

Práticas educativas e tecnologias em saúde

Mara Vasconcelos
Maria José Cabral Grillo
Sônia Maria Soares

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

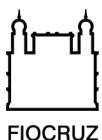


UFMG



CAED - UFMG

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



FIOCRUZ

SGTES **SUS**

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Práticas educativas e tecnologias em saúde

Mara Vasconcelos
Maria José Cabral Grillo
Sônia Maria Soares

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2018

© 2018, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

V331

Vasconcelos, Mara

Práticas educativas e tecnologias em saúde/ Mara Vasconcelos, Maria José Cabral Grillo e Sônia Maria

Soares. -- Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018.

59 p.: il.; 22 x 27cm.

Público a que se destina: profissionais da saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família.

1. Práticas educativas. 2. Tecnologias em Saúde 3. Saúde da Família. 4. Educação em Saúde. I. Vasconcelos, Mara. II. Grillo, Maria José. III. Soares, Sônia Maria. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva IV. Título.

NLM: WA 18.2

CDU: 001.891

CRÉDITOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitor: Jaime Arturo Ramírez;
Vice-Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida;
Pró-Reitoria de Pós-Graduação: Denise Maria Trombert de Oliveira;
Pró-Reitora de Extensão: Benigna Maria de Oliveira.
Diretor de Educação a Distância: Wagner José Corradi Barbosa.
Coordenador da Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Eucídio Pimenta Arruda.
Coordenador Universidade Aberta do SUS NA UFMG: Edison José Corrêa.
Diretor da Faculdade de Medicina: Tarcizo Afonso Nunes.
Vice-Diretor: Humberto José Alves.
Diretor do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva: Francisco Eduardo de Campos.
Vice-diretor: Edison José Corrêa.
Coordenador técnico-científica: Raphael Augusto de Teixeira Aguiar.
Coordenação Administrativa-Financeira: Mariana Lélis.
Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança.
Gerente de Tecnologia da Informação (TI): Gustavo Storck.
Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos.

CURSO PRÁTICAS EDUCATIVAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Autores: Mara Vasconcelos, Maria José Cabral Grillo e Maria Suzana de Lemos Souza
Coordenação Técnico-Científica: Edison José Corrêa

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros.
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES): Rogério Luiz Zeraik Abdalla.
Secretária de Atenção à Saúde (SAS): Francisco de Assis Figueiredo.
Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Manoel Barral Netto.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro da Educação: José Mendonça Bezerra Filho.
Secretário de Educação Superior (SESu): Paulo Barone

PRODUÇÃO NESCON

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Bruno Carneiro Saliba, Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Perreira de Freitas.
Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz, Michel Bruno Pereira Guimarães.
Designer educacional: Angela Moreira
Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira
Web design: Luisa Cassini
Produção audiovisual: Edgar Paiva.
Projeto gráfico do material impresso: Marco Severo, Raquel Barreto e Romero Ronconi
Diagramação: Clarice Passos

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON / UNASUS/UFMG: (www.nescon.medicina.ufmg.br)
Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG Av. Alfredo Balena, 190 - 7 andar
CEP 30.130-100, Belo Horizonte - MG - Brasil
Tel.: (55 31) 3409-9673. Fax: (55 31) 3409-9675
E-mail: unasufmg@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação dos autores.....	7
Práticas educativas e tecnologias em saúde - Apresentação.....	8
Unidade 1 Práticas Educativas em Saúde	11
Seção 1 Contextualizando a prática educativa em saúde	13
Seção 2 Quem aprende e quem ensina	16
Seção 3 Aprendendo a aprender: Educação Permanente em Saúde	21
Seção 4 Bases teóricas de uma práxis educativa	25
4.1 Abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais	25
4.2 Abordagens ou concepções que têm o aprendiz como foco	26
Concluindo a Unidade 1 - Práticas educativas em saúde.....	29
Unidade 2 Tecnologias educacionais para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade	31
Seção 1 Acolhimento	33
1.1 Acolhimento e os princípios do SUS.....	34
1.2 Algumas modelagens de acolhimento na Estratégia Saúde da Família.....	36
Seção 2 O trabalho com grupos	37
2.1 Grupos operativos – abordagem teórica.....	39
2.2 Papéis desempenhados em um grupo operativo.....	41
Seção 3 Visita domiciliar	44
3.1 Visita domiciliar ou visita domiciliária.....	44
3.2 A visita domiciliar e o profissional que a realiza.....	47
3.3 A visita domiciliar e os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família.....	49
Seção 4 Consulta	51
4.1 Consulta: Significado e valor como instrumento.....	51
4.2 Aspectos do encontro que se dá na consulta.....	53
Referências	55

Apresentação das autoras

Mara Vasconcelos

Cirurgiã-dentista, docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro do Grupo de Pesquisa do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da UFMG. Assessora Pedagógica do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família,

Maria José Cabral Grillo

Enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG), doutoranda em Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa em Práticas e Educação em Enfermagem da EEUFMG. Assessora Pedagógica do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Sônia Maria Soares

Enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USPSP). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFMG. Linhas de pesquisa: saúde da família, trabalho com grupos, cuidado em saúde, prevenção de doenças crônico-degenerativas, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Apresentação

Práticas educativas e tecnologias em saúde

Esta disciplina objetiva a reflexão e maior conhecimento 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. Os principais conceitos pertinentes a cada um deles são apresentados, a partir de situações que certamente você, profissional de saúde, já vivenciou no seu dia a dia de trabalho, na Unidade Básica 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” (BRASIL, 1996, art. 1º).

Para saber mais: LDB

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”. No entanto, educação é um processo que inclui e vai além da Educação Escolar (BRASIL, 1996, art.1o.). 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 nesta disciplina. 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 (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, esta disciplina está dividida em duas unidades, nas quais serão desenvolvidos os seguintes conteúdos:

Unidade 1 - Práticas educativas em saúde

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

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, em especial, a Educação Popular em Saúde;
- 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.

Unidade 1

Práticas educativas em saúde

Unidade 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 nesta disciplina 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 desta questão. 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.

Seção 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 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, p.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 serem capazes 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.

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, p.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”.

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, art.1o). Portanto, saúde pressupõe ações intersetoriais.

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 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.

Seção 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.

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, foi realizada 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 versus 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 outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação.

De acordo com Carvalho, Acioli e Stotz (2001, p. 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 (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001, p. 103).

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 os 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! A ligação com a população

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 benzedadeiras 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: Pedagogia da autonomia

“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, 1997, p. 127).

Nesta obra, Pedagogia da autonomia, 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.

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 2001, no qual conta sua experiência como médica em Saúde da Família, nos diz um pouco de como o território deve ser conhecido: “elas (ACS) 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, p. 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 a ideia do território como um todo e das várias famílias que nele residem (RAUPP et al., 2001).

Seção 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 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007).

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 (EPS) 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.

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; ROSCHKE; DAVINI, 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 lócus 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 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...

“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, p.22).

Para Merhy (2005, p. 173), 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 requisição 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; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Educação Popular em Saúde

A Política de Educação Permanente em Saúde enfatiza a Educação Popular, pois se caracteriza por um processo pedagógico que une os profissionais da saúde com a população. Existem várias experiências nos serviços de saúde, nas quais os profissionais aprendem a se relacionar com os grupos populares, sendo o Brasil pioneiro na construção dessa prática.

Em sua concepção teórica, a Educação Popular valoriza o saber popular, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, a partir de trocas de experiências, e desta forma tem sido utilizada pelos serviços, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

A Educação Popular em Saúde tem como objetivo primordial romper com a verticalidade da relação profissional/usuário presente também nas ações educativas. Na Educação Popular em Saúde são valorizadas as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e o diálogo buscando a explicitação e compreensão do saber popular.

Para Vasconcelos (2001), segundo Gomes e Merhy (2014), Educação Popular em Saúde é arte e saber de lidar com as dificuldades e potencialidades deste relacionamento complexo e conflituoso dos serviços de Atenção Básica com a população numa perspectiva de construção da justiça e da solidariedade social.

Eymard Mourão Vasconcelos

**Educação Popular e a
atenção à saúde da família**

Seção 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 de que, 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 (BRASIL, 2004a).

4.1 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.

Condicionamento

Nos anos 1970, proliferou o chamado “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloom 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.

4.2 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, p.8). 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), 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), comentando as perspectivas da educação no século XX, diz que o traço mais original da educação no século XX é o deslocamento de enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico.

Paulo Freire: Pedagogia do oprimido, Pedagogia da autonomia

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 que aqueles que já fizeram aproximações com a metodologia problematizadora não sintam falta dela nesta disciplina, 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.

Bordenave

É um especialista em Comunicação e Educação com larga experiência em educação de adultos. Neste texto (BORDENAVE, 1994) 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 ideias 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.

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 Maguarez (BORDENAVE, 1994).

Concluindo a Unidade 1

Práticas educativas em saúde

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.

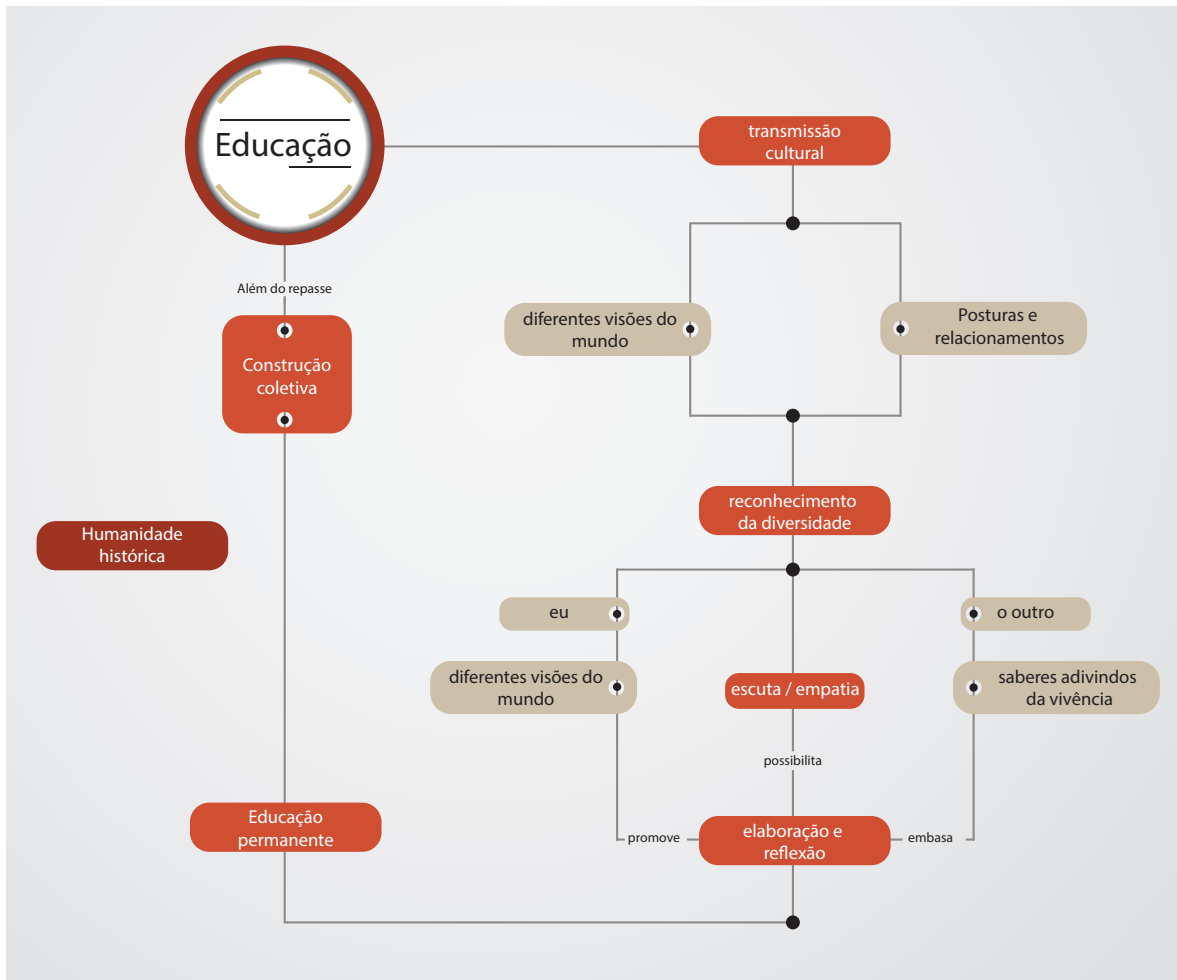
Considerando o projeto político que estamos construindo – o SUS que queremos –, certamente não nos interessam propostas que fortaleçam relações verticais, autoritárias, que sejam excludentes, que não promovam relações democráticas, que não valorizem o saber e a condição de vida de todos e de cada um. 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, tecnoassistencial 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 interrelaciona os conceitos trabalhados neste texto até o momento.

Figura 1 - Exemplo de mapa conceitual que explicita conceitos estudados



Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

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, p. 34).

Unidade 2

Tecnologias educacionais para a
abordagem ao indivíduo, família e
comunidade

Unidade 2

Tecnologias educacionais 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. 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 Unidade, 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;
- compreender a importância da entrevista motivacional na prática educativa.

Seção 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.

Equipe de Saúde Verde, Curupira – Cena 1: Uma pessoa reclama

Sérgio chegou à Unidade de Saúde de Vila Formosa I 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 da Dra. Renata 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 Seção 4. Consulta da unidade 2 (tecnologias educacionais para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade). Agora, o que queremos discutir é a forma como o usuário foi atendido na recepção da Unidade Básica de Saúde.

1.1 Acolhimento e os princípios do SUS

Não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem relembrar 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 (BRASIL, 1990).

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 desta disciplina estamos falando de um acolhimento cotidiano, nas relações pedagógicas estabelecidas entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde.

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; BUENO; MERHY, 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.

Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões. Ainda, se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, conseqüentemente, a legitimidade da atenção básica (BRASIL, 2013, p. 47).

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 (BRASIL, 2004b).

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**.

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**.

1.2 Algumas modelagens de acolhimento na Estratégia Saúde da Família

- 1) Acolhimento pela Equipe de Referência do Usuário: um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, interagindo com os usuários sobre as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.
- 2) Equipe de Acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade.
- 3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia)

Destaca-se, entre outros, o princípio da equidade no Acolhimento. Para tal, deve-se avaliar o risco e a vulnerabilidade das pessoas à espera do acesso no serviço de saúde. O atendimento não pode ser por filas ou ordem de chegada. O acesso com equidade deve ser o enfoque no Acolhimento da demanda espontânea. Isso pode ser feito pela adoção da avaliação/estratificação do risco para identificar situações de maior urgência e priorizar o atendimento.

Seção 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-RIVIÉRE, 2000, p.9).

Pichon-rivière

Adamson (2000), em “O ECRO de Pichon-Rivière” – ECRO = Esquema Conceitual Referencial e Operativo) – 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”.

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 Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. 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:

Equipe Verde, Curupira - Cena 2: Reunião da Equipe

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!

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 construir sua própria humanidade histórico-social?

2.1 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 desta Disciplina, 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).

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.

Para refletir: momentos do processo de trabalho com grupos...

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?

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).

2.2 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).

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 anteriormente: 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.

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, p. 1).

Esse texto de David Zimerman – A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade – 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.

Seção 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.

3.1 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.

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, p.31).

A VD 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.

A VD 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 (TULIO; STEFANELLI; CENTA; 2000, p, 74).

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.

A VD 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 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 à 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.

3.2 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).

VÍDEO RECOMENDADO – VISITA DOMICILIAR

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

Esse vídeo foi gravado em Canoa Quebrada, no Ceará, em 2008 (16min). (VISITA DOMICILIAR, 2008).

Veja outros vídeos dos Agentes em Ação, disponíveis em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Videoteca/Agentes_em_Acao.

Como membro da equipe de Saúde da Família (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-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006c), 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.

É fundamental 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 (BRASIL, 2006d).

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:

1. 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;
2. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
3. 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;
4. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
5. orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
6. 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;
7. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
8. cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS 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.

Pesquisa realizada em capital do sul do país evidenciou que a principal atividade realizada pelos ACS 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 ACS da maioria das Equipes de Saúde da Família, sendo as ações realizadas por meio de a visita domiciliar.

3.3 A visita domiciliar e os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família

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.

Equipe Verde, Curupira - Cena 3: a equipes de Saúde da Família e uma visita domiciliar

Objetivo: Avaliar o desenvolvimento da programação e planejar o mês seguinte, em uma tarde chuvosa do mês de novembro, quinta-feira.

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 e 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 ACS, 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. Na Disciplina “A família como foco da Atenção Básica à Saúde”, o genograma é abordado como uma ferramenta que tem sido utilizada para melhor compreender e visualizar a família, suas configurações, relações e seus eventos.

Conheça e utilize: Álbum de Família – Genograma

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>>

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 ACS. 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 para a visita, 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.

Seção 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, partilhadas 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, p. 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 (Em Unidade 1, Seção 1, Equipede Saúde da Família - Cena 1).

4.1 Consulta: Significado e valor como instrumento

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 modelo assistencial e processo de trabalho.

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, p. 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.

“O nascimento da clínica” (FOUCAULT, 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.

Conseqüentemente, 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, tanto o potencial de intervenção dos demais profissionais, e do próprio médico, quantas 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.

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.

4.2 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 mundo-vida integral no consultório.

Cabe explicitar nesse encontro todos os aspectos discutidos nesta Disciplina 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 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, nesta disciplina. 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).

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, p. 29).

Referências

ADAMSON, G. **O ECRO de Pichon-Rivière**. São Paulo, 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2100.pdf>> . Acesso em: 02 fev. 2017.

ALMEIDA, S. **A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas**. 2006, 159f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BENEVIDES, I. de A. Viagem pelos caminhos do coração. In: VASCONCELOS, E. M.(Org.). **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, L. C. et al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BORDENAVE, J.D. **Alguns fatores pedagógicos** [texto de apoio CADRHU Nescon], p. 261-268. Belo Horizonte: 1994. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0220.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

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] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 mar 2017.

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] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: 07 mar. 2017.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648. Brasília, 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 29 mar. 2006a, Seção I. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 07 mar 2017

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] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 fev. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

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

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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

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. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

DUARTE, N. Concepções afirmativas e negativas sobre o ato de ensinar. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2017.

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**, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/520.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

FARIA, H. et al. **Modelo assistencial e processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

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, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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, v. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 148 p. (Coleção Leitura).

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo. **Perspec., São Paulo**, v. 14, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. **A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601427&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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, v. 10, n. 4, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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.**, v. 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.** v. 25, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si:** a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 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: 18 jan. 2017.

MUNARI, D. B. **Processo grupal em enfermagem:** possibilidades e limites. 1995. 130f. Tese(Doutorado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 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. Disponível em: <http://xveritux.files.wordpress.com/2014/06/apunte_6_26_05_pichon_riviere_enrique_-_elproceso_grupal.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PICHON-RIVIERE, E.; QUIROGA, A.; GANDOLFO, C. **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. 00, Disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/texto4.html>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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: VASCONCELOS, E, M, (ed.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. de S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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, v. 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, 2006.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 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 >. Acesso em: 19 jan. 2017.

TULIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. de L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo.

Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v. 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: 18 jan. 2017.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Physis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

VISITA domiciliar. Canoa Quebrada, julho 2008. Vídeo, Windows Media Player (16 min.). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001369>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

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

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, 2007, v. 4, n. 4. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002>. Acesso em: 18 jan. 2017.