando o projeto político que estamos construindo – o SUS que queremos –, certamente não nos interessam propostas que fortaleçam relações verticais, autoritárias, que sejam excludentes, que não promovam relações democráticas, que não valorizem o saber e a condição de vida de todos e de cada um. É fundamental que, no processo de fortalecimento do SUS, saibamos reconhecer essas propostas e os comportamentos que nelas se baseiam, pois, somente refletindo sobre o nosso fazer e tendo consciência de nossas ações e de suas bases teóricas, poderemos contribuir com o processo de mudança.

Dessa forma, qualquer metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, técnico-assistencial e pedagógico da equipe.

Assim, o primeiro passo é deixar a posição ingênua de considerar que o profissional de saúde não tem poder para mudar ou reforçar uma realidade. Em seu cotidiano, em seu consultório, em reuniões de grupos ou em outros momentos, certamente você deixa a sua marca, reforçando saberes cristalizados, alguns deles distantes do dia-a-dia dos usuários, ou desmitificando ideias sobre o que é o conhecimento e como utilizá-lo.

Para ilustrar o caminho percorrido, nas seções anteriores, apresentamos um exemplo de Mapa Conceitual que agrega e inter-relaciona os conceitos trabalhados neste texto até o momento.

FIGURA 1 – Exemplo de Mapa Conceitual que explicita conceitos estudados



Voltando à nossa proposta de um projeto político-pedagógico crítico, encerramos esta seção reafirmando a essencialidade de seu aspecto ético. Como dito por Paulo Freire, “a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética. Decência e boniteza de mãos dadas” (FREIRE, 1996:34).

Seção 2

Tecnologias para a
abordagem ao indivíduo,
família e comunidade

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção.

A visita domiciliar e o acolhimento são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto. Neste Módulo, além dos dois exemplos citados, queremos discutir com você mais duas tecnologias ou estratégias: o trabalho com grupos e a consulta. Você já as conhece e as utiliza há mais tempo. Talvez exatamente porque já fazem parte do fazer do profissional de saúde no modelo tradicional, não têm sido foco de reflexão na perspectiva de outro modo de fazer.

Nesta Seção, portanto, discutiremos os temas: acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta. Desejamos que, ao final, você seja capaz de:

- discutir humanização como aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde;
- compreender acolhimento como processo contínuo de construção de vínculo com usuários, famílias e comunidade;
- explicar a proposta teórica do grupo operativo;
- argumentar em favor do trabalho com grupos como uma tecnologia a ser utilizada pelos profissionais de saúde;

- compreender a importância da interdisciplinaridade para o desenvolvimento exitoso do trabalho com grupos;
- identificar finalidades das visitas domiciliares em seu processo de trabalho;
- compreender a importância de sistematizar os registros das visitas domiciliares;
- reconhecer o significado da consulta como encontro entre o usuário e o profissional de saúde com potencial de transformação do cuidado com a saúde.

Parte 1

Acolhimento

A Unidade de Saúde de Vila Formosa tem novidades. Após dois meses de discussão e de capacitação de toda a equipe, implantaram o acolhimento. Depois de um período de experiência, terão, brevemente, uma reunião do Conselho Local de Saúde para discutir a proposta. Vamos ver o que está acontecendo.

Sérgio chegou à Unidade de Saúde de Vila Formosa às 15 horas um pouco irritado. Márcia, recepcionista da Unidade, cumprimentou-o, perguntou seu nome e em que poderia ajudá-lo. Ainda, disse a ele que seu nome era Márcia.

Sérgio: Eu já sei que o serviço daqui não está bom e que vocês não estão conseguindo atender todo mundo. Eu preciso ser atendido pelo médico agora, pois estou com dor há cinco dias.

Márcia: O senhor tem razão.

Sérgio (surpreso com a resposta): Como assim?!

Márcia: Nós realmente não estamos dando conta de atender a todos que querem uma consulta médica, apesar de ser pontual e ter uma agenda cheia. Mas o senhor será atendido pelo enfermeiro Pedro Henrique nesse instante, aguarde só um pouquinho.

Sérgio: Pelo enfermeiro? Não resolve meu problema!

Márcia: Converse com ele. Ele vai ajudá-lo no que for possível. Se for necessário, ele encaminha o senhor para o médico. Queremos que o senhor se sinta bem. Sábado temos uma reunião do Conselho Local de Saúde e vamos discutir esse problema que o senhor mencionou. Queremos que o senhor esteja bem para poder participar!

Sérgio: Vamos ver, vamos ver.

Após o atendimento feito pelo enfermeiro Pedro Henrique, Sérgio se dirige a Márcia: “Que dia mesmo é a reunião? Precisamos discutir como ajudar a Unidade a divulgar o seu trabalho.”

Esperamos ter aguçado a sua curiosidade para saber o que o Pedro Henrique conversou com o Sérgio. Vamos deixar você esperando pela Parte 4 desta Seção, em que trataremos do tema Consulta! Agora, o que queremos discutir é a forma como o usuário foi atendido na recepção da Unidade Básica de Saúde.

Análise: ele foi atendido de forma educada? Sua irritação gerou reação semelhante na recepcionista? O fato de ele ter informado que estava com dor há cinco dias e ter chegado expressando sua urgência influenciou na forma de ser atendido? Na sua Unidade, como agiria o profissional que estivesse no lugar de Márcia frente à queixa, diante da solicitação e da irritação apresentada pelo usuário? Como ele se comportaria e qual o encaminhamento que ele faria? Você percebeu que a abordagem feita por Márcia demonstra o reconhecimento do usuário como sujeito ativo no processo de produção de saúde?

Acolhimento e os princípios do SUS

Não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem lembrar princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental.

O *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Estamos falando de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia. Para tanto, ele ouve com atenção, admite o saber do outro em seu mundo de saberes acadêmicos, leva em consideração o que o outro expressa, qualquer que seja o modo de comunicação. É assim que todos nós gostamos de ser atendidos em qualquer serviço: gostamos de ser acolhidos!

Podemos dizer, portanto, que desde o início deste Módulo estamos falando de um acolhimento cotidiano, nas relações pedagógicas estabelecidas entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde. Veja este fragmento da Seção 1, Parte 2:

Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve ser **respeitado, acolhido, visto e atendido** de forma **integral**, numa relação que gera **vínculos** institucionais e emocionais. Isto vale para abordagens coletivas e individuais (no **consultório** ou no **gabinete odontológico**, na **recepção**, no **local de espera**, na **sala de vacina**, na **sala de procedimentos**, na **garagem** da ambulância que também é “sala” de espera e outros – que você sabe bem quais são!).

Esta é uma das dimensões do acolhimento, do nosso ponto de vista, a mais importante: o ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível. Cuidar pressupõe um encontro afetivo – com laços de humanidade – e efetivo – do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de saúde do usuário. É uma dimensão comportamental que deve ser mobilizadora de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde para uma atenção focada no usuário.

Algumas vezes você pondera que também quer ser acolhido pelo usuário? Tudo bem, isso é o que todos queremos, a todo o momento: viver relações acolhedoras. Contudo, como agente do processo de trabalho em saúde, o que deve distinguir a sua postura da postura daquele que você assiste – e que muitas vezes não acolhe você – é a essência da prática profissional que escolheu, é o “cuidar como ofício.” Talvez seja a construção dessa concepção que nos permite entender a proposta de **humanização dos serviços de saúde** como política nacional que propõe humanizar o que é humano. É um aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde. É preciso construir vínculos com a comunidade para que você também seja acolhido. É essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo significa “a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo” (FRANCO *et al.*, 1999). Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como “tecnologia do encontro,” que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006b).

Mas é preciso, também, (re)construir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na Unidade; arguir as condições de trabalho; dignificar os espaços físicos de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no nosso cotidiano.



Para saber mais sobre a Política Nacional de Humanização

“Como política, a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da

produção de saúde e a da produção de sujeitos.”

Acesse: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf>.

O acolhimento deve **garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde**, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como diretriz operacional.

Em uma sociedade impregnada pela lógica do modelo biomédico, os profissionais da atenção básica enfrentam o desafio de priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e, ao mesmo tempo, garantir o direito que todos têm de serem atendidos. Ou seja, a partir de um diagnóstico situacional, você deve ter identificado vários problemas individuais e coletivos e planejado intervenções, junto com sua equipe. Para muitas dessas intervenções, vocês pensaram alternativas de abordagem, tais como: consultas agendadas, grupos operativos, visitas domiciliares, reuniões informativas, oficinas educativas, atendimento a pacientes que requerem cuidados especiais, atendimento em comunidades rurais, criação de redes de solidariedade, desenvolvimento de atividades integradas com as escolas, construção de outras parcerias intersetoriais etc. O que fazer? Como ter tempo para executar a programação, planejada a partir do diagnóstico situacional, e garantir o atendimento sem agendamento (denominado demanda espontânea para alguns e atendimento a agudos por outros)?

É na busca de resposta a esse desafio que o acolhimento se aplica à possibilidade de garantir atendimento aos usuários que vão aos serviços de saúde sem constarem nas agendas e contribuir com a viabilização das ações programáticas. Ou seja, entre tantas barreiras que, infelizmente, ainda vão continuar existindo, impostas pelas condições socioeconômicas e geográficas, o acolhimento possibilita a intervenção naquelas sobre as quais você e sua equipe têm governabilidade para intervir. Organizar a atenção a essa demanda gera repercussões importantes, desde a possibilidade de evitar o risco potencial da automedicação, passando pela redução do deslocamento desnecessário a outra localidade, até a redução da procura desnecessária por níveis de atenção de maior complexidade.

Todavia, o acolhimento não pode se restringir apenas a uma “saída” para organizar a demanda espontânea, que continuará acontecendo, mesmo depois de termos conseguido fazer a transposição do modelo assistencial vigente, que tem como foco a doença. **O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento.** É reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta. “O enunciado desta

resposta pode ser sim ou não, agora ou depois, aqui ou noutro lugar, comigo ou com outra pessoa – contudo, seja qual for, só opera como acolhimento se parte de uma afirmação, logicamente anterior a qualquer pergunta” (BELO HORIZONTE, 2003).

Atente para isso...

Estar disponível para escutar pressupõe alguns requisitos “técnicos”; além do seu real interesse de acolher de forma cuidadosa, preocupando-se com a enfermidade ou o sentimento de enfermidade do usuário. Algumas dicas:

- Tente **compreender exatamente** o que o outro pretende comunicar-lhe.
- Coloque-se em frente à pessoa que está falando e olhe para ela, **de preferência olhe nos seus olhos**.
- **Ouça sem interromper, mesmo quando estiver em desacordo**. Dê ao outro a oportunidade de expressar-se até o fim.
- **Enquanto ouve, não se distraia** com sons, acontecimentos do ambiente ou conversas paralelas.
- **Não prepare a resposta enquanto o outro fala**. Se assim você fizer, não compreenderá o que ele tem a dizer e, conseqüentemente, sua resposta pode ser inadequada.
- **Antes** de dar sua opinião, **certifique-se de que compreendeu**. Você pode fazer isto repetindo o que ouviu para que o outro confirme ou não.
- **Não antecipe o que o outro vai dizer**. A pessoa sente-se desrespeitada e desvalorizada.
- Tome cuidado para **que suas preocupações e preconceitos não integrem sua fala** e mudem o sentido do que você gostaria de dizer.
- Cuidado para **não selecionar o que ouve**, isto é, ouvir só o que lhe convém.
- Quando estiver ouvindo, **distinga fatos de opiniões e impressões**.

Autor desconhecido

Como qualquer outro espaço destinado ao diálogo entre um profissional de saúde e o usuário, o atendimento à demanda espontânea deve ser feito em local que preserve a privacidade desse diálogo. Você tem que estar atento para o fato de que ele foi à Unidade fazer uma consulta sobre um problema que o aflige. O primeiro passo para demonstrar o interesse em escutá-lo é ter um espaço reservado especificamente para isso. Obviamente, se a demanda é por informação, esclarecimento ou outras questões similares, quem o recebe na recepção da Unidade pode responder adequadamente, com interesse e atenção, de forma acolhedora. Entretanto, mesmo nessas situações, caso quem o recebe venha a perceber que há necessidade de uma resposta mais qualificada, deve encaminhá-lo ao profissional que estiver respondendo pelo acolhimento naquele momento.

Em síntese...

“É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e

resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros)...” (BRASIL, 2006b).

Atividade 7

Leia o texto “Acolhimento nas práticas de produção de saúde”, produzido por grupo técnico do Ministério da Saúde em 2006, que se encontra na Plataforma do curso.

Realizaremos um fórum para discuti-lo.



Parte 2

O trabalho com grupos

El contacto con los pacientes, el intento de establecer con ellos un vínculo terapéutico, confirmó lo que de alguna manera había intuido; que tras toda conducta “desviada” subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio.

PICHON-RIVIÈRE, 1971.

Uma longa tradição tem marcado a utilização de trabalho com grupos na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à saúde somática. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA), por exemplo, está contida a indicação de que o enfermeiro deve realizar atendimento grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia que favorece a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). Em relação às atribuições do médico, ainda que não cite os grupos como exemplo, há uma indicação de que ele programe, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente. No referido Plano, não há atribuições específicas para o cirurgião-dentista, mas ele é citado como membro da equipe interprofissional, considerada essencial para o controle da hipertensão e do diabetes *mellitus* (BRASIL, 2001).

Provavelmente, o trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. É possível, até, que alguns usuários participem em mais de um dos grupos formados na Unidade, considerando que, geralmente, eles têm como um dos critérios

organizadores um agravo à saúde, como diabetes e hipertensão, ou uma situação específica, como gestação ou adolescência.

Discutir esse fazer é fundamental quando nos propomos a refletir sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. É possível que sua equipe considere um desafio manter um grupo funcionando, tanto do ponto de vista quantitativo (frequência dos membros, por exemplo), quanto qualitativo (participação efetiva e resultados).

Com a Equipe de Saúde da Família de Vila Formosa, podemos reconhecer um pouco dessa situação. Analisemos parte de uma reunião dessa equipe:

Cena 2: Reunião da Equipe Verde.

Cenário: Equipe reunida no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro, pessoas sentadas em bancos e cadeiras, uma pessoa sentada à frente de uma mesa, com um caderno.

Renata: Vamos começar a reunião? Hoje, também, a Aline deve chegar mais tarde, pois tem reunião da Associação, e José Ribeiro está em férias. Mariana, você pode ler a ata para nós?

Mariana: Acho que desta vez ficou mais fácil fazer a ata. Será que é porque estamos melhorando nosso processo de trabalho? Tomara que sim!

Após a leitura da ata...

Renata: Cláudia vai fazer a ata da reunião de hoje. Obrigada. O primeiro assunto da reunião é o grupo de hipertensos.

Pedro Henrique: Precisamos discutir, mesmo, porque está muito esvaziado. Ontem fiz a reunião com três pessoas. E eram diferentes daquelas que vieram na semana passada. E, pior, estavam com a pressão lá em cima.

José Antônio: Deve ser por isso que vieram: para você mandá-los consultar com a Renata.

Pedro Henrique: Estou sentindo que o grupo não está evoluindo. Acho que não conseguimos sair da fase de pré-tarefa. Às vezes eu acho que não conseguimos nem estabelecer a finalidade do grupo.

José Antônio: Mas a finalidade não é o controle da pressão? Eles sabem que o grupo é para isso. Só que eles vêm por outros interesses...

Renata: Todos nós temos interesses, desejos, outras intenções além daqueles que explicitamos. No trabalho com grupo, temos que saber lidar com isso.

Marco Antônio: Pedro Henrique questionou a finalidade, Renata falou de segundas intenções. Que complicação é essa? Não juntamos os hipertensos para falar de hipertensão e como aquela gordurinha e o sal que eles comem todo dia prejudicam?

Renata: Muitas vezes a prática é essa que você descreveu, Marco Antônio. Os grupos são utilizados de forma inadequada pelos profissionais e pelos usuários, como se fosse uma troca de favores: eles nos suportam repetindo sempre as mesmas coisas e nós trocamos a receita ou possibilitamos acesso ao médico. A mudança de comportamento desejada não ocorre a partir da imposição de normas, em uma relação pedagógica de simples condicionamento. Essa relação foi abordada no curso de especialização que estamos fazendo.

Pedro Henrique: Aqui nós trabalhamos com grupos, tendo como base o conceito de grupo operativo e a teoria do autocuidado; não é tão simples como a gente pensa, Marco Antônio. É preciso desenvolver algumas habilidades para ser um bom coordenador de grupo operativo.

Marco Antônio: Grupo operativo? Fale para nós sobre isso!



Atividade 8

Na atividade 6, você analisou uma reunião de grupo na perspectiva da concepção pedagógica adotada pelo coordenador do grupo. Nesta atividade, você deve participar de uma ou mais reuniões de um grupo, como observador, e **analisar o seu funcionamento à luz dos conceitos e comentários que faremos sobre as bases teóricas do trabalho com grupos**. Não se esqueça de solicitar a permissão do grupo para a sua participação.

Sugerimos que **elabore um formulário** que possibilite registrar: identificação do grupo, finalidade ou objetivo do grupo, dinâmica ou metodologia adotada pelo coordenador, comportamento e expressão verbal e não-verbal de cada participante, temas que emergem do grupo, conflitos porventura existentes. À medida que for progredindo no estudo do conteúdo que abordaremos, modifique o formulário, se necessário.

Para refletir...

Considerando que o grupo é um espaço importante para ações educativas em saúde, no qual o profissional quer que ocorra aprendizado, na sua Unidade, os coordenadores de grupos veem os usuários como sujeitos com capacidade para se apropriarem do saber produzido historicamente e para construírem sua própria humanidade histórico-social?

Grupos operativos – abordagem teórica

Encontramos na prática e na literatura várias nomenclaturas para designar o trabalho com grupos: grupo temático, grupo de intervenção, oficina de dinâmica de grupos, grupo de encontro/vivencial, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, grupo terapêutico, entre outros. Importante ressaltar que não é só uma questão de nomenclatura; há modalidades e referenciais teóricos diferentes. Algumas são subcategorias de outras.

Considerando os objetivos deste Módulo, pontuamos duas vertentes amplas: grupos socioeducativos e grupos psicoeducativos. Ambos são organizados tendo como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Enquanto o grupo socioeducativo está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença, o psicoeducativo remete aos processos psíquicos. Zimerman (2007) classifica os grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos. Divide, ainda, os grupos operativos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

Podemos afirmar que há tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como **grupo operativo**.

Isso acaba por reforçar alguns equívocos teórico-técnicos, pois o termo grupo operativo não se refere apenas a uma técnica específica ou a um tipo de grupo. O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Essa abordagem teórica tem sido muito utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas.

Para Pichon-Rivière, o **grupo operativo** cumpre uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. Ele definiu “grupo” como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

O grupo se une em torno de uma “tarefa” que é compreendida no nível consciente, mas que também traduz uma dimensão afetiva existente no seu inconsciente. Assim, um nível de funcionamento do grupo é lógico e relacionado à tarefa e outro está envolvido com as suas emoções e com sua dinâmica psíquica, seus medos, suas fantasias, seus desejos etc. Os objetivos conscientes do grupo delimitam a sua *tarefa externa*. Mas, ele também tem uma tarefa interna, que é trabalhar com os processos que dificultam ou mesmo impedem a realização da tarefa externa e até mesmo o funcionamento do grupo – em níveis consciente e inconsciente (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

A **pré-tarefa** é o momento em que predominam mecanismos de dissociação, com finalidade de defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, dificuldades de tolerância, frustração e postergação. Todo grupo, ao formular os seus objetivos, se propõe a uma mudança ou realização. Mas, também, apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança. Diante da possibilidade dela ocorrer, deixa evidentes os medos básicos de perda e de ataque, isto é, o medo de perder o que já tem – inclusive a própria identidade – e que se manifesta por ansiedade. Por outro lado, há o medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranoica ou persecutória. Tal resistência à mudança provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação intragrupo (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Para refletir...

Sua equipe tem consciência desses momentos do processo de trabalho com grupos? Há uma reflexão sobre a *tarefa interna* dos membros do grupo e os diversos comportamentos e as reações de cada um? Como lidam com esses comportamentos e reações? A reduzida adesão a abordagens que traduzem mudança de comportamento dos portadores de doenças crônicas (e de promoção da saúde) pode estar relacionada à inabilidade da maioria dos profissionais da Equipe de Saúde da Família de trabalhar com grupos?

A **tarefa** é o momento em que se rompe a estereotipia, e os sentimentos que surgem no momento da pré-tarefa são elaborados, avançando na consecução de seu objetivo. A execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados a conceitos preestabelecidos que devem ser desconstruídos e reconstruídos. Para o grupo, significa trabalhar sobre o objeto-objetivo (tarefa externa/explicita) e sobre si (tarefa interna/implícita). Nesse momento, alcança-se mais operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas ou novas tarefas. O grupo está em tarefa implícita quando se dedica a elaborar as ansiedades e contradições que emergem no transcorrer do processo grupal.

No momento do **projeto**, uma vez alcançado um nível de **operatividade**, o grupo pode se planejar (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000; PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989). Assim, a **operatividade** está relacionada com o processo de mudança, da operação de transformação da realidade.

Esses momentos do grupo (**pré-tarefa, tarefa e projeto**) não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Isso quer dizer estar continuamente se reorganizando e se recriando. É o que acontece quando o sujeito está exercitando a mudança de hábitos. Ou seja, processa a revisão – em um sentido imaginário, a destruição – de seus ideais para que possa reconstruí-los, procurando a realização da tarefa. Pichon-Rivière enfatiza, então, uma “recriação do objeto destruído”; isto é, a recuperação de uma imagem do grupo e dos seus objetivos, mas sempre de forma renovada (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Papéis desempenhados em um grupo operativo

Cada um dos participantes de um grupo constrói seu papel em relação aos outros, resultando a atuação característica de cada membro do grupo. Os papéis sociais constituintes de um grupo em tarefa podem ser classificados em duas categorias: informais e formais.

Em relação aos **papéis formais**, a teoria de grupo operativo propõe dois: o de coordenador e o de observador da dinâmica grupal. O **coordenador** deve contribuir para que o grupo foque sua operação e realize sua tarefa interna reflexiva, por meio de intervenções interpretativas, para atingir

a condição de desenvolver sua tarefa externa. A explicitação e interpretação dos fatores implícitos que emergem no desenvolvimento do grupo permitem aos membros tomar consciência e enfrentar obstáculos que, se permanecerem inconscientes, continuarão a interferir na realização da tarefa externa (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989:137).

Cabe ao coordenador manter o grupo centrado na tarefa e favorecer a fala de todos, estimulando a expressão dos sentimentos, assim como a comunicação entre os membros do grupo e com ele; estar atento à necessidade de reforço à autoimagem e à autoestima; fornecer as informações necessárias e adequadas – as informações devem ser aquelas que o grupo explicita como necessárias. O coordenador deve, ainda, ser um facilitador da interação entre os membros do grupo e ser capaz de lidar com os vários papéis que os membros do grupo interpretam.

Os desempenhos em **papéis informais** emergem espontaneamente no cotidiano das atividades de um grupo. Pichon-Rivière descreveu quatro modalidades desses papéis: líder, porta-voz, “bode expiatório”, sabotador.

Sinteticamente, o líder é geralmente aquele que favorece o trabalho do grupo, estimula ou sugere o desenvolvimento de suas atividades; o coordenador deve aproveitar a capacidade do líder espontâneo que emerge do grupo para auxiliá-lo em seu papel de coordenador. O porta-voz expressa os conteúdos latentes da grupalidade – ansiedades, conflitos, busca de autonomia etc.; manifesta o que Pichon-Rivière denominou **verticalidade** – o indivíduo e sua história de vida – e a **horizontalidade** – o aqui e agora do processo grupal. O “bode expiatório” personifica os aspectos difíceis ou amedrontadores da vivência do grupo. Aquele que dificulta ou que obstrui as propostas no processo grupal é o sabotador. Todos esses papéis podem ser expressos de diversas maneiras (ação, palavras ou silêncio).

Ao assumir a coordenação de um grupo, você poderá conduzi-lo melhor se puder interligar, por exemplo, dificuldades diante da tarefa externa (digamos, a necessidade de mudar os hábitos sedentários dos componentes do grupo) e ansiedades e conflitos que essa tarefa provoca (por exemplo, o medo de ser estigmatizado na família ou por amigos). Assim, a troca de experiências entre eles pode ser esclarecedora e motivadora para a mudança necessária. Você deve estar atento ao esquema referencial estruturado por cada membro, a cada momento, facilitando a participação e a decisão de todos. É importante compreender que o coordenador não é o psicanalista, mas também não é um simples coordenador de grupos de estudo ou de discussão. Deve, ele mesmo, ser operativo.

Na proposta de grupo operativo há um **observador não-participante**. Sua função é registrar todas as expressões verbais e não-verbais para retroalimentar a coordenação. Logo após a reunião do grupo, coordenador e observador devem analisar as anotações do observador e planejar as próximas atividades do grupo.

Considerando a importância do trabalho multidisciplinar na abordagem aos usuários, podem ser criadas outras funções como, por exemplo, orientador de atividades específicas ou especializadas.

De forma bastante sintética, procuramos mostrar que não é “tão simples” trabalhar com grupos operativos, mas também não é impossível. A partir do que foi apresentado, você deve ter percebido que o trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico e que quando falamos em “grupo operativo” temos que reportar aos conceitos preconizados por Pichon-Rivière. Portanto, reforçamos a ideia de que os profissionais de saúde devem apropriar-se das referências aqui apresentadas para desempenhar de forma mais adequada o papel de coordenadores de grupos.

Em todas as modalidades, podemos ter limitações técnicas, mas a forma de abordagem e a postura do coordenador são decisivas para que o grupo atinja a sua finalidade. Antes de tudo, porém, reafirmamos o que discutimos nos Módulos anteriores: a compreensão do processo de trabalho e o planejamento sistematizado de todas as nossas ações são decisivos.

De qualquer forma, acreditamos que outras modalidades de trabalho com grupos podem ser utilizadas com o mesmo objetivo: promover a saúde do indivíduo. Ou seja, qualquer grupo de usuários, quando bem planejado, possibilita mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades, facilita trocas e aprendizado pessoal, permitindo ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas (ALMEIDA, 2006; MUNARI, 1995; MUNARI; RODRIGUES, 2003; YALON, 1975). Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade.

As Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial (Equipes Matriciais), implantadas em alguns municípios brasileiros, podem vir a ser um importante dispositivo para alavancar uma prática mais efetiva do trabalho com grupos, agregando o apoio de outros profissionais.

Atividade 9



Leia o texto complementar sobre Grupo Operativo que se encontra na Biblioteca Virtual ou no portfólio do curso. A seguir, **faça um texto** relatando a(s) reunião(ões) de um grupo que você acompanhou como observador. Descreva sua **análise do funcionamento do grupo à luz do conteúdo sobre grupo operativo**: finalidade ou tarefa externa/explicita, dinâmica ou metodologia adotada pelo coordenador para abordagem da tarefa interna, comportamento e expressão verbal e não-verbal de cada participante – caracterizando os papéis informais, temas, possíveis conflitos e tensões que emergiram do grupo e como foram elaborados.

Envie para seu tutor, além de arquivá-lo em seu portfólio impresso.

Algumas dicas úteis

“Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. O tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva e a conceitual. (...) além de ter os objetivos claramente definidos, o

grupo deve levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local certo das reuniões), do tempo (horários, tempo de duração das reuniões, plano de férias etc.) e a combinação de regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa. Cabe uma analogia com a relação que existe entre as peças separadas de um quebra-cabeça e deste com o todo a ser armado” (ZIMERMAN, 2007).

Parte 3

Visita domiciliar

Nesta parte, pretendemos abordar a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

Visita domiciliar ou visita domiciliária

O vocábulo exato para designar este procedimento é visita domiciliária. Segundo Ferreira (1986), domiciliar é um verbo transitivo direto. Significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária (EGRY; FONSECA, 2000). Contudo, considerando o uso corrente em atenção básica e documentos oficiais do Ministério da Saúde, vamos adotar, neste curso, a denominação visita domiciliar (VD).

A VD foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse Programa foi criado em 1991, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, buscou-se uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e com menos acesso aos serviços de saúde. Antes de ser um programa nacional proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde, o estado do Ceará acumulou experiência com sua implementação, conseguindo significativo declínio em mortalidade infantil (VIANA, 2005).

Portanto, adotado como política pública na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário

de Saúde (ACS) no cenário da saúde e reintroduziu a VD, utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, entre outros.

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos que discutiremos a seguir, a possibilidade de conhecer a realidade do território.

Conforme ressaltado no Módulo 2,

no território, ao longo do tempo, por meio das relações que se estabelecem entre pessoas e grupos de pessoas, foram sendo construídos valores e hábitos cujos reflexos sobre o cuidado com o corpo e com a saúde se traduzem na importância atribuída a cada gesto, a cada problema, a cada demanda. Conhecer o território implica, também, conhecer o quadro sanitário. Ou seja, as condições e a qualidade de vida das pessoas, como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras (FARIA *et al.*, 2008:31).

AVD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o **antes** e o **depois da visita**, a partir de um **plano de ação consistente**.

Considerando, ainda, que a atenção básica bem estruturada pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários.

Não se esqueça que

“AVD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isto é necessário estabelecer confiança entre os membros da Equipe de Saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. Ela serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais efetivos forem o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o seu reconhecimento como profissional” (TULLIO *et al.*, 2000:74). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749>>.

Além de seu papel de tecnologia, que possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem, e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário registrar, também, o seu potencial para mudanças na relação profissional de saúde-usuário. A VD coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. No domicílio, a relação profissional-usuário tende a se tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do usuário-sujeito em um espaço que é de seu domínio – o seu lar.

AVD é fundamental, também, para a aproximação com o “não-usuário”, ou seja, aquele que não tem condições físicas para ir até a Unidade de Saúde. Neste caso, a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Na Estratégia de Saúde da Família, várias são as finalidades das VDs, tais como:

- realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias;
- avaliar as demandas exigidas por uma família, bem como o ambiente onde vivem e a dinâmica familiar, visando um diagnóstico da saúde da família e da comunidade, com avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades, individuais e coletivas;
- manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações, acompanhamento e intervenções;
- identificar as possibilidades de articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade para construção de redes de apoio e solidariedade e de trabalho intersetorial;

- complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo, bem como adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do usuário-família;
- planejar e prestar cuidados no domicílio ou orientar membro(s) da família para a prestação de cuidados e supervisão dos cuidados delegados, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto econômico, social ou psicológico;
- observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações;
- levantar dados que subsidiem intervenções no processo saúde-doença e o planejamento de ações visando a promoção da saúde e prevenção de doenças em ações no coletivo;
- realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos.

Para quaisquer dessas finalidades, podem ocorrer uma ou mais visitas, realizadas por um ou mais profissionais da ESF. Contudo, é preciso que haja planejamento (da etapa de diagnóstico à de avaliação), para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo. Realizada aleatoriamente, para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias, sem resolutividade – passa a ser um contrassenso.

A visita domiciliar e o profissional que a realiza

Vamos primeiro abordar a visita domiciliar feita pelo profissional que a considera como a essência de seu trabalho: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).



Atividade 10

Assista ao vídeo *Visita domiciliar* junto com os ACSs de sua Unidade Básica e estimule-os a comentá-lo e estabelecer comparações entre as práticas realizadas uma por uma e aquelas apresentadas no vídeo. **Identifique:** qual o significado da VD para os ACSs e quais as finalidades que eles conseguem identificar nas VDs que realizam? Como as famílias os recebem e quais estratégias eles utilizam para entrar no domicílio?

Registre o relatório dessa sessão de vídeo em seu portfólio impresso e on-line.

Como membro da ESF, o ACS é o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e a VD é a sua ação prioritária. Assim, considerando que o exercício das atividades de ACS “dar-se-à exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, Lei 11.350/2006), conclui-se que a VD é uma das tecnologias que caracteriza o modelo proposto. Considerando, ainda, a atuação em um território definido como outra característica do modelo e o potencial da VD para compreendê-lo em sua amplitude e profundidade de relações individuais e coletivas, a VD deve ser um instrumento imprescindível para o planejamento e a organização do processo de trabalho da UBS.

Conforme pré-requisito para cadastramento de uma equipe no Ministério da Saúde, estabelecido na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, uma Equipe de Saúde da Família deve ter “número de ACSs suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACSs por equipe”, distribuídos em microáreas. Considerando que a mesma Portaria contém a recomendação de que cada equipe fique responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, é possível estabelecer uma relação quantitativamente menor de habitantes por ACS (menos de 750), contemplando situações específicas, principalmente no meio rural, onde a dispersão geográfica das famílias costuma ser significativa.

Essa adequação é fundamental para que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família por mês, uma vez que todas as suas atividades, direta ou indiretamente, estão relacionadas com o uso dessa tecnologia. Quando necessário, uma família deve ser visitada mais de uma vez em um mês, conforme planejamento da equipe. As atribuições do ACS estão

estabelecidas, também, na Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>>.

Atribuições específicas do ACS - Portaria nº 648/GM/MS

Além das atribuições comuns a todos os profissionais, são atribuições mínimas do agente comunitário de saúde, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais:

- I. desenvolver ações que busquem a integração entre a Equipe de Saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III. estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V. orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI. desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII. cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: é permitido ao ACS desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL/MS, 2006). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20648.pdf>>.

Pesquisa realizada em capital do sul do país evidenciou que a principal atividade realizada pelos ACSs naquele município é a visita domiciliar, seguida da educação em saúde. Entre as atividades educativas, prevalecem aquelas relacionadas à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; e ao uso correto das medicações. Registraram-se, também, ações como o acompanhamento a idosos,

crianças, gestantes, puérperas, grupos de risco e a busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas (FERRAZ; AERTS, 2005). Com a vivência que temos em alguns municípios mineiros, arriscamos afirmar que esta deve ser a realidade dos ACSs da maioria das Equipes de Saúde da Família, sendo as ações realizadas por meio da visita domiciliar.

Atividade complementar

Compare as atividades evidenciadas na pesquisa citada, com aquelas que os ACSs relacionaram na Atividade 10. Analise as similaridades e as diferenças e reflita sobre elas.

A visita domiciliar e os demais profissionais da ESF

Para os demais profissionais da equipe, a VD deve ser incorporada ao processo de trabalho cotidiano a partir de dois aspectos: uso direto e uso indireto. Vamos analisar o comportamento de membros da Equipe Verde de Vila Formosa 1 em relação à VD relatada a seguir, na perspectiva de identificar esses dois ângulos.

Cena 1: Reunião das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal para avaliar o desenvolvimento de sua programação e planejar o mês seguinte, em uma tarde chuvosa do mês de novembro.

Cenário: Equipe no Centro Paroquial da Vila Formosa, com seus membros sentados em bancos e cadeiras, formando um círculo.

Aline: Dona Isabel, esposa de José Alcides, dono da vendinha de minha comunidade, voltou do hospital na segunda-feira. Como planejado, fui vê-la ontem e achei-a muito magrinha, e a ferida da cirurgia que ela fez não está legal: está muito vermelha e irritada, parece que infeccionou. Avisei que um de vocês vai lá.

Pedro Henrique: Ela está de cama ou já está andando? Quem está cuidando dela?

Aline: O seu José é uma vizinha, Dona Ester. O dia em que eu fui lá ela estava mais na cama porque estava com muita dor. Falei com ela que era preciso sair da cama e andar mais, para não complicar.

Renata: Pedro, segunda-feira temos agenda disponível para visitas. Vamos juntos e avaliamos o quadro clínico e as condições que têm para os cuidados necessários. Você faz o plano de cuidados e, se tiver infecção e ainda estiver com dor, prescrevo o que for adequado. Antes de sairmos, olharemos os dados da família para planejarmos a visita.

Pedro Henrique: Joana, você podia ir junto, pois, se precisar de curativos posteriores você já fica orientada sobre como fazê-los. Aline, qual o horário melhor para encontrarmos o seu José e a Dona Ester? Ah! Não deixe de nos passar a ficha com as informações sobre a visita que você fez!

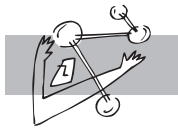
Nesse exemplo, podemos verificar os dois aspectos mencionados: a análise dos dados coletados pelo ACS (uso indireto) e o planejamento de visita domiciliar a ser realizada diretamente por outros profissionais da equipe, neste caso, a médica, o enfermeiro e a auxiliar de enfermagem (uso direto).

Além da exemplificação, o fragmento da reunião da Equipe Verde traz alguns outros elementos para análise: o planejamento da VD, que inclui ações a serem realizadas antes, durante e depois de sua realização, e o seu registro.

A equipe deve estabelecer uma ficha-roteiro que facilite o registro das visitas domiciliares. Assim como temos uma ficha para o cadastramento da família, que deve ser preenchida na primeira visita a cada família do território, também as visitas subsequentes devem ser sistematicamente registradas. Considerando que a observação é um fator essencial na VD, detalhes importantes podem ser perdidos se confiarmos apenas em nossa memória, tanto durante a visita quanto no repasse das informações para os demais membros da equipe. Uma ficha objetiva, mas que considere as finalidades mais comuns de uma VD, deve ser elaborada pela equipe e utilizada por todos. Contudo, a utilização de uma ficha de registro não deve transformar ou anular a interatividade da comunicação, não deve ser um interrogatório.

Dependendo do perfil da equipe e das especificidades do processo de trabalho, pode ser instituída uma ficha para registro das VDs realizadas pelos ACSs, com foco em suas atribuições, e outra para os demais profissionais. Em ambas, é importante incluir aspectos relacionados à saúde física, saúde bucal, saúde mental e aspectos ambientais. Também é importante que a ficha contenha a identificação da família e do membro da família que motivou a VD e espaço para observações a serem feitas antes da visita, que podem contribuir para o êxito da mesma (resultado de algum exame, valores de sinais vitais anteriores e outros dados relevantes).

O genograma (que detalha a estrutura e o histórico familiar) e o ecomapa (diagrama das relações entre a família e a comunidade) são instrumentos que podem ser utilizados para a coleta de dados que ajudam a compreender a família e as relações intra e extrafamiliar. No Módulo *A família como foco da Atenção Básica à Saúde*, será abordado o genograma como uma ferramenta que tem sido utilizada para melhor compreender e visualizar a família, suas configurações, relações e seus eventos.



Atividade 11

Arquive em seu portfólio impresso o(s) formulário(s) que sua equipe utiliza para registro das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs e demais membros da equipe, excetuando-se as fichas padronizadas pelo Ministério da Saúde. **Caso sua Unidade não tenha um formulário próprio, elabore um.**

Não há uma norma específica para as visitas que devem ser realizadas pelos demais profissionais da EPS, ou seja, quantas devem ser feitas e qual profissional deve fazer. É preciso que a equipe esteja atenta às demandas e às necessidades dos membros da comunidade e faça uma escuta qualificada das informações fornecidas pelos ACSs. Para tanto, é preciso estabelecer momentos formais e sistematizados em que essas informações possam ser discutidas, encaminhadas, e as visitas programadas. Como no caso relatado, em que a médica e o enfermeiro puderam sair da Unidade juntos, o que não é comum.

Considerando que a saúde bucal ainda não é um valor incorporado na cultura nacional, é importante que a Equipe de Saúde Bucal participe desses momentos, construindo um olhar de totalidade, de visão multidimensional do todo (homem e sociedade). A reconstrução social do conceito de saúde precisa ocorrer intraequipe, com participação ativa do ACS, para que a comunidade perceba, em todos os seus membros, uma forma diferente de fazer assistência à saúde e assimile novos conceitos. O respeito ao domicílio e todos os aspectos éticos que envolvem a abordagem a seres humanos devem caracterizar o comportamento da equipe.

Parte 4

Consulta

(...) é preciso que ambos desejem se respeitar mutuamente e colaborar com o outro para o sucesso do tratamento, cujo andamento deverá ser negociado conjuntamente a cada momento crucial, e as decisões que somente o terapeuta poderá tomar deverão ser comunicadas e, neste sentido, compartilhadas com aquele que se submeterá à ação. Afinal, o que está em jogo não é uma saúde ideal, objeto de uma fantasia científica, mas a saúde singular do indivíduo singular que está ali sendo tratado.

MARTINS, 2004:29.

Enfim, nossa conhecida de muitos anos, com séculos de idade, nasceu com a própria medicina: a **consulta**! Aquela que Sérgio foi fazer ao médico e acabou fazendo ao enfermeiro.

Do ponto de vista de dicionários da língua portuguesa, é uma palavra substantiva feminina que significa ação de consultar, de pedir uma opinião ou conselho; do ponto de vista da medicina, é um procedimento que, por muito tempo em sua história, foi quase o único recurso terapêutico utilizado.

Acrescentamos que, também por muito tempo, na área de saúde, foi considerada instrumento de trabalho exclusivo do profissional médico. Deixou de ser, e o será cada vez menos, com o avanço do reconhecimento da necessidade de múltiplos olhares e saberes frente à **complexidade do viver e do processo saúde-doença**.

Nesta curta conversa, queremos realçar o seu valor ou significado potencial de encontro entre o usuário e o profissional de saúde. Contudo, para melhor contextualização da nossa proposta da consulta como tecnologia de abordagem ao indivíduo na atenção básica, é essencial que nos reportemos à discussão que foi feita sobre o modelo, no Módulo 2. Ou seja, é preciso que você tenha compreendido que na área de saúde ainda é muito forte

o paradigma científico, sintetizado por uma visão cartesiana, biológica e reducionista do ser humano. Essas visões estão impregnadas na sociedade e se manifestam tanto na forma como nós, profissionais, atuamos, quanto nas ações dos demais membros de uma comunidade. “O sintoma deixa de ser representado como sinal ou tentativa de solução de conflito para tornar-se sinônimo de doença. Dessa maneira, tudo parece indicar uma confusão entre sinal e sintoma, sintoma e signo, signo e significado, significado e significante” (MELO; BRANT, 2005:3).

Predomina a lógica que considera que, atuando sobre o corpo doente, por meio da clínica, o médico é capaz de dar conta da singularidade do sujeito (FOUCAULT, 1980) e, ainda, com forte medicalização. Consequentemente, ao se sentir doente, o usuário procura a opinião do profissional de saúde que ele sabe que tem mais conhecimento sobre doenças e autonomia para solicitar exames, prescrever medicamentos e encaminhá-lo a outros níveis do sistema, na maioria das vezes. Prevalece o famoso modelo cartesiano que concebe o corpo como uma máquina, que precisa ser consertada caso dê algum defeito; mecanicista, portanto.

Nesse contexto, não só o potencial de intervenção dos demais profissionais, e do próprio médico, quanto outras abordagens ou alternativas – inclusive as que discutimos anteriormente – ainda são pouco valorizadas. A visão reducionista do ser ainda responde por grande parte da nossa dificuldade – profissionais e usuários – de fazer a passagem de uma rotina de trabalho com indivíduos diagnosticados como doentes para uma prática que considere as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância da saúde, os ambientes saudáveis e a promoção da saúde.

Conforme dados do Ministério da Saúde (MS), “observa-se tendência a aumento do número médio de consultas médicas por habitante apresentadas no SUS”. Em 2005, houve leve queda apenas nas regiões Nordeste e Sul. No período, a região Norte apresentou o mais alto percentual de crescimento (53,8%). Ainda de acordo com o MS, “essa tendência pode refletir aumento da produtividade e da oferta de serviços, além de melhoria do registro de informações” (RIPSA, 2008). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2006/indicadores.pdf>>.

Mesmo que essa tendência não se confirme, é certo que, no cotidiano, a maioria das equipes encontra dificuldade em compatibilizar as ações programáticas com a demanda espontânea, pois a consulta médica continua sendo um forte componente do atual modelo assistencial. Nesse sentido, a **análise da demanda por consultas médicas** em sua Unidade sem dúvida poderá instrumentalizar sua equipe para melhor organizar o

processo de trabalho, dando especial atenção aos grupos que porventura apresentem superutilização. No entanto, não faça uma análise apenas estatística, ou seja, **dê nome e vida aos números**. Procure entender **qualitativamente** essa procura por uma consulta.

Para reforçar a importância de pensarmos a consulta como um instrumento que deve contribuir com a mudança do modelo, vamos partir de duas premissas básicas:

- todos devem ter acesso ao serviço de saúde para explicitar sua consulta – programada ou espontânea, ao médico, ao enfermeiro ou ao cirurgião-dentista (em se tratando da Equipe Básica de Saúde da Família e Saúde Bucal);
- as possibilidades de consulta habitualmente oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde – clínica médica, odontológica, puericultura, pré-natal, preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama, acolhimento de demanda espontânea – tornam a consulta o encontro entre profissionais e usuários de maior ocorrência.

Enfatizar a importância da relação profissional-usuário (RPU) passa, portanto, a ser uma estratégia para a superação desse possível desencontro da atenção básica com a sua essência.

Aspectos do encontro que se dá na consulta

Talvez por ser tão familiar, a consulta não tenha o destaque que deveria ter como estratégia de mudança do modelo assistencial. Ela deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade: recebê-lo com o seu *mun-do-vida integral* no consultório.

Cabe explicitar nesse encontro todos os aspectos discutidos neste Módulo que, desde o início, busca refletir sobre as relações entre seres humanos. Entre outros aspectos, deve considerar: o resgate da relação entre sujeitos autônomos e o respeito a essa autonomia; a valorização e sinergismo dos diferentes saberes envolvidos na relação; os aspectos cultural, econômico e social dos sujeitos envolvidos; a necessidade de identificar qual a fundamentação do saber do outro; os determinantes dos processos por ele vivenciados; o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico; a linguagem e o significado das expressões próprias de

Para refletir...

“A cura de uma doença tende a corresponder à extinção dos sintomas que indicam mau funcionamento no organismo pensado não como um todo, mas como uma máquina. Mas a doença pertence ao doente e é o índice de alguma enfermidade que tem o acometimento de algum órgão ou sistema em particular apenas como efeito, não como causa da enfermidade. O objetivo do tratamento do doente passa a ser não a extinção do sintoma somente, mas a reabilitação do indivíduo como um todo, como uma unidade somatopsíquica, como um ser humano enfraquecido que necessita de apoio e tratamento inclusive após a extinção de sintomas, para reencontrar uma potência comprometida” (MARTINS, 2004:29).

determinada coletividade; a dimensão simbólica e psíquica do adoecer; a relação de poder presente nas relações entre sujeitos; os aspectos éticos; a aplicação de conceitos teóricos, como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo; as necessidades apresentadas pelos usuários como centro de todas as suas ações; a negociação e a participação do usuário nas tomadas de decisão; e a necessidade de ter domínio e aplicar saberes profissionais específicos.

No encontro estabelecido na consulta, o usuário deve perceber que uma mudança está em curso no sistema de saúde. Esse é um encontro no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade premente, que gerou a consulta e outras necessidades subjacentes e futuras. A capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo. Neste ponto, sugerimos rever os requisitos “técnicos” listados na discussão do tema acolhimento, neste Módulo. Atente, também, para a linguagem corporal e gestual.

A percepção de que foi ouvido faz com que o usuário se identifique com o profissional, principalmente quando este explica como entendeu seu quadro de sofrimento, utilizando linguagem simples. Deve ficar evidente para o usuário que o profissional que o está atendendo se preocupa com ele, com sua família e com a comunidade com a qual se relaciona. É preciso que fique evidente a responsabilidade sanitária da Equipe de Saúde da Família com o seu território.

Aspectos vitais, como a adesão ao tratamento, podem ser construídos – ou destruídos – nesses encontros. Uma forma de destruí-los é assumir posição prescritiva quanto à necessidade de mudança de hábito de vida, por exemplo, sem o estabelecimento mínimo de uma relação empática, solidária. Por outro lado, fazer escuta atenta, agendar retorno, indicar a possibilidade de uma visita domiciliar são aspectos vitais para a construção de uma rede de recursos terapêuticos que deve ser sistematicamente estabelecida.

É preciso, portanto, utilizar de forma adequada o potencial e a força simbólica da consulta, legitimando o novo papel social que ela pode exercer. Uma consulta respondida por um profissional com formação humanista pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde assim como “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença” (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Atividade 12

Considerando o que foi apresentado, como você imagina que foi a conversa de Pedro Henrique com o usuário Sérgio? **Elabore um diálogo** possível entre eles que contemple a consulta feita por Sérgio e a resposta e comportamento de Pedro Henrique.

Envie para seu tutor.



Finalizando...

Para uma última reflexão, recomendamos que você volte às páginas iniciais deste Módulo, no item Introdução ao Módulo 4, e analise os objetivos apresentados. Esperamos que você conclua que os atingiu, que o seu conhecimento ficou mais sistematizado e que seu aprendizado possibilitou melhor fundamentação teórica para sustentação de sua prática pedagógica e de seus colegas de equipe.

Referências comentadas

ADAMSON, G. *O ECRO de Pichon-Rivière*. Disponível em: <<http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/textos/EcroPichon.html>>. São Paulo. 2000. Acesso em: 21 jun. 2008.

Este texto tece comentário sobre a vida de Pichon-Rivière (1907-1977). Informa, entre outras coisas, que Enrique Pichon-Rivière nasceu em Genebra, em junho de 1907, e imigrou para a Argentina com sua família quando tinha três anos. Cresceu tendo que articular dois universos diferentes, o de sua família, proveniente da burguesia do sul da França, e o da cultura guarani da região do Chaco, na Argentina. Provavelmente, esse contexto influenciou sua atuação como profissional e intelectual, sempre articulando diferentes campos problemáticos.

Como estudante de medicina, problematiza seu saber a partir das modernas concepções sobre o psicossomático. Estudando psiquiatria, nela inclui todos os desafios da psiquiatria dinâmica, como psiquiatra articula todos os desenvolvimentos da psicanálise (...). Enrique Pichon-Rivière descobre um novo campo de indagação, conceitualização e intervenção que transcende o discurso do paciente. Propõe a passagem da psicanálise à psicologia social (...) descobre um novo continente, porém não no sentido de território a ser conquistado ou mesmo de um lugar para se viver, mas como um lugar de produção. Para ele, os conceitos teóricos são conceitos instrumentais para apreender a realidade e sobre ela intervir. É um conceito similar ao que será proposto, anos depois, por Michel Foucault, com sua teoria da caixa de “ferramentas”.

BORDENAVE, J.D. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: 1994. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/supervisor da Área da Saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.]

Bordenave é um especialista em Comunicação e Educação com larga experiência em educação de adultos. Neste texto, o autor, que é paraguaio, aborda três concepções pedagógicas: a) a Pedagogia de Transmissão parte da premissa que o aluno no processo de ensino/aprendizagem deve RECEBER o que o professor ou o livro lhe oferece, ocasionando distância entre teoria e prática, passividade do aluno e falta de atitude crítica; b) a Pedagogia do Condicionamento não considera como mais importante no processo educativo as idéias e os conhecimentos, mas sim os RESULTADOS COMPORTAMENTAIS, ou seja, a repetição da associação ESTÍMULO-RESPOSTA-REFORÇO, na qual, o aluno é condicionado a emitir respostas desejadas; c) a Pedagogia da Problematização considera que o aluno – participante e agente da transformação social – pode detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas. O texto aborda também o método do Arco de Charles Maguarez: observação da realidade (problema), teorização, hipótese de solução e aplicação prática das soluções propostas.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1980.

Neste livro, o francês Michel Foucault faz uma crítica às estruturas políticas, filosóficas e epistemológicas e ao modelo de racionalidade que domina o mundo contemporâneo, a partir de uma perspectiva histórica. Demonstra por meio da história das sociedades o poder característico das sociedades capitalistas e a importância da medicina.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p. (Coleção Leitura).

Nesta obra, Paulo Freire expõe o seu pensamento em relação à formação de educadores(as) e apresenta os elementos para a compreensão da prática educativa docente progressiva em favor da autonomia dos educandos. Ressalta a importância da ética enquanto marca da natureza humana. Alguns temas abordados neste livro: ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, ensinar exige liberdade e autoridade, ensinar exige saber escutar, ensinar é reconhecer que a educação é ideológica.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo*. [on-line]. dez. 2007, vol. 4, n. 4, p.1-16. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902007000100002&lng=pt&nrm=iso>.

Este texto apresenta um diálogo sobre a *comunicação*, nas suas múltiplas formas de apresentação – as verbais e as não-verbais – o que representa um aspecto de especial importância na dinâmica do campo grupal. Aborda o desempenho de *papéis*, em especial os que adquirem característica de repetição estereotipada em determinados indivíduos do grupo – como, por exemplo, o papel de “bode expiatório” – como uma excelente fonte de observação e manejo por parte do coordenador de grupo.

Referências

ALMEIDA, S. *A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Jornal Sirimim*, ano 2, n.1, set./out., 2003.

BENEVIDES, I. de A.; VASCONCELOS, E. (Org.). *Viagem pelos caminhos do coração*. In: _____. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 169-205.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichon-Rivière à Psicoterapia de Grupo. In: OSÓRIO, Luiz C; col. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set.1990.

BRASIL. Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores*. ROSSI, Silvana Solange (Org.) et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília 22 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648. Brasília, 28 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, 29 mar. 2006, Seção I. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*: Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N.; VASCONCELOS, E.M. (Org.). O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: _____. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

DUARTE, N. Concepções afirmativas e negativas sobre o ato de ensinar. *Cad. CEDES*, Campinas, vol. 19, n. 44, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2007. Pré-publicação.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, vol. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/520.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2008.

FARIA, H. de. *et al.* Modelo Assistencial em Saúde. In: FARIA, H. de. *et al.* *Unidade didática I: organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde*. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2008.

FERREIRA, A.B. de H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p. (Coleção Leitura).

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, vol. 14, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2008.

GAYOTTO, M.L.C.; DOMINGUES, I. *Liderança: aprenda a mudar em grupo*. Petrópolis: Vozes, 1998.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. (Ed.). *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington DC: OPS, 1994. 247 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, 100).

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 4, 1994. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2007.

LUCKESI, C.C. *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003-fev. 2004.

MELO, M.B. de; BRANT, L.C. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. *Psicol. Cienc. Prof.* [on-line]. vol. 25, n. 1, mar. 2005. Disponível na World Wide Web: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2008.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* (Botucatu), Botucatu, vol. 9, n. 16, p. 172-174, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2008.

MUNARI, D.B. *Processo grupal em Enfermagem: possibilidades e limites*. (Doutorado) – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1995.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. *Enfermagem e grupos*. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal. (El proceso grupal)*. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PICHON-RIVIÈRE, E.; QUIROGA, A.P de; GANDOLFO, C.; LAZZARINI, M. Grupo operativo y modelo dramático. Relato presentado en el Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, *Bs. As., 1969*. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/texto4.html>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

PORTARRIEU, M.L.; TUBERT-OKLANDER, J. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L.C. *et al. Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

RAUPP, B. *et al.* (Org.). A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? In: _____. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 207-216.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. REDE Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C. de S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=e n&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2008.

SAVIANI, D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política*. 39. ed. Campinas/SP: Autores Associados, 2007. 102 p. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, vol. 5).

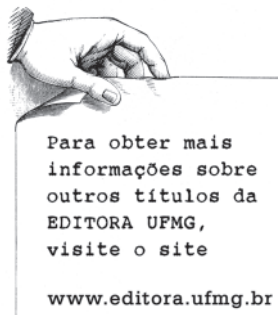
SILVA, A.A. Democracia e democratização da educação: primeiras aproximações a partir da teoria do valor. In: PARO, V.H. (Org.). *A teoria do valor em Marx e a educação*. São Paulo: Cortez Editora, 2006. p.11-31.

SOLLA, J.J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-382920050004000138 lng=pt&nrm=iso >.

TULIO, E.C.; STEFANELLI, M.C.; CENTA, M. de L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, vol. 2, n. 2, p. 71-79, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749>>. Acesso em: mar. 2008.

VIANA, A.L. D'ávila; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2008.

YALON, I.D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York/ London: Basic Books, Inc, Publishers, 1975.



Para obter mais
informações sobre
outros títulos da
EDITORA UFMG,
visite o site

www.editora.ufmg.br

Editora UFMG

Av. Antônio Carlos, 6.627 - Ala direita da Biblioteca Central - Térreo

Campus Pampulha - 31270-901 - Belo Horizonte/MG

Tel.: 55 (31) 3409-4650 - Fax: 55 (31) 3409-4768

www.editora.ufmg.br

editora@ufmg.br

A presente edição foi composta para o Nescon e a Editora UFMG, em caracteres Univers LT Std e DIN Schrift, e impressa pela Formato Artes Gráficas, em sistema offset, papel offset 90g (miolo) e cartão supremo 250g (capa), em outubro de 2008.

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde



Realização



CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG



FaE
Faculdade de Educação



Faculdade de
Odontologia UFMG