**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KARINA PRESTUPA DE SOUSA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE GRUPOS REALIZADOS
PELAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

**SÃO PAULO
2018**

KARINA PRESTUPA DE SOUSA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE GRUPOS REALIZADOS
PELAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sousa, Karina Prestupa

Instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de núcleo de apoio à saúde da família na atenção primária à saúde / Karina Prestupa Sousa. São Paulo, 2018.

113 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde.
3. Avaliação em saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Karina Prestupa de Sousa

Título: Instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Agradeço de todo meu coração, de toda minha alma e de todo o meu entendimento Àquele de quem, por quem e para quem são todas as coisas, ao Senhor soberano Deus que me permitiu concluir mais esta etapa em minha vida.

Agradeço a meus pais, sem os quais jamais estaria aqui. Pelo amor, dedicação, incentivo, encorajamento. Provedores de tudo que necessitei ao longo da vida para hoje ter valores e princípios que julgo serem bons e que servem aos propósitos de Deus e às pessoas ao meu redor, a quem e as quais me faz muito sentido servir.

À minha irmã, incentivadora, cuidadora e que esteve sempre presente, que nunca hesitou em ajudar quando precisei.

À Luiza, alguém especial que Deus colocou no meu caminho e usou para me ajudar em um momento muito difícil de minha vida pessoal, quando tive um importante comprometimento de saúde mental. Por coincidência divina é psicóloga, mas cuidou de mim muito mais como uma amiga. Por todos os momentos que compartilhamos, te agradeço.

À Nair, exemplo de vida, coragem e sabedoria!

À Cida, amiga irmã de todas as horas!

Aos meus irmãos em Cristo que sempre torceram por mim e pelo meu crescimento.

Ao Everton, que mesmo tendo chegado ao final do processo merece minha gratidão e meu amor, pois me compreendeu, me apoiou, me esperou. Simplesmente me amou.

À Débora Dupas, exemplo de vida, como pessoa, como profissional! Competente e excelente em tudo o que faz! Cresce a cada dia como profissional e quanto mais cresce mais nos incentiva a crescer também, tão desprendida de ego ou interesses. Simplesmente por ser caridosa e sempre enxergar o melhor no outro.

AGRADECIMENTO

À professora Anna Chiesa que, durante o mestrado e desenvolvimento da dissertação, permitiu que o processo pedagógico e educativo fosse completamente desprendido, sem amarras, nos incentivando a acreditar naquilo que propusemos, sem medo de nos deixar voar e, mesmo com toda sua experiência profissional e de vida (talvez por isso), não menosprezou em nenhum momento nossa visão e percepção sobre o identificado como problema na realidade prática do trabalho na APS e nossa proposição de pesquisa. Agradeço pela compreensão, palavras e pelos momentos de acolhimento e escuta.

Sousa KP. Instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de núcleo de apoio à saúde da família na atenção primária à saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

O objeto deste estudo são os grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na Atenção Primária a Saúde (APS) e a avaliação de seus resultados enquanto tecnologia de cuidado e modalidade assistencial prioritária destas equipes ofertada a usuários com condições crônicas de saúde. A sistematização do processo de avaliação pode auxiliar na validação do grupo como tecnologia de cuidado eficaz e capaz de ofertar respostas às necessidades de saúde destes usuários. **Objetivos:** caracterizar os usuários participantes e os profissionais que coordenam estes grupos; identificar os motivos dos usuários para estarem no grupo e suas expectativas; identificar o perfil e características dos grupos e suas formas de avaliação e/ou instrumentos atualmente aplicados e refletir com os profissionais sobre em que visão de saúde e educação os grupos se apoiam; levantar junto às equipes as dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos em seu cotidiano; propor e elaborar um instrumento de avaliação de resultados dos grupos a partir das reflexões emergentes do processo da pesquisa e condizente com a realidade e processos de trabalho das equipes de NASF. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Município de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram os participantes dos grupos e os profissionais que coordenam os grupos. Para tratamento dos dados foi utilizada a análise temática de conteúdo. **Resultados:** Os usuários dos grupos eram predominantemente mulheres com faixa etária entre 60 e 70 anos e os aposentados representavam uma parcela de 37,8% do total. A maioria não tinha o ensino médio completo e suas principais ocupações eram na área de serviços e que demandavam menos qualificação. A maioria dos usuários (51%) participava do grupo por um período de tempo entre 1 e 3 anos ou mais, denotando um perfil de grupo aberto e de uso para encontros e socialização. Os principais motivos de participação no grupo foram: necessidade de tratar doenças crônicas; atender à orientação médica; receber apoio e encorajamento para mudança por

meio do compartilhamento de experiências; por ser bem tratado e acolhido e encontrar no grupo um espaço de escuta. As expectativas foram, em menor número, adquirir conhecimento, aprender coisas novas e receber orientações para o manejo da condição de saúde e em maior número, para obter a melhora da saúde e qualidade de vida e prevenir complicações. O tempo médio de formação dos coordenadores dos grupos foi de 13,7 anos e a média de tempo de trabalho em equipes de NASF foi de 5,5 anos. As principais linhas de cuidado identificadas nos grupos pesquisados foram: **1.promoção de saúde; 2.alimentação e nutrição; 3.reabilitação física; e 4.saúde mental**. Os objetivos destes grupos eram: 1.promover qualidade de vida, promover saúde, controlar e prevenir doenças crônicas, estimular e promover mudança de estilo de vida, estimular a prática de atividade física; 2.promover reeducação alimentar; 3.reduzir a dor crônica e melhorar função para atividades de vida diária; 4.ofertar cuidado em saúde mental, estimular atividade cognitiva, fomentar participação social e em atividades ocupacionais, promover socialização, ampliar rede de apoio, ofertar espaço de aprendizado e convivência, orientar sobre direitos e cidadania. Não havia consenso em relação às formas de avaliação no que se refere ao tipo de instrumento, aplicabilidade, periodicidade e análise dos dados. A visão de saúde em que os profissionais baseiam o grupo transita entre o “conceito ampliado de saúde” e o da “saúde como norma” e parcialmente no “modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde”. As vertentes educativas dos grupos se aproximam dos conceitos de “educação **em** saúde” e “educação **e** saúde”. As principais dificuldades apontadas pelos profissionais para a realização da avaliação de resultados de grupos foram relativas à forma de organização dos processos de trabalho, à habilidade profissional para o manejo em avaliações de grupos, a questões referentes às características dos participantes, e, por fim, a falta de um instrumento que abarque a avaliação de todos os objetivos, contemple as necessidades do grupo e se adeque às questões anteriores, permitindo seu uso e análise posterior dos dados de forma sistematizada. Foi elaborado um instrumento global para avaliar o resultado de todos os grupos nas quatro linhas de cuidado a partir das reflexões e considerações emergentes do processo das oficinas, de modo a responder as necessidades dos profissionais. Os indicadores foram propostos a partir da visão de saúde e educação em que os profissionais embasavam os grupos e levando em conta as expectativas dos participantes. **Conclusões:** O instrumento propõe a

facilitação do processo avaliativo dos grupos nas principais linhas de cuidado dos profissionais do NASF. Contempla os objetivos dos grupos e as expectativas dos usuários. Não esgota o problema, mas configura-se em um ponto de partida para trazer novas respostas e possibilidades para a avaliação de grupos, permitindo a sua revisão e aperfeiçoamento constante.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Saúde da Família; Grupos; Avaliação em Saúde.

Sousa KP. Assessment instrument results of groups conducted by the teams for family health support centers in primary health care [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

The object of this study are the groups conducted by the teams of the Family Health Support Center (Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF) in Primary Health Care (PHC) and the evaluation of its results as a care technology and priority assistance mode of these teams offered to users with chronic health conditions. The systematization of the evaluation process to verify whether the objectives of the groups are being reached could assist in the validation of the group as a technology of effective care and be able to offer answers to the health needs of these users.

Objectives: characterize the participating users and the professionals who coordinate these groups; identify users' reasons for being in the group and their expectations; identify the profile and characteristics of the groups and their evaluation forms and/or instruments currently applied and reflect with the professionals about what idea of health and education the groups support; list, with help from the teams, the difficulties and possibilities for carrying out group results in their everyday reality; propose and develop an instrument to assess results of the groups from the reflections that emerge from the research process and consistent with the reality and work processes of the teams of NASF. **Methodology:** this is an action research, carried out in Basic Health Units - BHU (Unidades Básicas de Saúde - UBS) with the Family Health Strategy (FHS) in the Municipality of Sao Paulo. The research subjects were the participants of the groups and the professionals who coordinate the groups. Thematic content analysis was used for processing the data. **Results:** Users group were predominantly women, aged between 60 and 70 years-old and the retirees accounted for 37.8% of the total. The majority had not graduated from high school and their main occupations were in service areas and that required less qualification. The majority of users (51%) were in the group for a period of time between 1 and 3 years or more, denoting an open group profile and its use for meetings and socialization. The main reasons of participation in the group were: need to treat chronic diseases; to fill the medical advice; to receive support and encouragement to change through sharing of experiences; to be well treated and welcomed, and to find

in the group a space for being heard. The expectations have been, in lesser number, to acquire knowledge, to learn new things and receive guidance for the management of health conditions, and in higher numbers, to improve health and quality of life and prevent complications. The average training time of the coordinators of the groups was 13.7 years and the average time working in NASF teams was 5.5 years. The main identified lines of care in the surveyed groups were: **1.health promotion;** **2.food and nutrition;** **3.physical rehabilitation;** and **4.mental health.** The objectives of these groups were: 1.to promote quality of life, to promote health, to control and prevent chronic diseases, to stimulate and promote lifestyle change, to encourage the practice of physical activity; 2. to promote nutritional education; 3.reduce chronic pain and improve function for every-day activities; 4.to offer mental health care, to stimulate cognitive activity, to promote social participation and in occupational activities, promoting socialization, expanding support network, to offer space for learning and living together, offer guidance about rights and citizenship. There was no consensus as to the forms of assessment regarding type of instrument, applicability, periodicity and data analysis. The health vision in which the professionals base the group transits between the "extended concept of health" and "health as a norm," and partially on "conceptual model of the social determinants of health". The educational aspects of the groups approach the concepts of "health education" and "education **and** health". The main difficulties pointed out by the professionals to analyze the group's results were related to the structure of organization of the work processes, to the professional skill in managing group evaluations, to issues relating to the characteristics of the participants, and, finally, the lack of an instrument that encompasses the evaluation of all objectives, contemplating the needs of the group and adapting to earlier questions, allowing for its use and further data analysis in a systematic way. A global instrument was designed to assess the results of all groups in the four lines of care from the reflections and considerations that emerged from the workshops' processes, in order to meet the needs of professionals. The indicators were considered from the understanding of health and education that the professionals had on the groups and taking into account the expectations of the participants. **Conclusions:** The instrument proposes the facilitation of the evaluation process of the groups in the main lines of care of NASF professionals. Covers the groups' objectives and the expectations of the users. It does not extinguish the problem, but sets a starting point

to bring new answers and possibilities for the group assessment, allowing its revision and improvement.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health Support Center; Family Health; Groups; Health Assessment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos participantes de grupos do NASF.....	53
Tabela 2 - Gênero dos participantes de grupos do NASF.....	54
Tabela 3 - Estado civil dos participantes de grupos do NASF.....	55
Tabela 4 - Escolaridade dos participantes de grupos do NASF.....	56
Tabela 5 - Renda dos participantes de grupos do NASF.....	57
Tabela 6 - Ocupação/Profissão dos participantes de grupos do NASF.....	58
Tabela 7 - Tempo médio de participação nos grupos do NASF.....	59
Tabela 8 - Tempo de formação e atuação em equipe de NASF e área de especialização.....	69
Tabela 9 - Estrutura dos grupos NASF.....	74

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Representação dos motivos pelos quais os usuários participam dos grupos.....	67
Quadro 1 – Grupos de NASF: visões de saúde e educação e saúde, objetivos e instrumentos de avaliação utilizados.....	79
Quadro 2 – Dificuldades apontadas para a realização da avaliação de resultados dos grupos NASF.....	82
Quadro 3 – Possibilidades apontadas para a realização da avaliação de resultados dos grupos NASF.....	84
Quadro 4 – Metas e estratégias apontadas para realização da avaliação dos resultados de grupos NASF.....	85

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO	21
1.2 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE	21
1.3 OS GRUPOS COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM SAÚDE	23
1.4 O NASF E OS GRUPOS DE NASF NA APS	24
1.5 SOBRE A AVALIAÇÃO DE GRUPOS NA LITERATURA	27
1.6 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	34
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	36
3.1 GERAL	36
3.2 ESPECÍFICOS	36
4 CONCEITOS NORTEADORES	37
4.1 GRUPOS	37
4.2 SAÚDE	39
4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, EDUCAÇÃO E SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE	41
4.4 AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE	42
5 METODOLOGIA	45
5.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	45
5.2 LOCAL DO ESTUDO	47
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
5.4 LEVANTAMENTO DE DADOS	48
5.4.1 Entrevista com os usuários participantes dos grupos	48
5.4.2 Oficinas com os profissionais que executam os grupos	49
5.4.2.1 Oficinas introdutórias reflexivas	50
5.4.2.2 Oficinas para a elaboração do instrumento de avaliação	50

5.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	51
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1 CARATERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS	53
6.1.1 Perfil sócio demográfico.....	53
6.1.1.1 Idade	53
6.1.1.2 Gênero	54
6.1.1.3 Estado Civil	54
6.1.1.4 Escolaridade	55
6.1.1.5 Renda.....	56
6.1.1.6 Ocupação/Profissão	57
6.1.1.7 Tempo de participação no grupo.....	58
6.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS	60
6.2.1 Motivos de estar no grupo e/ou o quê esperam como resultado	60
6.2.1.1 Porque tem doenças crônicas ou outros agravos e para tratar e/ou controlar estas.....	60
6.2.1.2 Para atender prescrição/orientação médica ou de outro profissional da saúde.....	61
6.2.1.3 Para conviver, socializar, se encorajar para mudar, receber apoio e apoiar o outro, se motivar, ter alguém pra conversar e compartilhar ..	62
6.2.1.4 Por gostar, ser bem tratado, ser acolhido (espaço de escuta).....	63
6.2.1.5 Para adquirir conhecimento, aprender coisas novas e ter orientação.....	65
6.2.1.6 Para melhorar a saúde, a qualidade de vida e prevenir complicações.	65
6. 3 PROFISSIONAIS QUE COORDENAM E EXECUTAM OS GRUPOS	68
6.3.1 Categorias Profissionais	68
6.3.2 Tempo de formação, tempo de atuação em equipes de NASF e especialização profissional.	68

6.4 CATEGORIAS EMPÍRICAS A PARTIR DAS OFICINAS COM OS PROFISSIONAIS QUE COORDENAM OS GRUPOS	70
6.4.1 Perfil e características dos grupos realizados	70
6.4.1.1 Linhas de cuidado, objetivos e forma de avaliação ou instrumentos atualmente utilizados	70
6.4.2 Visões de saúde e de educação e saúde que apoiam os grupos ...	76
6.4.3 Dificuldades e possibilidades ou motivações para avaliar os resultados dos grupos	81
6.4.3.1 Metas e estratégias para minimizar as dificuldades e para alcançar as possibilidades	84
6.4.4 Construção do instrumento de avaliação	85
6.4.5 Considerações durante os encontros de construção e perspectivas quanto a utilização do instrumento	87
6.5 Instrumento	89
7. CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional na saúde pública se iniciou logo após o término da Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário São Camilo, em 2009.

Após a conclusão da Graduação iniciei a especialização *lato sensu* na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na região leste do Município de São Paulo.

A Residência além de oferecer subsídios e embasamento para a prática na Atenção Primária a Saúde (APS), no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçou o desejo de seguir trabalhando com a Saúde Pública, em uma perspectiva de reconhecimento dos usuários e profissionais como sujeitos e atores fundamentais para a consolidação de nosso sistema de saúde.

Iniciei a Residência no mesmo ano em que as primeiras equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foram implantadas, 2009. Até então a participação de profissionais de categorias não médicas e de enfermagem se davam por meio de “equipes de reabilitação” ou “equipes de apoio”.

Junto aos profissionais de NASF que se inseriam em uma nova modalidade de trabalho, pautada no Apoio Matricial, mas, que tinha urgências em atender uma demanda de saúde reprimida, e junto à equipe multiprofissional que realizava a Residência vinculada a uma equipe de Saúde da Família, aprendi sobre o trabalho em equipe, resiliência, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, genograma, ecomapa, trabalho com grupos, educação em saúde, promoção de saúde, educação permanente, vulnerabilidade social, iniquidades sociais, cultura organizacional, sobre as pessoas, suas vidas, necessidades e lutas.

Nesse meio tempo tive a oportunidade de fazer um estágio eletivo em uma UBSF da região central da cidade, trabalhando com população em situação de rua, vivência esta que também me afetou muito no sentido de despertar para ver a saúde a partir de outros determinantes.

No mesmo período que realizava a Residência, realizava também, aos finais de semana, especialização em Saúde Pública, no mesmo Centro Universitário em que me graduei em fisioterapia.

Após concluir as pós-graduações iniciei o trabalho em uma equipe de NASF também da zona leste de São Paulo e tive a primeira experiência profissional em APS e agora sem vínculo acadêmico.

Em 2011 incluí em minha carga horária outro trabalho em equipe de NASF, este na zona norte do Município de São Paulo. Tive a oportunidade de conhecer outra forma de gestão por meio de outra Organização Social e também de participar como membra titular do Conselho Gestor.

Em 2014, após três anos como profissional de NASF, fui aprovada em um processo seletivo para Coordenação de equipes de NASF na primeira OS em que iniciei profissionalmente e vivenciei o desafio de ser NASF pelo ponto de vista da gestão.

Foi um período de muito crescimento, aprendizado, percepção de contradições e sentimento de impotência frente às questões do processo de trabalho dentro de um sistema que parecia ter perdido o olhar para as pessoas e para as necessidades das pessoas, sejam elas os usuários ou os profissionais.

Essa experiência na coordenação de equipes de NASF foi por um curto período de tempo, pois fui aprovada em um concurso da Prefeitura Municipal de São Paulo e tive que fazer uma escolha: seguir na APS ou iniciar uma nova trajetória em outro nível de atenção a saúde.

Optei então por seguir como fisioterapeuta em um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e, apesar de estar na atenção especializada, todos os conceitos e práticas da saúde pública apreendidos na APS puderam ser adequados e utilizados em seus processos, pois esta faz interface direta com a APS.

Foi quando surgiu o interesse de voltar para a academia, para contribuir com a saúde pública de uma nova forma e de outro lugar. Tive então o conhecimento, por meio de uma ex-colega de trabalho que havia sido apoiadora das equipes de NASF na APS, sobre o processo seletivo do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS), da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (EEUSP), no ano de 2015. Tive a alegria de ser aprovada no processo seletivo e ingressar no mestrado profissional no início de 2016.

Atualmente continuo trabalhando no Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), alocado em uma UBS tradicional, na zona leste Município de São Paulo.

Ao iniciar o trabalho no NIR me deparei com o problema das filas de espera para a atenção especializada, mas agora por outro ângulo, não de quem necessita encaminhar, mas sim de quem recebe os encaminhamentos.

Foi possível perceber a angustia das pessoas que esperavam, em média, entre 1 a 2 anos e meio em uma fila de espera para especialidades como a fisioterapia e 6 meses para a fonoaudiologia e para a terapia ocupacional. E muitos dos casos eram condições crônicas passíveis de serem atendidas na APS, principalmente nas UBSF que tinham uma equipe de apoio multidisciplinar.

Relembrando minha experiência na APS, em que acolhia e oferecia junto à equipe de saúde da família e aos colegas do NASF cuidado para a maioria dos pacientes com condições crônicas de saúde por meio de grupos e reconhecendo que estes tinham bons resultados e respondiam bem as necessidades da maioria dos usuários que participavam, comecei a questionar, sobre a realização desses grupos na região e a visão e perspectiva dos profissionais e usuários em relação ao valor dessa tecnologia assistencial com potencial de cuidados complementares e para transformações na realidade do processo saúde-doença dessa população.

A partir desta inquietação tomei a decisão de propor o presente Projeto de Pesquisa.

O recorte para a proposta de avaliação de resultados como meio de fortalecer e validar essa tecnologia foi necessário, e diante da escassez na literatura e lacunas quanto a instrumentos de avaliação que captam os resultados e o alcance destes grupos na APS e da necessidade de elaboração de um produto para a prática como requisito do Mestrado, foram estabelecidos os objetivos desse projeto.

Meu desejo com o presente projeto de pesquisa é, então, contribuir para a melhoria da qualidade de uma das práticas de saúde realizadas e ofertadas pela APS aos usuários, ao menos localmente, na região onde será realizado o estudo.

Acredito que o trabalho em grupos pode também ser um dispositivo para prática social em saúde, espaço de transformação e exercício de cidadania.

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO

O objeto deste estudo são os grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na Atenção Primária a Saúde (APS) e a avaliação de seus resultados enquanto tecnologia de cuidado e modalidade assistencial prioritária destas equipes.

Os grupos são atividades previstas e realizadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e NASF em todo o território nacional e constituem-se como uma das principais e mais recorrentes formas de cuidado complementar ofertada a pacientes com condições crônicas de saúde na APS.

Apesar de sua inquestionável contribuição, ainda não existem instrumentos consensuados para a avaliação de seus resultados. Com isso, a qualidade e potencia das ações grupais na APS podem ser subestimadas ou pouco valorizadas, tanto pelas equipes de Saúde da Família (ESFs) quanto pelos próprios profissionais do NASF e também pelos usuários participantes, não sendo percebidas ou reconhecidas como tecnologia de cuidado eficaz.

1.2 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

As condições crônicas representam hoje um grande desafio de cuidado à saúde para a APS. São condições muito prevalentes, de causa multifatorial e coexistem com determinantes biológicos e socioculturais, “sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade” (Brasil, 2014a, p. 17).

“As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos” (Mendes, 2012, p.33)

Entre as principais causas de morte, anos de vida perdidos precocemente, anos de vida com incapacidade e anos de vida ajustados pela incapacidade, nos Estados Unidos, em 2010, foram listadas: doença isquêmica do coração, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor lombar baixa, câncer (de pulmão, traquéia ou brônquios), transtorno depressivo maior, desordens musculoesqueléticas, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus, acidentes de trânsito, uso de drogas, dor cervical, transtornos de ansiedade, entre outros (Murray e Lopez, 2013).

O ranking global para anos de vida ajustados pela incapacidade causada por doenças e lesões é composto por 25 principais afecções, que são as seguintes: doença isquêmica do coração, infecções do trato respiratório baixo, acidente vascular encefálico, diarreia, HIV–AIDS, malária, dor lombar baixa, complicações por prematuridade, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidentes de trânsito, transtorno depressivo maior, encefalopatia neonatal, tuberculose, diabetes mellitus, anemia por deficiência de ferro, sepses e outras infecções em recém-nascidos, anomalias congênitas, automutilação, quedas, desnutrição proteica, dor cervical, câncer de traqueia, brônquios ou pulmões, outras desordens musculoesqueléticas, cirrose hepática e meningites (Murray e Lopez, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) as condições crônicas estão em ascensão, são persistentes e necessitam de cuidados permanentes; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam as capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes.

"Essa mudança inegável dos problemas de saúde (de doenças infecciosas e perinatais para problemas crônicos) tem muito mais implicações e traz ameaças previsíveis e significativas para todos os países" (OMS, 2003).

Mendes (2012) define condições agudas e crônicas de acordo com algumas "variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde":

"primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias" (Mendes, 2012).

As condições crônicas de saúde são passíveis de prevenção e/ou evitáveis, e a APS tem papel fundamental dentro das Redes de Atenção a Saúde para o enfrentamento destas condições. É sobretudo para a população que convive com agravos crônicos que os grupos têm um papel relevante no processo de cuidado.

1.3 OS GRUPOS COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM SAÚDE

Diante de complexas necessidades de saúde da população é preciso definir “formatos organizativos e dinâmicas de funcionamento mais efetivos”, **incorporando** gradativamente **novas tecnologias de cuidado** ou **tornando mais densas as já existentes** (Brasil, 2014b, grifo nosso).

Os grupos podem ser inseridos nesse contexto, pois são hoje muito utilizados no cuidado em saúde, em diversas áreas e especialidades, e pode-se dizer então, por observação e vivência no cotidiano da prática, que os grupos como tecnologia de cuidado foram incorporados e difundidos no processo de trabalho das equipes e no dia a dia da APS. Pode-se dizer que estes cumprem com as etapas de difusão de inovações propostas por Trindade (2008), as quais são: todos os profissionais conhecem a existência dessa inovação; houve algum tipo de persuasão, favorável ou não, na tomada de decisão para a realização dos grupos; a decisão de adotar a inovação foi tomada; ela foi implementada e o seu uso confirmado.

Nas áreas de atuação da saúde ao falarmos em “tecnologias” podemos classificá-las em três grupos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras abrangem os equipamentos, máquinas, que encerram o “trabalho morto”; nesta se incluem saberes e fazeres bem estruturados e materializados. As tecnologias leve-duras abarcam os saberes estruturados que direcionam o trabalho e se constituem por normas, protocolos e o conhecimento produzido em várias áreas do saber, que, apesar de terem o “trabalho já capturado”, podem expressar “trabalho vivo”. As tecnologias leves são produzidas no “trabalho vivo em ato”, compreendendo as relações de interação e subjetividade, como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a gestão (Merhy, 1997).

O arranjo dos grupos na APS pode ser tido como uma tecnologia de cuidado leve-dura pelo ponto de vista do conhecimento prévio e dos saberes instituídos necessários para a sua prática, porém, como tecnologia leve se considerarmos a

dinâmica do grupo, os significados, as necessidades do usuário, as relações estabelecidas e o potencial transformador para os sujeitos envolvidos.

Neste sentido, destaca-se também a pertinência deste objeto no Programa de Mestrado Profissional em APS, dada a necessidade de aprimorar as tecnologias em uso nos contextos de cuidado.

1.4 O NASF E OS GRUPOS DE NASF NA APS

O NASF, criado por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, é uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias que trabalha junto às ESFs e tem como desígnios ampliar as ações de saúde e aumentar a resolutividade destas ações na APS, levando em conta as condições de saúde, necessidades e características epidemiológicas, culturais, econômicas e sociais dos indivíduos ou coletivos nos territórios em que atuam; e todo o processo de trabalho destas equipes deve ser “orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial” e “compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica” (Brasil, 2009; Brasil, 2014b, p.13).

O NASF “pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na **elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários**” (Brasil, 2014b, p. 18, grifo nosso).

No cotidiano do trabalho e no contexto da APS observa-se que o NASF possui certa flexibilidade de organização de sua agenda e ações e que os grupos são atividades clínico-assistenciais realizadas em grande proporção no espaço desta agenda, sendo assim, é importante destacar que o NASF como uma equipe multidisciplinar e que não possui uma agenda fixa e regulada em sistemas de informação, pode utilizar de múltiplas possibilidades de cuidado, ofertando atenção às condições crônicas de saúde, saindo da lógica individual profissional-sujeito e trabalhando nesta modalidade assistencial em uma dimensão coletiva, ampliando a clínica e utilizando-se desse espaço para práticas educativas em saúde com o objetivo de desenvolvimento de autonomia dos usuários no que se refere a atuação e reconhecimento de fatores importantes em seu processo-saúde doença.

“Por se tratar de uma equipe de apoio que lida com as complexas realidades de cada uma das equipes vinculadas, **é necessária a construção de uma agenda de trabalho do Nsf que contemple as**

diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas no trabalho integrado” (Brasil, 2014b, p. 44, grifo nosso).

O caderno “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano” do NASF sugere alguns elementos constituintes e estruturantes dessa agenda, que são: reuniões de matriciamento com as equipes de APS; atendimentos individuais (específicos e compartilhados); atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados); **grupos e atividades coletivas** (específicas e compartilhadas); espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente; reunião entre os profissionais do NASF e com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município (Brasil, 2014b, grifo nosso).

Apesar de o caderno citado nomear e descrever as ações em grupo como “atividade coletiva compartilhada e específica”, este não discute ou aprofunda o conceito de grupo, seu modo de operar, possíveis metodologias e/ou formas de avaliação destas atividades.

“Atividade coletiva compartilhada: apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários. O apoio pode ocorrer sempre que demandado pelas equipes de AB [Atenção Básica], a partir da identificação pelo Nasf da necessidade de qualificação dos grupos já realizados ou da necessidade de incentivo ao desenvolvimento de grupos de promoção à saúde. Atividade coletiva específica: atividade em grupo coordenada pelo profissional do Nasf, específica de seu núcleo de saber. Recomenda-se a participação de profissionais da equipe de AB nesses grupos como estratégia de educação permanente na Atenção Básica (transferência tecnológica)” (Brasil, 2014b, p. 50).

A infraestrutura necessária também é prevista neste caderno norteador:

“Espaço físico adequado para a realização de ações coletivas; prontuários comuns às equipes de AB para análise e registro de informações necessárias; organização de fluxos, de atribuições e dos critérios para participação dos usuários nas atividades coletivas; estrutura mínima de equipamentos e insumos, conforme necessidade e tipo de ação coletiva realizada; dados relativos à população do território e necessidades e demandas das equipes de AB ao Nasf” (Brasil, 2014b, p. 50).

E as condições e ações para a organização da atividade consistem em:

“Ocorrência das reuniões de matriciamento para pactuação das ações (temas dos grupos, periodicidade, critérios para acesso aos grupos

específicos do Nasf etc.); horário protegido na agenda do Nasf e das equipes de AB para ações compartilhadas; utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados. Importante ressaltar que devem ser flexíveis, considerando as necessidades de cada usuário; oferta em todas as UBS adscritas ao Nasf, conforme necessidade local. Para otimizar as ações, principalmente aquelas coordenadas pelo Nasf, podem ser realizadas de forma a abranger mais de uma equipe ou UBS vinculada; considerar que o acesso aos grupos específicos do Nasf também deve ser regulado e pactuado com as equipes de AB” (Brasil, 2014b, p. 50).

No município de São Paulo, nas fichas de produção dos profissionais, encontra-se também uma nomeação para as atividades coletivas, estas são subdivididas em: atividade educativa/orientação; prática corporal/atividade física; práticas corporais em medicina tradicional chinesa; grupo terapêutico/atendimento em psicoterapia de grupo; oficina terapêutica – saúde mental; terapia em grupo (Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, coordenação da Atenção Básica, Sistema de Informação da Atenção básica – Ficha D e Ficha de Registro de Atividade em Grupo).

Nos materiais citados não há um conceito direcionador ou orientação metodológica para a ação em grupo – isto pode ser visto como positivo ao se pensar na liberdade de escolha da metodologia de grupo de forma que esta possa privilegiar as características de cada profissional, usuários e do próprio grupo em si; porém, se não houver uma orientação e direcionamento mínimo ou se o profissional não se sentir seguro com abordagens grupais ou não conhecer uma forma sistematizada de organizar e avaliar uma atividade em grupo há o risco de o resultado final deste grupo não contemplar o que se esperava dele ou de operar um trabalho sem conhecer o que se está produzindo a partir dele.

Dentre os materiais e protocolos encontrados, no contexto da APS, que citam o trabalho com grupos, há o caderno “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” o qual prevê a “educação para o autocuidado em grupos” e este faz uma definição básica sobre tipos de grupos, categorizando-os em: de sala de espera, fechado ou aberto. E sugere a organização dos grupos de autocuidado para condições crônicas apresentando formas de planejamento, técnicas educativas, de coordenação dos grupos e avaliação dos processos e dos resultados destes (Brasil, 2014a).

Na prática diária os grupos podem ser realizados a partir de várias óticas, percepções e conceitos, por meio de diferentes estratégias, mas nem sempre de

forma sistematizada, e o significado de grupo e o que estes podem produzir é pouco discutido no cotidiano do trabalho.

Na APS os grupos são realizados em diferentes linhas de cuidado e englobam as principais condições crônicas emergentes nos sistemas de saúde no mundo: doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade; estados de transição como o envelhecimento, a gestação; estimulação infantil; o uso de álcool e tabaco; saúde mental; reabilitação; práticas para mudanças de estilo de vida; práticas corporais e atividade física; alimentação e nutrição – todos estes sob a forma de grupos terapêuticos e educativos.

No trabalho do NASF, para atender a estas demandas, as principais linhas de cuidado dos grupos são: Alimentação e Nutrição, Saúde Mental, Reabilitação e Promoção da Saúde, que por sua vez, atendem a todos os ciclos de vida.

Apesar de cada grupo de NASF ser coordenado e executado por um ou dois profissionais de categorias específicas e ter uma linha de cuidado principal, o potencial matriciador e as atividades compartilhadas inerentes aos processos de trabalho destas equipes permitem que cada grupo atenda a mais de uma dessas linhas de cuidado ao mesmo tempo, o que torna possível a ampliação da clínica e o cuidado para além de questões patológicas isoladamente, mas, sem deixar de ofertar a atenção específica necessária.

Sendo assim, ao pensar em avaliar os resultados destes grupos, pode-se dizer que não é possível alcançar a magnitude do que é produzido se usarmos um protocolo ou instrumento padronizado que contemple apenas uma área do conhecimento em saúde.

Em um contexto ambulatorial individual se faz necessário o uso de instrumentos padronizados para avaliar questões específicas, mas no contexto de grupo, onde se trabalham não apenas questões clínicas, mas também questões de educação e saúde, dentre outras, esses instrumentos não captarão informações necessárias para o reconhecimento dos resultados do grupo para além de objetivos delimitados e pré-estabelecidos muitas vezes apenas pela visão específica ou da especialidade profissional, além do que, não permitirão a reflexão por parte dos profissionais e usuários durante o próprio processo avaliativo destes.

1.5 SOBRE A AVALIAÇÃO DE GRUPOS NA LITERATURA

Nos estudos encontrados que avaliam resultados, eficácia ou efetividade de intervenções de grupo, há os que utilizam medidas comparativas entre intervenções grupais e intervenções individuais; outros que avaliam o grupo a partir de aplicação de protocolos, escalas, instrumentos específicos ou padronizados aplicados após a intervenção grupal; e aqueles que caracterizam o grupo a partir de uma dimensão subjetiva a partir da perspectiva da educação em saúde. Estes últimos são encontrados apenas no contexto da APS.

Foram encontrados ainda, alguns estudos que tratam da temática de grupos na ESF e APS sob a perspectiva da formação, da subjetividade e do caráter terapêutico, preventivo e educativo das ações em grupos, sua representação, significado, alguns modos de fazer, sua utilização como dispositivos de 'promoção de saúde', contribuição com as questões de mudanças de determinantes de saúde etc., mas nem sempre descrevem questões relativas à sua sistematização, metodologia ou a avaliação de resultados dos grupos (Maffaccioli, 2006; Dall'Agnol et al., 2007; Horta et al., 2009; Ferreira Neto, Kind, 2010).

Entre os estudos que tratam da comparação entre intervenções está o de um centro médico na Carolina do Norte, cujo objetivo era comparar a terapia física individual com a terapia física de grupo realizada em pacientes com osteoartrite de joelhos, no qual foram medidos os resultados por índices específicos da osteoartrite e por medidas de desempenho físico, aplicados em 12 e 24 semanas. Foi verificado que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes, concluindo que uma intervenção não foi mais eficaz que a outra e que qualquer um dos dois modelos pode ser considerado para o cuidado destes pacientes nos serviços de saúde. O referido estudo descreveu o número de participantes nos grupos, número de sessões e duração destas e as técnicas empregadas (programas incluíram instrução em exercícios domiciliares, técnicas de proteção articular e avaliação individual de fisioterapia) (Allen et al., 2016).

Green et al. (2011) realizaram uma avaliação comparativa sobre a eficácia de terapia de grupo para adolescentes que haviam tentado suicídio. No caso, foram comparados pacientes que recebiam cuidados de rotina com pacientes que recebiam os mesmos cuidados mais a terapia de grupo. Os grupos tinham a frequência semanal, com duração inicial de seis semanas na fase aguda e mais sessões de reforço enquanto houvesse necessidade, utilizando técnicas de dramatização, terapia cognitivo comportamental, terapia comportamental dialética e

psicoterapia. Apesar de ao final do estudo ter sido observada melhora global dos pacientes, não houve vantagem adicional significativa do tratamento em grupo sobre os cuidados de rotina.

Outro estudo também avaliou o impacto da terapia de grupo cognitivo comportamental em pacientes com depressão comparando os pacientes submetidos à terapia em grupo com pacientes em grupo controle que não realizaram a terapia de grupo. Foram avaliados quanto à autoestima e aos sintomas depressivos por meio de instrumentos padronizados: escala de autoestima de Rosenberg, inventário de depressão de Beck e informações básicas. Os dados foram analisados estatisticamente, concluindo que os participantes do grupo experimental tiveram melhorias cognitivas maiores (alívio da depressão, aumento da autoestima) em comparação com os sujeitos do grupo controle (Chen et al., 2006).

A avaliação piloto de um modelo teórico de terapia de grupo para o tratamento de crianças enlutadas por suicídio foi realizada com o objetivo de construir e validar o modelo proposto, testando a hipótese de que a proposta terapêutica por meio do grupo teria resultados positivos. O resultado foi satisfatório e foram observadas mudanças positivas nas crianças participantes quanto à segurança básica, compreensão realista e conhecimento útil, comportamentos inadequados, sintomas físicos e psicológicos, comunicação, capacidade de reinvestimento social e afetivo, atualização de novos modelos de si e do mundo, autoestima, consciência e uso de ferramentas, habilidades cognitivas, verbais, escritas e de desenho, entre outras (Daigle, Labelle, 2012).

Os estudos citados foram realizados em nível ambulatorial ou hospitalar e foram considerados aqui a título de exemplificação de formatos de avaliação.

Observa-se que, muitas vezes, este formato de avaliação focada no agravo, sintomas e em questões específicas no nível ambulatorial acaba por ser reproduzido nos grupos da APS, apesar de estes serem espaços de trabalho privilegiado junto à comunidade para a educação e saúde e o desenvolvimento de autonomia para o enfrentamento no processo saúde doença.

Endevelt et al. (2015) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a eficácia de dois tipos de intervenções terapêuticas, individuais e de grupo, na redução de fatores de risco e na prevenção ou atraso no desenvolvimento de diabetes tipo 2. Compararam os participantes de grupo que recebiam orientação para dieta específica e prática de atividade física com aqueles que tiveram as

mesmas prescrições em atendimentos individuais, os dados também foram analisados estatisticamente. Apesar de ser comprovado por outros estudos científicos de que a incorporação de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física pode retardar ou prevenir o diabetes, no estudo em questão, não foi observado maior ou menor eficácia entre as intervenções propostas.

Albuquerque et al. (2012) realizaram a avaliação da capacidade funcional e linguagem de idosos participantes de grupos de intervenção em comparação com idosos não participantes. Os grupos eram realizados de forma compartilhada entre ESF e NASF, com periodicidade mensal e por meio de oficinas e discussões do processo saúde doença; abordavam temas para fortalecer o autocuidado, saúde e cidadania, promoção de saúde e prevenção de doenças, além de realizar atividades de estimulação das habilidades motoras e cognitivas. A avaliação foi feita utilizando instrumentos padronizados como mini-exame de estado mental, protocolos de avaliação das atividades instrumentais de vida diária e questionário semiestruturado para dados socioeconômicos e demográficos.

Por fim, apesar de alcançar o objetivo proposto de comparar os participantes e os não participantes do grupo, concluiu apenas que não houve diferenças quanto a capacidade funcional e linguagem entre eles. Demonstrou que a intervenção em grupo não teria vantagens sobre a outra, porém, não foram tomados como objeto de avaliação do grupo os temas abordados e discutidos sobre processo saúde doença, cidadania, autocuidado, promoção de saúde e prevenção de doenças, o que poderia indicar outros resultados, reforçadores (ou não) da ação do grupo.

Estudos que avaliavam os resultados do grupo e não apenas comparavam intervenções grupais com individuais, também foram encontrados.

Por exemplo, Guimarães, Tavares e Neumann (2011) em um modelo de grupo para cuidado de pacientes obesos em uma Unidade Básica de Saúde, utilizando as técnicas cooperativa, cognitivo comportamental e motivacional de grupo, avaliaram os resultados da intervenção grupal por análise estatística e verificaram que houve perda ponderal nos participantes, especialmente aqueles que eram aderentes e participaram de mais de doze encontros.

Com o objetivo de verificar o equilíbrio de idosos participantes de grupo de prática corporal – Tai Chi Chuan, em uma unidade de ESF, foi realizada uma avaliação utilizando escala padronizada de medida de desempenho de equilíbrio (Escala de Berg - predição de risco para quedas), questionário específico de

“características gerais de saúde” e entrevista em grupo focal. Concluiu que a prática regular da atividade reduziu o número de quedas dos idosos participantes e que, pela percepção destes também houve outros benefícios como melhora da postura, respiração, flexibilidade, redução do consumo de antiinflamatórios, além da socialização (Xavier, 2008).

É relevante destacar que em alguns momentos a investigação sobre os grupos na APS aponta para a questão da educação em saúde, autonomia do sujeito e questões mais subjetivas (como no estudo de Xavier (2008) que apesar de ter como objetivo verificar a predição de risco para quedas também avaliou questões gerais de saúde e discutiu estas em grupo focal com os participantes) e em outros, demonstra a necessidade de responder a questões pontuais da doença, não englobando a totalidade do sujeito. No estudo de Guimarães, Tavares e Neumann (2011) o resultado principal apresentado foi apenas a perda de peso e o perfil dos que tiveram a maior perda ponderal (mulheres e mais assíduos), embora o grupo tenha utilizado técnicas cooperativas, cognitivo comportamentais e motivacionais apontando para um objeto ampliado.

Neste último, o alvo da avaliação poderia ser acrescido de questões como motivação, autoestima, mudança no estilo de vida – como no padrão alimentar e nível de atividade física, co-responsabilização, autocuidado, etc., potencializando os resultados demonstrados.

É compreensível que para um estudo ou pesquisa normalmente há que se fazer recortes para viabilizá-lo, porém, na prática cotidiana esses recortes no processo avaliativo também acontecem, minimizando os potenciais resultados da ação do grupo.

Frigo et al. (2012) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre as estratégias utilizadas pela rede primária para atender o paciente com diabetes mellitus e discute as ações sob a ótica da educação em saúde e, a partir da análise realizada verifica que há ações sob a forma de oficinas, grupos operativos e com olhar ampliado para o cuidado da pessoa com diabetes não apenas da perspectiva do cuidado prescritivo, mas com objetivo de incorporar o autoconhecimento, auto cuidado e autonomia dos pacientes em relação a doença. Cita ainda a questão da avaliação realizada em um estudo que foi feita pelo indicador “alcance das expectativas dos participantes”.

Grupos de gestantes também ocorrem com frequência na APS, e o estudo de Henriques et al. (2015), ao avaliar as contribuições e potencialidades em um grupo de gestante por meio de entrevista semiestruturada e análise segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, evidenciou o conhecimento das mulheres sobre o significado de um grupo de gestantes, bem como a complementaridade que isso representa no acompanhamento pré-natal e na melhora da experiência de gestação, e concluiu que o grupo atuou como uma ferramenta complementar efetiva para o pré-natal, pois permitiu uma experiência mais segura e mais informada do ciclo gravidez-puerpério.

Oliveira et al. (2013) em seu estudo para verificar a eficácia da educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, analisaram estatisticamente os hábitos, medidas antropométricas e níveis pressóricos dos pacientes. Por haver resultados estatisticamente significantes quanto à “adequação” de hábitos referentes à alimentação saudável, à atividade física e ao uso de tabaco e álcool, redução do índice de massa corpórea e circunferência abdominal e controle da pressão arterial concluíram que a educação em saúde proposta nos grupos foi eficaz. Ou seja, a eficácia da educação em saúde foi medida a partir da análise de dados biomédicos.

A educação em saúde, neste caso, foi aplicada principalmente para que houvesse “mudanças e adequação de comportamentos” com o objetivo final de redução dos níveis da pressão arterial.

Rezende (2011, p. 7, 8) em seu estudo sobre ação educativa nutricional voltada para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial buscou avaliar e qualificar estratégias para este tipo de ação e verificou que “na percepção dos profissionais de saúde, os grupos constituem o espaço mais eficaz para a prática educativa” apesar de a preferência do usuário ser pela ação individualizada e “médico centrada” que ocorre nas consultas. Percebeu que no processo educativo ainda persistem práticas normativo-prescritivas e que este “desconsidera a participação da comunidade nos processos a ela dirigidos”, e que para sua qualificação há a necessidade de fortalecimento das ações educativas na prática assistencial, a instituição de mecanismos de avaliação dos seus impactos, centralidade do sujeito no planejamento das ações e na definição do plano terapêutico, valorização e organização do trabalho educativo.

Ribeiro (2015), com objetivo específico de avaliar a afetividade de intervenções de atividade física em adultos usuários do SUS, realizou um ensaio controlado com três grupos: dois de intervenção – um com realização de exercícios físicos supervisionados e outro com prática de educação em saúde; e um controle (sem intervenção). Os dois grupos de intervenção se mostraram efetivos para aumentar a atividade física no lazer e como deslocamento. Seis meses após o estudo o grupo de educação em saúde se mostrou com o nível de atividade física superior ao grupo de exercícios supervisionados.

Este estudo reforça a importância da educação em saúde no desenvolvimento de autonomia e incorporação de mudanças pelos sujeitos, ou seja, o grupo supervisionado, a depender da abordagem, pode gerar um grau de dependência nos usuários enquanto o de educação em saúde trabalhará questões de desenvolvimento de autonomia, o que sugere a importância do trabalho simultâneo “terapêutico e educativo” em um mesmo grupo.

Lorig et al. (2001) realizaram um estudo sobre um Programa de Auto-Gestão de Doenças Crônicas, no qual os participantes tinham 40 anos ou mais e apresentavam doença cardíaca, doença pulmonar, acidente vascular cerebral ou artrite. Tinham como objetivos avaliar, por 1 e 2 anos, o estado de saúde (auto-avaliação, incapacidade, limitação das atividades sociais, energia / fadiga e problemas de saúde), a utilização de cuidados de saúde (pronto socorro / consultas ambulatoriais, hospitalizações e dias de internação) e os resultados de auto eficácia.

A principal hipótese do programa era que durante o período de 2 anos os participantes experimentariam melhorias ou menos complicações do que o esperado no estado de saúde e reduções na utilização dos cuidados de saúde. Como principais resultados constatarem que as consultas de emergência / ambulatorial e as dificuldades de saúde foram reduzidas e a auto eficácia melhorou. Concluíram então que, um programa de baixo custo para promover a autogestão da saúde pode melhorar os elementos do estado de saúde, reduzindo os custos dos cuidados de saúde em populações com diversas doenças crônicas.

Dias, Silveira, Witt (2009) em uma construção de proposta para etapas de planejamento, dinâmica e de avaliação de grupos na área assistencial sugerem algumas formas de avaliar os grupos, como: sondagem dos membros do grupo por meio de questões objetivas, feitas pelo coordenador, sobre o seu desempenho;

entrevistas individuais ou preenchimento de instrumentos como um questionário; o registro escrito diário das reuniões como fonte de informações, a comparação de impressões do coordenador com as dos participantes; por supervisor externo.

Entretanto, nenhuma destas sugestões propostas aponta o “quê” avaliar em si, como por exemplo, se os objetivos do grupo foram alcançados, se os usuários de sentiram satisfeitos com a resposta que o grupo trouxe ao seu problema de saúde inicialmente apresentado, ou se o grupo pôde ser espaço fomentador de mudanças.

1.6 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

A problemática deste estudo, então, surge com as indagações a respeito de como um arranjo tecnológico com potencial para o cuidado de pacientes com condições crônicas de saúde e amplamente utilizado nas práticas assistenciais da APS pode ser avaliado; se estes grupos alcançam resultados de acordo com os objetivos propostos (eficácia); o que essa tecnologia chamada grupo pode produzir em saúde; que meios os profissionais que realizam grupos usam para avaliar ou verificar o que estão produzindo; e por fim, como justificar o uso e a validade desta atividade sem demonstrar com clareza o que se produz a partir dela.

A partir dessas indagações a pergunta é: é possível construir um instrumento de avaliação para os grupos do NASF que se aproxime das características do trabalho destas equipes e que possa ser aplicado de forma sistematizada facilitando o achado de seus resultados?

2 JUSTIFICATIVA

Os grupos na APS são ferramentas potentes no cuidado dos usuários com condições crônicas no serviço de saúde, sobretudo pela importância que esse nível de atenção em saúde tem em ampliar a autonomia, qualidade de vida e autocuidado, incorporando estilos de vida saudáveis.

Grupos de cuidado bem delineados e com bons resultados na APS poderiam responder à demandas de saúde da população em seu próprio território, com cuidado direcionado e de acordo com suas necessidades.

Sendo uma ferramenta de cuidado muito usada e disseminada na APS, a ação em grupos deve ser planejada, monitorada e avaliada, para posteriormente ser validada como tecnologia de cuidado eficaz.

Divulgar e demonstrar os resultados de grupos é importante para um processo de validação e reconhecimento destes como tecnologia de cuidado, além do quê, a depender do que será objeto dessa avaliação, o próprio processo de avaliação pode ser usado como fomentador de reflexão e mudanças nos participantes.

Para que haja avaliação é preciso discutir e ter clareza do quê se irá avaliar e como, por isso, é proposta a construção desse instrumento de avaliação em parceria com e entre os profissionais de NASF que trabalham com os grupos e que dentro dos seus processos de trabalho não conseguem se organizar de modo a alcançar formas de fazer que contemplem esse avaliar ou que estejam de acordo com a visão de educação e saúde que os regem.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de NASF na APS.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os usuários participantes dos grupos e os profissionais que coordenam estes grupos;
- Identificar os motivos dos usuários para estarem no grupo e suas expectativas frente a este;
- Identificar o perfil e características dos grupos realizados e suas formas de avaliação e/ou instrumentos atualmente aplicados e refletir com os profissionais sobre em que visão de saúde e educação os grupos se apoiam e se a avaliação pode contemplar essa visão;
- Levantar junto às equipes as dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos em sua realidade cotidiana sugerindo metas e estratégias para minimização das dificuldades e alcance das possibilidades;
- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados dos grupos realizados a partir das reflexões emergentes do processo da pesquisa e condizente com a realidade e processos de trabalho das equipes de NASF.

4 CONCEITOS NORTEADORES

4.1 GRUPOS

Silveira e Ribeiro (2005) consideram a prática de atenção à saúde por meio de grupos como “um campo potencial de terapêutica, de ensino e de aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde” e caracterizaram a atividade grupal como:

“um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas onde os participantes reconhecem-se e diferenciam-se dos outros numa dinâmica que permite falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar” (Silveira, Ribeiro, 2005, p. 91).

Na conceituação de grupo de Zimmerman (1997) a palavra “grupo” tanto pode definir “um conjunto de três pessoas” quanto uma família, uma turma, uma gangue, uma torcida no estádio, um auditório, etc. O autor reconhece que a definição do termo “grupo” é vaga e imprecisa e que essa definição pode gerar ou designar conceituações dispersas ou que não abarquem um todo necessário.

Bernstein (1986) define grupo como um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica e, que no desenvolvimento e execução dessa tarefa deixam de ser um amontoado de sujeitos para se assumirem individualmente enquanto participantes de um grupo com um todo. Sendo participante, esse indivíduo tem direito ao exercício da fala, a expressar sua opinião e seu ponto de vista e também de estar em silêncio. Mesmo com um objetivo comum no grupo cada participante possui sua identidade (papéis desempenhados).

Zimmerman (1997) aponta alguns itens como condições mínimas básicas para um grupo estar caracterizado, dentre estas, vale destacar: que um grupo não é apenas o somatório de indivíduos, mas que deve se constituir como uma “nova entidade” com “leis e mecanismos próprios”; os integrantes se reúnem “em torno de uma tarefa e de um objetivo comum” aos seus interesses; deve ter objetivos claramente definidos e levar em conta a preservação de seu espaço e o “cumprimento das combinações feitas nele”; é uma unidade que se comporta como totalidade e vice-versa; mesmo se constituindo uma “nova entidade” deve preservar as identidades de cada indivíduo componente; há existência de duas forças contraditórias, uma tendendo a coesão e a outra à desintegração; se processa em

dois planos, o da intencionalidade consciente e o da interferência de fatores inconscientes (Bion apud Zimerman, 1997); há alguma forma de interação afetiva; e distribuição de papéis.

Para Barreto (2003) são importantes o conhecimento, a compreensão e a pesquisa do conceito de grupo, sua finalidade, estrutura e como ocorrem as relações dentro do grupo e a interferência destas no comportamento e estilo de vida dos indivíduos.

Apesar de haver fundamentos teóricos e atributos de mesma essência em todos os tipos de grupos, há também múltiplas possibilidades de práticas, estratégias, técnicas e táticas, sendo assim, Zimerman (1997) enumera alguns fundamentos técnicos para sua prática: planejamento, seleção e grupamento, enquadre (“soma de todos os procedimentos que se organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento grupal”), manejo das resistências, dos aspectos transferenciais e das atuações, comunicação, atividade interpretativa, funções do ego, papéis, vínculos e término.

Dentre os vários tipos de grupos existentes, uma primeira subdivisão diferencia estes em: grandes grupos – “macrosociologia”, e pequenos grupos – “micropsicologia”, sem desconsiderar que o microgrupo geralmente reproduz “as características sócio-econômico-políticas e a dinâmica psicológica dos grandes grupos” (Zimerman, 1997, p. 27).

Quanto à classificação geral dos grupos, Zimerman (1997) propõe uma classificação baseada “no critério das finalidades a que se destina o grupo” e parte de uma divisão inicial em dois ramos: operativos e psicoterápicos.

Segundo o autor os grupos operativos cobrem os campos: ensino aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos; enquanto os psicoterápicos se utilizam de fontes como a psicodramática, a teoria sistêmica, a corrente cognitivo-comportamentalista e a psicanalítica.

Os grupos realizados pelas equipes de NASF se enquadram mais aproximadamente no que se chama de grupo terapêutico e apresentam, em alguns casos, elementos relativos ao campo ensino aprendizagem, portanto, poderiam ser classificados como dentro do escopo de ação do grupo operativo, apesar de também haver grupos psicoterapêuticos realizados pelas equipes de NASF.

Os grupos são, ainda, espaços fundamentais para o exercício do desenvolvimento da autonomia, cidadania e conscientização sobre o processo saúde-doença.

4.2 SAÚDE

A conceituação de saúde é complexa e no decorrer do tempo sofre transformações.

O tradicional conceito de saúde como a ausência de doença restringe a saúde ao perfeito funcionamento fisiológico dos tecidos, órgãos e corpos dos indivíduos, ainda é muito presente, não só no senso comum, mas também é cotidianamente afirmado pela medicina e reforçado por pesquisas e produções tecnológicas em saúde (Batistella, 2007).

Em meados de 1948, a OMS adotou a definição de saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Este conceito, apesar de apontar a superação da polarização do conceito anterior, definiu a saúde como algo intangível, pois, o completo bem-estar, não é alcançável, tanto pela sua complexidade como pela dinamicidade histórica que ressignifica o “normal” e o “patológico” muito rapidamente e também em diferentes culturas. A exigência desse ‘completo bem estar’ como sinônimo de normalidade pode gerar uma busca constante pela resolução ou medicalização de qualquer condição contrária que possa nele interferir, mesmo que essa condição seja inerente a vida e as relações humanas (Caponi, 1997).

A dimensão normativa da saúde é um conceito que abarca questões referentes à ordem econômica e relaciona diretamente o corpo ao contexto social e político como força de trabalho que passa a “ser monitorado por estatísticas vitais e de morbidade” (Coelho e Almeida Filho, 2003; Foucault, 1982).

Nesta dimensão são designadas normas de padrão e comportamento que, por um lado, podem ser bem sucedidas quando são instituídos pelo Estado por meio de intervenções e programas de saúde (imunização, notificações compulsórias, por exemplo), mas que podem se configurar em uma “agudização do autoritarismo sanitário”, pois, ao mesmo tempo em que fomenta a transferência da responsabilidade do poder público para o indivíduo que, ao não aderir a condutas e comportamentos saudáveis para prevenir ou tratar doenças, é colocado como o

principal culpado pelo seu adoecimento, sem considerar o contexto dos processos de saúde e doença e seu desenvolvimento histórico, social e cultural (Batistella, 2007; Carvalho, 2005).

O conceito ampliado de saúde, derivado do reconhecimento da saúde como direito, define a saúde como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (Brasil, 1986).

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A conceituação ampliada de saúde admite que a saúde é resultante de vários fatores: sociais, econômicos, culturais, políticos, etc. Porém, é importante discutir que a interferência direta destes fatores no processo saúde doença não pode ser contabilizada isoladamente como causalidade das doenças, sem considerar as possibilidades de adoecer que são naturais ao ser humano – como por exemplo questões biológicas e psíquicas. Entretanto, esses fatores são determinantes na capacidade de enfrentamento de cada indivíduo ou população dentro deste processo. Tomar como causas ou determinantes do adoecer somente esses fatores também incorreria no risco de medicalizar todos esses âmbitos (lazer, trabalho, alimentação, habitação, educação, etc.) (Batistella, 2007).

O modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde é considerado como uma abordagem integradora. Este modelo engloba as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros (como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação) e as especificidades dos indivíduos ou grupos e a sua “trama de redes sociais e comunitárias” (Batistella, 2007; Buss e Pellegrini, 2007).

“O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. [...] Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois

alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. [...] Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda” (Buss e Pellegrini, 2007, p. 81).

Este último modelo conceitual, dos determinantes sociais da saúde, remete às ações ou intervenções para além das práticas biomédicas ou que objetivam somente responder à doença com o tratamento e/ou cura, permitindo, por exemplo, ações ampliadas e em contextos educativos (CDSS, 2010).

4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, EDUCAÇÃO E SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

O conceito de educação “e(m)” saúde é intrínseco ao processo grupal, ou seja, mesmo quando o grupo se apresenta como terapêutico é perceptível que o processo educativo pode se dar a partir da interação e relação entre os participantes, profissionais e o meio (Bernstein, 1986).

Porém, educação **em** saúde, educação **e** saúde, educação **popular e** saúde, são algumas definições ou noções semelhantes na nomenclatura, mas que diferem muito em seus significados de acordo com visões de alguns autores. (Brasil, 2007; Stotz, 1993; Valla, Guimarães, Lacerda, 2007; Vasconcelos, 2001).

Educação **em** saúde a princípio tem sua base na saúde normativa, a qual prevê que o profissional ou técnico tem o saber necessário e prescreve as condutas certas com o objetivo de mudar comportamentos e estilos de vida, e quando o indivíduo não segue as prescrições que lhe são impostas é responsabilizado pelo seu adoecimento ou pelo não sucesso de seu tratamento (Vasconcelos, 2001).

Educação **e** saúde vem do modelo preventivista, o qual amplia um pouco mais o seu escopo ao reconhecer que há determinantes sociais e sua relação direta com as condições de saúde de uma população, porém, mesmo os reconhecendo, as ações permanecem prescritivas e delimitadoras de conduta para prevenir doenças e melhorar a saúde, sem o objetivo de mudar o contexto real de vida do indivíduo, família, comunidade, população no que se refere ao estímulo para exercício da cidadania em busca de seus direitos (Stotz, 1993; Valla, Guimarães, Lacerda, 2007; Vasconcelos, 2001).

Já a educação **popular e** saúde tem suas práticas voltadas para a conscientização, ação e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no reconhecimento e enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam diretamente em sua saúde, sempre considerando o saber popular e o conhecimento advindo dos sujeitos; esse conceito é baseado na proposta de educação popular de Paulo Freire (Brasil, 2007; Freire, 1996; Stotz, 1993).

Freire (1996, 1987, p. 44) reconhece a educação como uma experiência especificamente humana e como uma forma de intervenção no mundo. Vê o diálogo como “essência da educação como prática da liberdade”, pois é “na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” que os homens se fazem, entendendo que “dizer a palavra é um direito de todos e não apenas privilégio de alguns homens”.

O autor acredita firmemente “que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”, e, nos desvela que a conscientização não pode ocorrer sem que antes ocorra a tomada de consciência, pois esta “é o desenvolvimento crítico dessa tomada de consciência” (Freire, 1979, p. 15).

Para Dias, Silveira e Witt (2009) as situações e contextos nas quais a educação em saúde se aplica são aquelas que exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os problemas de saúde.

Oliveira e Oliveira (1981, p. 19) acreditam “que a finalidade de qualquer ação educativa deva ser a produção de novos conhecimentos que aumentem a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com quem trabalhamos”.

4.4 AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE

Avaliar em saúde implica tomar em consideração o quê avaliar: estrutura, processos, recursos, resultados, impacto, organização, serviços, intervenções, pessoas, satisfação etc.; como avaliar: objetivamente, subjetivamente, qualitativamente ou quantitativamente; com o quê avaliar: protocolos, questionários, entrevistas, processos de acreditação, etc.; para quê avaliar: conhecer os processos, suas potencias e/ou fragilidades, obter indicadores de resultado que justifiquem as práticas, entre inúmeras outras possibilidades; e por quem será feita a

avaliação: avaliador interno ou externo, gestor, profissional, academia, pesquisador (Akerman, Nadanovsky, 1992; Donabedian, 1988; Silva, Formigli, 1994).

Na APS avaliar se torna ainda mais complexo, porque além de ser necessária a avaliação das intervenções e de elementos de ordem clínica, ainda trabalhamos com tecnologias leves, no campo das relações, e o grau de subjetividade do que é produzido nem sempre pode ser alcançado por algum tipo de avaliação tradicional.

Segundo Silva e Formigli (1994) na prática cotidiana há dificuldades metodológicas e operacionais que não podem ser respondidas por completo no plano investigativo. Além do que, percebem-se também as dificuldades inerentes aos processos de trabalho.

Para esta pesquisa a conceituação de avaliação que mais se aproxima do objeto de estudo é a de que: “avaliação, contudo, não seria considerada um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado, e a partir daí desencadear-se-ia um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada” (Akerman e Nadanovsky, 1992).

Nos serviços de saúde há uma relação entre práticas e necessidades de saúde e uma vertente dessa relação é a capacidade das práticas em modificarem determinada situação de saúde, atendendo ou não aos anseios de determinada população, referindo-se à discussão sobre suas características e seus efeitos (Silva e Formigli, 1994).

“A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas” (Silva e Formigli, 1994).

E ainda, “a avaliação de serviços pode corroborar com o processo de mudança, evidenciando necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais, como também para a comunidade” (Castanheira et al., 2015, p. 193).

Akerman e Nadanovsky (1992) acreditam que para uma avaliação a estratégia deve ser definida a partir de objetivos explícitos dos serviços (clínicos), mas entendendo que os interesses dos usuários desempenham um papel relevante

no processo avaliativo e que maior ênfase deve ser dada à avaliação do cuidado em oposição a ênfase atribuída à cura.

Donabedian (1988, 1992) propõe que a avaliação deve se dar a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultado. Para o autor a estrutura corresponderia a provisões, instrumentos, recursos e condições físicas e organizacionais; o processo corresponderia às atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos usuários que pudessem ser atribuídas ao cuidado ofertado previamente. Considera ainda, que a satisfação do usuário frente ao cuidado ofertado e as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos também podem ser tidos como resultados.

Donabedian (1990) também apresenta sete atributos para definir a qualidade dos cuidados de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Para ele **eficácia** é a capacidade do cuidado, no seu máximo potencial para melhorar a saúde; **efetividade** é o grau em que as melhorias de saúde alcançáveis são realizadas; **eficiência** é a capacidade de obter a maior melhoria de saúde com o menor custo; **otimização** é o equilíbrio mais vantajoso entre custos e benefícios; **aceitabilidade** é a conformidade com as preferências dos pacientes em relação à acessibilidade, a relação paciente-profissional, às amenidades, aos efeitos dos cuidados e ao custo dos cuidados; **legitimidade** é a conformidade com as preferências sociais relativas a todos os itens anteriores; e **equidade** a justiça na distribuição do cuidado e seus efeitos na saúde.

Enfim, esta pesquisa pretendeu desenvolver o instrumento de avaliação de resultados de grupos tendo como subsídios elementos das concepções de avaliação referidas, porém, o trabalho privilegiou a avaliação da eficácia entendida como o alcance dos objetivos destes grupos. Não houve a intenção de avaliar a estrutura e/ou os processos do grupo.

5 METODOLOGIA

5.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

A opção metodológica foi a realização da pesquisa-ação considerando os objetivos delineados de: identificar características dos grupos realizados e refletir com os profissionais sobre em qual visão de saúde e educação estes se apoiam; levantar junto às equipes as dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos em sua realidade cotidiana e refletir possíveis formas de avaliar os resultados e produtos dos grupos e a partir daí propor e elaborar um instrumento de avaliação de resultados dos grupos.

Egido (2014, p. 123) sugere a necessidade de se resgatar a pesquisa-ação, por entender que esta reúne dois quesitos básicos para investigações atualmente: “fomentar a participação dos grupos e coletivos que vivem uma situação e encaminhar-se a transformação dessa realidade”, pois, se não há participação não há ‘empoderamento’ coletivo e então o conhecimento não serve ao interesse comum.

McNiff (2002) mostra a implicação da pesquisa-ação na tomada de consciência sobre os princípios que nos conduzem em nosso trabalho e diz que temos de ter clareza não só a respeito “do quê” estamos fazendo, mas também do “porquê” o estamos fazendo.

Tripp (2005, p.449) reforça que “compreender o problema e saber porquê ele ocorre são essenciais para projetar mudanças que melhorem a situação”.

Thiollent (2011) diz que em uma pesquisa-ação a participação das pessoas envolvidas nos problemas investigados é absolutamente necessária e que toda pesquisa-ação é do tipo participativa, porém, o que é chamado de pesquisa participante não é pesquisa-ação.

A pesquisa-ação precisa ser reconhecida como uma das várias formas de investigação-ação existentes; “pesquisa-ação, como uma forma de investigação-ação, é um processo corrente, repetitivo, no qual o que se alcança em cada ciclo fornece o ponto de partida para mais melhora no seguinte” (Tripp, 2005, p. 454).

“A metodologia não se faz por meio das etapas de um método, mas se organiza pelas situações relevantes que emergem do processo” (Franco, 2005, p. 486).

Dentro deste ciclo a reflexão tem que ocorrer durante todo o processo, ou seja, “o processo começa com reflexão sobre a prática comum a fim de identificar o que melhorar. A reflexão também é essencial para o planejamento eficaz, implementação e monitoramento, e o ciclo termina com uma reflexão sobre o que sucedeu” (Tripp, 2005, p. 454).

Pesquisa-ação é um método participativo desde que foi concebida e tem sido utilizada sob várias óticas e a partir de várias intencionalidades, compondo um “mosaico de abordagens teórico-metodológicas” (Tripp, 2005, Franco, 2005, p. 483). Sendo assim, é importante reconhecer as vertentes e modalidades existentes e escolher a que melhor se aplica ao objetivo do estudo.

Apesar de discutir o emprego do termo “pesquisa-ação” como sendo utilizado para designar qualquer transformação realizada na prática a partir da reflexão sobre esta, Tripp (2005) pautado em Grundy (1982 apud Tripp, 2005), considera cinco “modalidades” da pesquisa-ação: pesquisa-ação técnica, pesquisa-ação prática, pesquisa-ação política, pesquisa-ação socialmente crítica e pesquisa-ação emancipatória.

O desenho deste estudo se aproxima mais da definição da pesquisa-ação prática, pois, de acordo com o sugerido por Grundy (1982 apud Tripp, 2005), responde as seguintes perguntas:

“O projeto trata da melhora da eficiência e da eficácia de práticas comuns ou da introdução de novas?”[...] “O projeto está introduzindo uma prática nova para a situação, ou seja, o pesquisador está implementando, adaptando ou adotando uma idéia ou prática extraída de algum outro lugar ou está utilizando o projeto para desenvolver idéias ou práticas próprias inteiramente novas e originais?” (Tripp, 2005, p. 456-57)

No caso, a resposta para estas questões seria: sim, o projeto intenta a melhora da eficácia de uma prática comum e deseja introduzir novas práticas para a situação entendida como problema do estudo.

Franco (2005, p. 483, 490) discute a pesquisa ação em uma vertente crítico social, dialética e histórica, aprofundando “reflexões sobre a pertinência e as possibilidades da pesquisa-ação como instrumento pedagógico e científico”; “o conhecimento pretendido será o conhecimento da pedagogia de mudança da práxis”,

“pois o sujeito deve tomar consciência das transformações que vão ocorrendo em si próprio e no processo. É também por isso que tal

metodologia assume o caráter emancipatório, pois mediante a participação consciente, os sujeitos da pesquisa passam a ter oportunidade de se libertar de mitos e preconceitos que organizam suas defesas à mudança e reorganizam a sua auto concepção de sujeitos históricos” (Franco, 2005).

A partir destas conceituações, então, a opção metodológica deste estudo toma como base a definição de pesquisa-ação prática, leva em conta a participação dos envolvidos, sua atuação, a reflexão e a análise constantes no processo e a ampliação da ótica sobre formas, modos ou maneiras de avaliar os grupos praticados. Propõe a participação dos sujeitos de forma que deem encaminhamentos críticos e busquem resolução quanto aos problemas percebidos a partir de suas vivências.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família, em uma microrregião da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, no Município de São Paulo.

A escolha das UBSs com ESF se deu exatamente pelo fato de serem os locais de atuação das equipes de NASF.

Quanto aos dados demográficos, a região de Itaquera possui uma área de cerca de 54,30 Km², com a população estimada em 523.848 habitantes, e densidade demográfica de 9.647 habitantes por Km² (Prefeitura do Município de São Paulo).

Atualmente, para essa população, o território conta com os seguintes equipamentos de saúde: 1 Hospital Municipal (Prof. Dr. Waldomiro de Paula), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 2 serviços de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 serviços de Assistência Médica Ambulatorial Especializada (AMA E), 1 Ambulatório de Especialidades Médicas (AMB ESPEC), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e drogas III, 1 CAPS adulto II, e 2 CAPS infantil II, 1 Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), 1 Centro de Especialidades Odontológicas II (CEO), 1 Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CRST), 1 Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), 1 Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA), 1 Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS), 8 AMAs/UBS Integrada e 15 UBSs, sendo que destas 23 últimas, apenas 9 são unidades com Estratégia de Saúde da Família (UBSF) (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2016).

As UBSFs recebem o suporte de 04 equipes de NASF, estas por sua vez são compostas por 30 profissionais atualmente divididos em: equipe 1: 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta; equipe 2: 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 2 fisioterapeutas; equipe 3: 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 2 fisioterapeutas; e equipe 4: 1 psicólogo, 1 educador físico, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 2 fisioterapeutas.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram, inicialmente, os participantes dos grupos realizados pelas equipes de NASF e em sequência os profissionais que coordenam esses grupos.

Os usuários participantes dos grupos foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que voluntariamente desejaram participar foram entrevistados a partir de um roteiro simples de questões previamente elaborado.

Quanto aos profissionais, foram convidados a participar da pesquisa aqueles que realizavam grupos nas UBSFs ou territórios de abrangência destas, também foram convidados a participar de forma voluntária e os que tiveram interesse participaram por meio de oficinas.

O número de participantes da pesquisa foi de 37 participantes de grupos e de 13 profissionais do NASF.

5.4 LEVANTAMENTO DE DADOS

5.4.1 Entrevista com os usuários participantes dos grupos

A entrevista foi realizada em grupo por meio da aplicação de um roteiro denominado “O que se espera como resultado do grupo” (APÊNDICE A), o qual permitiu contato/entrevista direta com os usuários.

A entrevista e o roteiro como instrumentos de coleta foram estruturados em três domínios subdivididos em: 1) dados sócio-demográficos dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, renda); 2) perguntas sobre a participação no grupo (Há quanto tempo você participa do grupo? e Por qual motivo

você está nesse grupo, ou por que você participa?); e 3) a pergunta da pesquisa propriamente dita (O que você espera como resultado do grupo em que participa? Ou, o que você acredita que este grupo pode te oferecer de benefícios?).

Quanto aos dados do primeiro domínio, estes foram registrados por escrito em cópia do roteiro que foi entregue aos entrevistados. Quanto as repostas das perguntas do segundo e terceiro domínio, estas foram gravadas durante as entrevistas em grupo, para posterior transcrição e categorização em temas.

As entrevistas ocorreram em quatro momentos: primeiro com grupo “Leve e Saudável – Ginástica e Caminhada” (n=8), segundo com o grupo “Oficina de Memória” (n=10), terceiro com o grupo de “Coluna” (n=12) e por último, com o grupo de “Nutrição” (n=7).

As perguntas foram direcionadas a cada grupo como um todo e os sujeitos tiveram a liberdade de responder conforme se sentiam a vontade para tal, foi priorizada uma organização para que todos ou a maioria tivesse a oportunidade de falar.

A abordagem desses participantes foi feita no próprio local e horário em que acontecem os grupos, não sendo necessário o deslocamento desses nem a mudança de rotina quanto ao dispêndio de tempo.

O tempo para a apresentação dos objetivos e finalidade da pesquisa, convite de participação, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e realização da entrevista foi de uma hora e meia a duas horas, que é geralmente o tempo utilizado na execução de cada grupo pelas equipes de NASF.

As datas para a realização dessa abordagem foram acordadas com os profissionais coordenadores dos grupos que, por sua vez, ficaram livres para acordar previamente com os participantes.

5.4.2 Oficinas com os profissionais que executam os grupos

Inicialmente as oficinas seguiram um roteiro (APÊNDICE B) para levantamento de temáticas e problematizações (“oficinas introdutórias”) e posteriormente para a elaboração do instrumento de avaliação de resultados dos grupos de acordo com os achados e produtos dos processos anteriores. A abordagem dos profissionais foi feita após acordo com a coordenação do NASF e foi solicitada junto à instituição em que trabalham e à Supervisão Técnica de Saúde a liberação para a participação dos interessados, a princípio em 5 oficinas com

duração de 2h cada uma. Em contrapartida, a Instituição teria o instrumento produzido para uso em seu benefício e o tempo despendido pelos profissionais poderia ser contabilizado como Educação Permanente. O local, datas e horários de execução das oficinas foram pactuados com a coordenação do NASF e com os profissionais conforme maior pertinência para estes. Toda a discussão ocorrida nas oficinas foi gravada com consentimento dos participantes.

5.4.2.1 Oficinas introdutórias reflexivas

1ª Oficina:

- Apresentação dos objetivos e finalidades da pesquisa, apresentação dos participantes e elaboração de “contrato de trabalho”. Discussão para caracterização dos grupos e identificação sobre em qual ou quais conceitos de educação e saúde esses grupos se apoiam. Para o levantamento de características dos grupos foi utilizado um formulário pré-estruturado (APÊNDICE C).

2ª Oficina:

- Seguimento da discussão sobre conceitos de saúde e educação e saúde que regem os grupos e discussão sobre porque considera-los para elaborar um instrumento de avaliação;
- Início da discussão sobre dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos.

3ª Oficina:

- Seguimento do tema dificuldades e possibilidades e levantamento das principais e discussão com sugestões para metas e estratégias em relação ao tema;
- Elaboração de síntese com os profissionais sobre as possíveis formas de avaliar resultados e/ou identificar produtos dos grupos realizados.

5.4.2.2 Oficinas para a elaboração do instrumento de avaliação

4ª Oficina:

- Discussão sobre o que é importante e faz sentido avaliar em um grupo;
- Apresentação dos temas emergidos a partir das entrevistas com os participantes dos grupos;

- Elenco e discussão sobre os itens norteadores e indicadores de resultados para o instrumento, a partir dos produtos das oficinas anteriores.

5ª Oficina:

- Elenco e discussão sobre os itens norteadores e indicadores de resultados para o instrumento, a partir dos produtos das oficinas anteriores (continuação);
- Definição do instrumento em global ou específico;
- Montagem do instrumento;
- Considerações sobre a aplicação e outras possibilidades a partir do instrumento elaborado.

Encontro de fechamento:

- Síntese sobre o processo das oficinas e participação na pesquisa;
- Devolutiva e entrega do instrumento impresso aos demais profissionais das equipes de NASF.

5.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Para tratamento dos dados foi utilizado o procedimento metodológico da análise temática de conteúdo e, a partir desta, foram apresentadas as representações dos temas abordados.

Segundo Bardin (2009) a análise de conteúdo se constitui pelo uso de técnicas de análise das comunicações para obtenção de indicadores que permitam a inferência dos conhecimentos relativos à produção e recepção das mensagens.

A análise temática é uma dessas técnicas e sua execução é mais rápida, pois se limita à identificação de temas ou núcleos de significação, sem a interpretação ou inferência. É apropriada no estudo de motivações, opiniões, tendências e etc., tanto no discurso individual como no de grupo (Bardin, 2009).

A organização da análise se deu a partir do levantamento dos dados dos roteiros da entrevista e dos questionários sobre o perfil e características dos grupos, transcrição das gravações dos encontros, leitura e leitura flutuante do material transcrito para identificação dos temas ou núcleos de significados trazidos nas falas, agrupamento dos trechos de discursos relativos aos núcleos de significados semelhantes, por tema central da entrevista e oficinas, e por fim, a definição de categorias ou categorização em temas por núcleos de significado.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP sob o número 2.026.670 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo sob o número 2.038.897 (ANEXO 2). Foi apresentado a Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde Leste e ao Núcleo Técnico da APS Santa Marcelina – Organização Social (OS) que administra as UBSFs onde foi realizada a pesquisa. Mediante e após a anuência de todas as instâncias foram iniciados os procedimentos de coleta de dados.

Cada sujeito foi convidado pessoalmente pelo pesquisador responsável para participação na pesquisa e, após todos os esclarecimentos necessários quanto ao teor do estudo, seus objetivos e finalidade, a divulgação dos dados apenas em publicações científicas, a garantia de sigilo dos dados e do anonimato dos sujeitos, a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, sem prejuízo de seus cuidados, entre outros, aqueles que voluntariamente desejaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES D e E), elaborado em duas vias, de acordo com as normas e resolução 466/2012.

Os participantes receberam uma cópia do TCLE possibilitando contato com a pesquisadora ou CEP para esclarecimentos de possíveis dúvidas ou desistência.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS

Foram entrevistados 37 participantes dos grupos realizados pelas equipes de NASF, sendo 8 participantes do grupo “Leve e Saudável – Ginástica e Caminhada, linha de cuidado Promoção de Saúde”, 10 participantes do grupo “Oficina de Memória, linha de cuidado Saúde Mental”, 12 participantes do grupo de “Coluna, linha de cuidado Reabilitação Física” e 7 participantes do grupo de “Nutrição, linha de cuidado Alimentação e Nutrição”.

6.1.1 Perfil sócio demográfico

6.1.1.1 Idade

Quanto à idade dos participantes dos grupos verificou-se que em sua grande maioria estes são idosos, com idade entre 60 - 70 anos, sendo este resultado mais expressivo no grupo da linha de cuidado Reabilitação Física (Grupo de Coluna), representando 58% da população do grupo.

Do total de participantes dos quatro grupos, 43% estão na faixa etária entre 60 – 70anos; e, se somados todos os participantes com idade entre 60 – >80 anos o total representativo dessa faixa etária será de 61%.

Tabela 1 - Idade dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Idade em anos / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por idade	
	N	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
≤40	-	-	-	-	-	-	1	(14)	1	(3)
>40 ≤50	2	(25)	-	-	-	-	1	(14)	3	(8)
>50 ≤60	2	(25)	-	-	4	(33)	1	(14)	7	(19)
>60 ≤70	2	(25)	4	(40)	7	(58)	3	(43)	16	(43)
>70 ≤80	-	-	4	(40)	-	-	1	(14)	5	(13)
>80	1	(12,5)	-	-	1	(8)	-	-	2	(5)
Não Responderam	1	(12,5)	2	(20)	-	-	-	-	3	(8)
Total por grupo	8	(100)	10	(100)	12	(99)	7	(100)	37	(100)

Observa-se que a idade dos participantes é bastante elevada e talvez, para estes, o grupo pode ser visto como uma alternativa de autocuidado em um momento da vida em que há mais tempo livre, ou em um momento da vida em que se veem mais sozinhos e sentem a necessidade de preencher seus ‘espaços livres’.

Ser acolhido, conviver, socializar, se encorajar para mudar, receber apoio e apoiar o outro, ter alguém pra conversar e compartilhar, são motivos de participação referidos pelos usuários dos grupos, assim como poderemos conferir mais adiante nos itens 6.2.1.3 e 6.2.1.5.

6.1.1.2 Gênero

Os participantes dos grupos são predominantemente mulheres, representando 76% da população entrevistada.

Tabela 2 - Gênero dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Sexo / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por sexo	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Masculino	-	-	5	(50)	3	(25)	1	(14)	9	(24)
Feminino	8	(100)	5	(50)	9	(75)	6	(86)	28	(76)
Total por grupo	8		10		12		7		37	(100)

Segundo dados estatísticos, no município de São Paulo a proporção da população com idade entre 60 e 69 anos é de 7 homens para cada 10 mulheres, e naqueles com mais de 80 anos essa relação cai para 5 em cada 10 (IBGE, 2010).

No uso dos grupos pela população estudada essa diferença de proporção é maior ainda, sendo 3,23 homens para cada 10 mulheres participantes.

6.1.1.3 Estado Civil

A maioria dos participantes se encontra casado, separado e viúvo, com 43, 14 e 22% respectivamente. O número de solteiros foi menor e coincide com o número reduzido de pessoas com idade inferior a 40 anos.

Tabela 3 - Estado civil dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Estado Civil / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por estado civil	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Solteiro (a)	2	(25)	-	-	2	(17)	2	(29)	6	(16)
Casado (a)	2	(25)	5	(50)	4	(33)	5	(71)	16	(43)
Separado (a)	2	(25)	1	(10)	2	(17)	-	-	5	(14)
Viúvo (a)	1	(12,5)	3	(30)	4	(33)	-	-	8	(22)
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não Responderam	1	(12,5)	1	(10)	-	-	-	-	2	(5)
Total por grupo	8	(100)	10	(100)	12	(100)	7	(100)	37	(100)

6.1.1.4 Escolaridade

A maioria dos participantes dos grupos tem um baixo grau de escolaridade, 57% não tinham o ensino médio completo (27% com ensino fundamental incompleto, 11% com ensino fundamental completo e 19% com ensino médio incompleto) e 14% nunca frequentou a escola. Apenas 16% e 5% tinham o ensino médio completo e superior completo respectivamente.

Os baixos níveis de escolaridade se correlacionam com a elevada faixa etária dessa população, fenômeno que pode ser justificado pela falta ou baixa efetividade de políticas públicas inclusivas há algumas décadas.

No município de São Paulo a taxa de idosos com analfabetismo é de 8,9%, enquanto entre os mais jovens (15 a 29 anos) a proporção de analfabetos é de apenas 1 %. (IBGE, 2010).

Tabela 4 - Escolaridade dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Escolaridade / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por escolaridade	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
NFreq	2	(25)	2	(20)	-	-	1	(14)	5	(14)
EFI	2	(25)	2	(20)	5	(42)	1	(14)	10	(27)
EFC	-	-	-	-	3	(25)	1	(14)	4	(11)
EMI	1	(12,5)	4	(40)	2	(17)	-	-	7	(19)
EMC	1	(12,5)	1	(10)	1	(8)	3	(43)	6	(16)
ESI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESC	-	-			1	(8)	1	(14)	2	(5)
Não respondeu	2	(25)	1	(10)	-	-	-	-	3	(8)
Total por grupo	8	(100)	10	(100)	12	(100)	7	(99)	37	(100)

Legenda: NFreq=Não frequentaram; EFI=Ensino fundamental incompleto; EFC=Ensino fundamental completo; EMI=Ensino médio incompleto; EMC=Ensino médio completo; ESI=Ensino superior incompleto; ESC=Ensino superior completo; NResp=Não responderam.

6.1.1.5 Renda

Vinte e dois por cento dos participantes referiram não ter nenhuma renda e 60% recebia entre 1 e 2 salários mínimos, sendo a maioria destes últimos aposentados (Tabela 5).

As médias nos indicadores de renda dos participantes dos grupos se equiparam às médias da região Leste em suas áreas mais periféricas e se apresenta igual ou muito aproximada dos demais distritos e bairros periféricos da cidade, ao mesmo tempo em que estão muito abaixo da média quando comparadas aos dados dos distritos em regiões mais centrais (de acordo com a distribuição dos domicílios por faixa de renda) na cidade de São Paulo (IBGE, 2010).

Ainda segundo dados do IBGE (2010) na faixa etária de rendimentos de meio a três salários mínimos situam-se 58,8% dos domicílios de São Paulo, porém, esse dado se refere a renda *per capita*, o que não é possível afirmar que ocorra com a população estudada, pois apesar da renda referida (60% recebendo entre 1 e 2 salários mínimos) ser relativa à sua renda individual, muitas vezes, esses rendimentos são a principal ou até a única fonte de renda da família.

Tabela 5 - Renda dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Renda / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por renda	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nenhuma	2	(25)	-	-	4	(33)	2	(29)	8	(22)
1-2 salários mínimos	4	(50)	6	(60)	7	(58)	5	(71)	22	(60)
3-4 salários mínimos	1	(12,5)	-	-	1	(8)	-	-	2	(5)
5 ou mais salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	1	(12,5)	4	(40)	-	-	-	-	5	(13)
Total por grupo	8	(100)	10	(100)	12	(99)	7	(100)	37	(100)

6.1.1.6 Ocupação/Profissão

O perfil profissional dos participantes dos grupos evidenciou que a maioria ocupava funções na área de serviços e que demandavam menor qualificação ou nível de escolaridade, como por exemplo, funções de auxiliar de limpeza, doméstica, costureira, pedreiro, balconista. Do total 5,4% estavam desempregados, e apenas um sujeito estava afastado do trabalho pela Previdência Social. Os aposentados representavam 37,8% do total, o que reforça a ideia de que esta fase da vida lhes proporcione maior tempo livre para dedicar-se ao autocuidado como citado anteriormente (Tabela 6).

A baixa escolaridade pode ter influenciado a inserção em ocupações de pequena qualificação e também está diretamente relacionada com a baixa renda dos participantes.

Estudo do IPEA (2013) divulgou que “o aumento da escolaridade foi o principal fator de expansão da renda do trabalho” nas últimas duas décadas, porém, ainda há grande procura por trabalhadores com menos anos de estudo, como por exemplo, empregadas domésticas e trabalhadores da construção civil.

As atividades ocupacionais apontadas, por sua vez, também podem estar relacionadas ao desenvolvimento ou manutenção de condições crônicas de doença e saúde.

No item 6.2.1.1 a questão de apresentar doenças crônicas foi um dos principais motivos relatados pelos participantes de estarem nos grupos.

Tabela 6 - Ocupação/Profissão dos participantes de grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Ocupação/profissão / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por ocupação	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aposentado(a)	-	-	2	(25)	2	(25)	4	(50)	8	(22)
Doméstica aposentada	1		-		1		-		2	(5)
Babá aposentada	1		-		-		-		1	(2,7)
Feirante aposentado	-		1		-		-		1	(2,7)
Auxiliar limpeza aposentada	-		-		1		-		1	(2,7)
Do lar aposentada	1		-		-		-		1	(2,7)
Do lar	3		3		1		1		8	(22)
Costureira	1		-		-		-		1	(2,7)
Pedreiro Marceneiro Dono de bar	-		1		-		-		1	(2,7)
Doméstica	-		1		-		-		1	(2,7)
Boticário	-		1		-		-		1	(2,7)
Balconista de farmácia	-		-		1		-		1	(2,7)
Consultora de vendas	-		-		1		-		1	(2,7)
Agente Comunitária de Saúde	-		-		-		1		1	(2,7)
Auxiliar de serviços gerais	-		-		-		1		1	(2,7)
Do lar/desempregada	-		-		1		-		1	(2,7)
Operador de máquina desempregado	-		-		1		-		1	(2,7)
Motorista profissional afastada pela Previdência	-		-		1		-		1	(2,7)
Não responderam	1		1		2		-		4	(11)
Total por grupo	8		10		12		7		37	(100)

6.1.1.7 Tempo de participação no grupo

O tempo de participação nos grupos foi elevado, a soma dos usuários com participação de 1 ano até 3 anos ou mais foi de 51% (Tabela 7).

Há que se refletir sobre o formato e objetivos dos grupos para tentar elucidar o porquê do período prolongado de participação.

Tabela 7 - Tempo médio de participação nos grupos do NASF, São Paulo, 2018.

Tempo de participação / Por Grupo	Grupo Ginástica e Caminhada		Oficina de Memória		Grupo de Coluna		Grupo Nutrição		Total por tempo de participação	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0-6 meses	1	(12,5)	2	(20)	5	(42)	6	(86)	14	(38)
7-11 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ano ou mais	2	(25)	1	(10)	5	(42)	1	(14)	9	(24)
2 anos ou mais	2	(25)	2	(20)	-	-	-	-	4	(11)
3 anos ou mais	1	(12,5)	3	(30)	2	(16)	-	-	6	(16)
4 anos ou mais	1	(12,5)	-	-	-	-	-	-	1	(3)
Não respondeu	1	(12,5)	2	(20)	-	-	-	-	3	(8)
Total por grupo	8	(100)	10	(100)	12	(100)	7	(100)	37	(100)

Grupos fechados normalmente tem um período definido, grupos abertos não. Porém, mesmo sendo grupos abertos, também devem estimular a autonomia para a busca de outros recursos na comunidade para manutenção de um novo estado de saúde ‘adquirido no grupo’.

Quando se propõe a avaliação dos resultados de grupos a variável “tempo de participação” pode interferir diretamente, pois, os usuários estão há tanto tempo no grupo porque estes não são eficazes a curto-médio prazo ou exatamente pelo contrário, porque o grupo oferta respostas positivas e ainda passa a ser um lugar de pertencimento social para essa população?

É importante então definir ou identificar a característica principal do grupo, se este é “um meio para” ou “um fim”.

Melo e Campos (2014) encontraram como aspecto mais relevante de seu estudo “os usos sociais que os informantes conferiam aos grupos” em que participavam, como por exemplo, o “acesso facilitado ao serviço e aos profissionais de saúde” e como sendo uma maneira de “navegar” pelo serviço.

Este aspecto é importante em uma avaliação de grupo, ou seja, o grupo como uma modalidade assistencial complexa não deve ser avaliado com critérios reduzidos a aspectos de produtividade ou índices numéricos ou biológicos.

6.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS

6.2.1 Motivos de estar no grupo e/ou o quê esperam como resultado

6.2.1.1 Porque tem doenças crônicas ou outros agravos e para tratar e/ou controlar estas

Doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doenças musculoesqueléticas degenerativas, dores crônicas, obesidade e sobrepeso, alimentação inadequada, questões emocionais, de saúde mental, sofrimento psíquico, questões de convivência e socialização foram os motivos mais citados dentre os entrevistados participantes dos grupos, a maioria referiu ter ou estar em uma ou mais destas condições.

“Porque é bom né? Dor intensa na coluna, nos quadris. E ajuda também assim pra... pra mim é bom pra tudo né, pra melhorar a dor, tenho Parkinson, que me atormenta um pouco. E também convivência, eu busco muito essa, assim pra não me isolar, porque é uma doença muito chatinha, o Parkinson é muito chato, então se eu ficar isolada lá em casa eu fico deprimida, então é melhor procurar conviver com pessoas, conversar, ter uma atividade, pra tudo né?”

“O meu é por causa que a médica pediu pra mim fazer exercício, porque eu tenho diabete, pressão alta, colesterol, tenho asma, tenho um monte de coisa, se eu falar tudo...” [Risos e vozes ao fundo]. Aí eu tava no peso mais alto, aí ela pediu pra mim fazer exercício e eu tô fazendo e tô adorando porque eu tô sentindo efeito, já emagreci um pouco [...].”

O controle e o tratamento destas doenças e agravos foram colocados como resultado esperado, o que reforça a ideia de que o grupo é percebido pelos participantes como um dispositivo complementar de cuidado destas doenças.

“[...] É importante né, porque se não fizer aí vai ficar parado aí fica com depressão né, e fica mais grave a doença né, fica complicando né, dando complicação. Nem deu complicação nenhuma né depois que eu fiz, o médico, eu vim aqui no médico e ele falou pra mim fazer exercício né, e aí eu não conseguia fazer, era difícil fazer, pra mim, fazer o serviço em casa e vim né, aí eu comecei vim, aí deu certo [...]”.

“Então como, no meu caso, eu tava a ponto de usar insulina por causa da diabetes não era, aí o médico mandou eu fazer caminhada, aí eu vim pro grupo, eu faço bastante caminhada, ando. É bem controlada, é bem controlada minha diabetes, não passa de 160, mas ainda é alto ainda, mas de 6 em 6 meses eu faço exame, mas graças a Deus, porque na minha família tem três diabéticos que precisa usar insulina, mas eu não vou tomar insulina. Aí ele, faz caminhada, faz caminhada, faz caminhada, faz atividade que você vai melhorar, graças a Deus nunca tomei não”.

“Então, eu, um dos meus motivos é que na família nossa tem muito né, Alzheimer não sei o quê, falei, ah eu vou pra prevenir, melhorar, pra não, né? Já perdi uns três tios com esse problema, então a gente fica né com a orelhinha... de olho né, vem participar dos grupos né?”

“É, se não fosse o grupo, fazer caminhada, essas coisas, eu tava entredada numa cama, porque eu tenho osteoporose também, não é [...]”.

Ao pensarmos sobre os objetivos dos grupos que incluem o cuidado e manejo das doenças crônicas, este é condizente com o principal motivo que leva os usuários a participarem.

“Pra mim é um prazer satisfatório porque eu tinha muita dor, no andar me jogava longe também, me dava choque no pé, em qualquer lugar e me jogava longe. Hoje não, hoje eu tô mais firme, tô apta ao meu serviço, trabalho fora faço meu café na empresa, tô tranquila por causa desse grupo mesmo, tira as dor mesmo, sem isso aqui eu não seria nada, porque dói mesmo, que dor terrível, então eu to bem mesmo, graças a Deus”.

6.2.1.2 Para atender prescrição/orientação médica ou de outro profissional da saúde

Muitos dos participantes, a princípio, vão ao grupo por terem recebido orientação médica ou de algum profissional da saúde. Com isso, além de perceber que a população adere a um atendimento em grupo por ter sido encaminhada por um profissional em quem confia, nota-se que a equipe de saúde e os profissionais da Atenção Primária têm nos grupos um dispositivo complementar no cuidado a saúde de seus pacientes e os reconhecem como parte da terapêutica clínica.

“Porque a médica mandou eu vim” [risos].

“Eu também estou aqui porque eu estava depressiva né, porque a médica falou pra fazer caminhadas, eu costuro, trabalho costurando né, então, aí dói muito as minhas costas, mas a caminhada estou melhorando, porque eu não conseguia mas fazer nada, mas só ficava chorando, também estava depressiva por isso que médica falou pra fazer caminhadas, também estou no grupo de mulheres também, estou fazendo [inaudível] estou melhorando, porque não fazia mais nada só ficava chorando, não queria sair, colocar o pé na rua, mas agora eu melhorei, bastante [inaudível]”.

“[...] aí por acaso, um dia de chuva forte, eu tava passando com ela, aí a G. apareceu na sala, não sei que motivo que aconteceu, aí a enfermeira, a E.

falou assim, aí G. eu preciso muito falar com você, aí ela marcou o grupo e eu já comecei a vim[...].”

“Eu vim aqui porque eu tô com duas hérnias de disco, fiquei travado dois meses e meio, e eu vim aqui porque eu fui recomendado pelo ortopedista, pra que eu fizesse a fisioterapia, segundo ele ia espaçar mais essas dores e diminuir a probabilidade de travar novamente”.

Ao mesmo tempo em que os participantes têm consciência sobre a importância do cuidado e manejo das condições crônicas, nota-se que muitos participam do grupo, pelo menos a princípio, porque lhes foi prescrito o cuidado pelo profissional de saúde, o que reafirma que o modelo biomédico – doença-prescrição, ainda se faz muito presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Um ponto interessante a se verificar é se no decorrer do grupo essa concepção biomédica vai sendo trabalhada e os sujeitos percebem ou têm no grupo um espaço de conscientização e autonomia em relação a outros determinantes de sua condição de saúde, para além do desarranjo biológico de seus corpos.

“Ah, então foi assim, eu tava muito depressiva, tive problema, tinha perdido minha mãe, meu marido voltou a beber, aí eu me separei por causa de ignorância dele, que ele me falava muita coisa, me judiava muito com palavra, aí eu conheci ela, na minha sala da minha médica, e eu sempre, a G. ela é uma médica psicóloga, psiquiatra, ela é a médica, é uma enfermeira que eu não sei explicar como que ela é [...] aí foi onde eu melhorei, me abriu, eu chorava muito [...], graças a Deus eu estou bem, estou ótima, a vista que eu era, estou ótima, eu só não sei escrever... aí ela conseguiu trazer meu marido no médico, mas ele não melhorou o jeito dele, mas eu melhorei o meu jeito de viver com ele, por isso é o motivo que [inaudível] somos separados mas, de cama, não de casa, que ele não sai de casa, [risos] fazer o quê?”

“Eu. Eu comecei vir aqui faz três anos e eu não conseguia dormir, acordava com essa cortada nas costas assim né, aí comecei frequentar aqui, a médica passou me encaminhou pra cá e eu comecei fazer a fisioterapia aqui, alongamento, graças a Deus eu ando dez quilômetros por dia no parque do Carmo, um dia sim dia não, tô me sentindo cem por cento”.

“[...] e sobre a saúde, tá aí a saúde pública que tá uma calamidade, uma, um caos, que eu não sei nem falar essa palavra, tá fracassada, eu acho, é isso é os governantes que tem que melhorar a saúde né? A saúde, a educação, o respeito pelas pessoas, que ninguém tá tendo hoje né? E só... a gente não precisa falar nada não...”.

6.2.1.3 Para conviver, socializar, se encorajar para mudar, receber apoio e apoiar o outro, se motivar, ter alguém pra conversar e compartilhar

É possível perceber a necessidade de estar em grupo pelo acolhimento, companhia, motivação e apoio que este oferece.

“É que nem nós temos o exemplo né, acabamos de ter o exemplo da H. e da dona D. aqui, que elas participando do grupo elas saíram da depressão, disso e daquilo, pra que melhor? E a gente aqui tem amizade com todas, as vezes a gente tem mais afinidade com umas em conversar, outras menos. Que nem eu vi o exemplo da R. ali, eu me senti, assim, mal, assim dela falar, tadinha, ela tem que fazer esforço por ela né, correr atrás por ela, não por causa de, de filho, de marido, disso, daquilo, pela saúde dela; dela falar que vem aqui por motivo dela e se não fosse ela não vinha; mas ela tem que ir. E participar cada vez mais, não faltar R., não deixa de faltar, de vim, porque o grupo a gente reunido, a gente faz a força... Óh a H., fiquei feliz de H. falar: eu não tava conseguindo fazer isso e agora óh tá aqui, faz né H.? Nós tem amizade com todas, óh dona D. também, óh o jeito de dona D. aqui”.

“As conversas, né? É bom conversar[...]”.

O grupo é um espaço de convivência e socialização, espaço onde é possível se encorajar para as mudanças propostas recebendo e apoiando uns aos outros. O potencial da terapêutica em grupo se revela nessa percepção dos participantes, que talvez em um atendimento isolado, apenas profissional-paciente, não encontrassem essa mesma motivação para as mudanças no estilo de vida propostas em um plano terapêutico.

“Quando eu entrei aqui, eu entrei com a C., né? O médico falou pra eu vir com a Carol. Eu tinha perdido minha irmã, meu filho mais velho tinha entrado nas drogas, meu neto tava preso, aí comecei naquela né, depressão, só chorava, chorava, aí comecei passar com ela e já me passou pra outra médica, a médica passou pra C., eu fiquei com ela, e agora a C. me enturmou aqui na turminha e eu tô adorando, quando eu não venho eu sinto falta... me sinto bem [inaudível]. Os meninos [dizem]: mãe a senhora antes só vivia chorando, chingando, gritando, por tudo eu chingava, agora não, a senhora canta, a senhora põe música aí e tira a gente pra dançar [...]”.

“Ficar em casa sózinha, quase não tem com quem conversar, tem filho, mas aí sai, trabalha, fica sozinha e vai piorando mais ainda né? [...]”.

“Saúde, autoestima, porque em grupo a gente escutando uns aos outros falar, adquire conhecimento, experiência de vida, vê né, compartilha, eu acho que fica mais, dá mais apoio assim, a gente se encoraja mais né?”.

“E essas reuniões eu acho que de grupo é bom, que é o que você disse, um vai... a minha dúvida é a dela, é a da outra, e sempre a gente vai trocando umas ideias né. Então eu acho muito importante esse... participação de grupo”.

“E gente precisa de gente. Por isso que, é, com certeza, fala-se em grupo de pessoas, porque ninguém faz as coisas sozinho, um depende do outro né, a nutricionista, a psicóloga, né, as orientações vem de todos os lados”.

6.2.1.4 Por gostar, ser bem tratado, ser acolhido (espaço de escuta)

Diretamente relacionado ao item 6.2.1.3 está a questão do bem estar, do sentimento de pertencimento, de ser acolhido e bem tratado.

“Eu também me sinto tão feliz de participar desse grupo, que pra nós, tudo que a gente ouve aqui, e... a E. disse também, é coisa tão linda pra nós, porque nós já somos de, de idade né, então é uma coisa tão linda pra nós, porque nós vamos nos lembrando o que nós éramos antes. Então eu me sinto tão feliz”.

“Faz bem pro outro né, tem hora que está cabisbaixo né? Não quer ir. Ai não tá dando certo. Não mais hoje ela falou tanta coisa que a gente né, absorvendo assim, refletindo assim depois, não, realmente é aquilo mesmo”.

“Porque aqui é uma família”.

“O motivo é de eu gostar mesmo, e eu gosto mesmo de estar aqui”.

As falas dos participantes, em muitos momentos, exaltam os profissionais de saúde que coordenam o grupo, sendo este um critério de extrema importância para a participação e adesão. Gostam do ambiente, sentem-se como “em família”. Reconhecem o esforço dos profissionais em ofertar o cuidado a eles, mesmo quando as condições para o trabalho não são favoráveis (falta de recursos, por exemplo).

“[...] Eu acho a estrutura do governo muito ruim, mas o empenho dos profissionais é maravilhoso, então dá prazer de vir aqui, ver esse carinho que R., M., T., vocês tem com a gente né, é muito bacana, mas a estrutura do governo é péssima. Porque aqui a gente não tem estrutura de nada pra fisioterapia, mas o empenho deles é tão grande, o carinho com a gente que a gente supera isso e vem feliz pra cá, eu venho muito bem graças a Deus [...]”.

“[...], Eu tô impressionada de ver o empenho que vocês têm, eu assim, vocês é quem merecem os parabéns [...] sabe esse convívio com as pessoas, esse carinho, esse empenho que o R., você, T., M., os agentes de saúde, eu fico assim, querendo ajudar, tirando leite de pedra, vocês tiram leite de pedra é impressionante [...]”.

“A M. é fantástica né? Ela ajuda a gente, eleva a autoestima da gente, ela chega no pontinho onde você menos espera, vai lá e toca pra gente enxergar um novo conceito que não conhecia”.

“Não é puxando o saco não, que às vezes as pessoas falam assim, ahh fala porque puxa o saco, ahh porque vocês, não é. A gente tem que dar valor, tem que saber valorizar as pessoas que a gente vê que tá fazendo algo por você[...]”.

Os fatores tempo livre, idade e baixa renda também podem ser elementos facilitadores para a participação nos grupos da UBS por estes serem de fácil acesso: forma de entrada e de acolhimento, localidade próxima a residência, e pela ausência de outros espaços de socialização no território.

“Eu venho porque eu gostei né, das conversas, das coisas né, e outra, não tem nada a fazer mesmo, então venho pra ver, um fala outro não fala né, aí fica, a minha, meu cérebro funcionar, só isso”.

6.2.1.5 Para adquirir conhecimento, aprender coisas novas e ter orientação

A questão de estar no grupo para adquirir conhecimento, aprender coisas novas e receber orientação foi colocada como item para discussão por ter sido pouco referida nos discursos, representando que, quando muitas vezes o objetivo do grupo é “orientar” ou “prescrever orientações”, este aparentemente não é o mais forte motivo para que os participantes estejam no grupo ou algo que esperem prioritariamente do grupo. Aparentemente, mais do que receber orientações gostam de discuti-las.

“A gente fica mais experiente né, a gente assistindo essas aulas assim né?”

“E eu espero adquirir conhecimento, como muitos que a M. passa pra gente do cotidiano, do dia a dia, por exemplo, meu sonho era ter uma panela elétrica, eu descobri que não serve pra nada, eu achei interessantíssimo, o que ela faz? Ela quebra todas as moléculas de nutrientes dos alimentos, que fica tudo inútil. Então, o conhecimento é tudo [inaudível]”.

“E escutando tem um profissional mesmo que vai te orientar o certo, porque nem todo mundo fala certo, a gente tem que cortar muito o que vem por aí, muitas coisas que não é; propaganda enganosa; e quando você escuta um profissional mesmo, que nem ela fala com firmeza quando ela fala.

Isso reforça a ideia de que o cuidado em saúde não se dá apenas pela oferta terapêutica específica do profissional para o grupo, mas muito também pelas descobertas, relações e vínculos estabelecidos e pelo compartilhamento de experiências entre os pares.

6.2.1.6 Para melhorar a saúde, a qualidade de vida e prevenir complicações.

Os participantes são conscientes da importância dos cuidados em saúde para além da medicação e consultas individualizadas, sem desvalorizar estas.

Mostram-se esclarecidos sobre a importância do autocuidado quando referem que o motivo de estar lá e o que esperam do grupo é justamente melhorar a saúde, a qualidade de vida e prevenir que outros problemas se instalem.

Porém, melhorar a saúde, em alguns casos, pode ser entendido pelos participantes apenas como controlar as doenças.

“A gente é, como é que fala, a gente participar do grupo delas é, a gente ter qualidade de vida, cada vez melhorar mais. Com elas a gente tem certeza que a gente vai melhorar[...]”.

“Eu é pra prevenir doenças, proteção, ter mais qualidade de vida, mais disposição, com alimento saudável e natural a gente tem mais disposição”.

“Então tô, eu, comecei a participar do grupo também, por qualidade de vida porque eu também tenho problema de saúde, sou diabética[...]”.

“Bom eu, eu espero que cada um de nós que vença os desafios do colesterol, [risos] da diabete, da falta de domínio próprio com a comida né, da alimentação né, da doença que quer persistir conforme aquilo que a gente ingere”.

“Ah melhora a saúde.”

“O meu objetivo né, é o fortalecimento dos músculos com os exercícios coordenado né, os exercícios corretos, pra ver se pelo menos, eu sei que isso não tem cura, mas pelo menos eu espace mais as minhas dores e evito de travar novamente, o meu objetivo é esse”.

Apesar de reconhecerem e esperarem que o grupo seja um meio para melhorar a saúde e a qualidade de vida é importante questionar se estes usuários têm neste grupo ofertado pelo serviço de saúde o principal espaço para alcançar essa expectativa.

“Porque essa palestra, esses, essa dinâmica nossa aqui, sempre continua ativa, porque nós precisamos muito, né? Porque também agora entra nesse período da depressão essas coisas, então nós precisa sempre estar aqui. Gostaria que não acabasse os exercício, nada, é muito bom pra nós, nós estamos sempre ativo aqui. Então foi esse o meu motivo”.

A depender da resposta a esse questionamento pode-se inferir que há carência de espaços na comunidade que reforcem e valorizem práticas de promoção de saúde, e que, em alguns casos, a UBS é o único equipamento da comunidade que ofereça espaços de práticas saudáveis.

Os principais motivos e expectativas dos usuários participantes dos grupos estão resumidos na figura 1.

Figura 1- Representação dos motivos pelos quais os usuários participam dos grupos. Os números entre parênteses representam o número de participantes que referiram o tema.

Levando em conta todos os motivos e expectativas dos participantes em relação à sua participação no grupo não foi percebido o reconhecimento do grupo como espaço de educação popular em saúde, ou seja, como espaço ou lugar para discussões, críticas ou elaborações sobre determinantes sociais de saúde e reconhecimento da saúde como direito.

Então, o grupo é um bom lugar para se estar, é um meio livre de barreiras para acessar o serviço de saúde e permanecer nele, oferta subsídios para a mudança de estilo de vida, monitoramento e controle das condições crônicas e ainda permite a convivência e momentos de diálogo com o outro, sendo muitas vezes este o único espaço na comunidade que permita ao sujeito exercer um papel de

protagonista da sua própria história, ao se olhar como autônomo e responsável por si, se sentindo cuidado e ao mesmo tempo cuidador.

6.3 Profissionais que coordenam e executam os grupos

Participaram das oficinas de construção do Instrumento de Avaliação 13 profissionais das equipes de NASF, sendo estes de diferentes formações e executantes de grupos nas linhas de cuidado que são foco do Instrumento: Saúde Mental, Reabilitação Física, Alimentação e Nutrição e Promoção de Saúde.

6.3.1 Categorias Profissionais

As oficinas foram realizadas com profissionais de diferentes especialidades, sendo: 2 nutricionistas, 3 fisioterapeutas, 3 educadores físicos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 fonoaudióloga, 1 psicóloga, 1 assistente social, englobando assim diversos núcleos de saberes (Tabela 8).

6.3.2 Tempo de formação, tempo de atuação em equipes de NASF e especialização profissional.

O tempo médio de formação acadêmica dos profissionais foi de 13,7 anos (aproximadamente 164 meses). A média de tempo de trabalho em equipes de NASF foi de 5,5 anos (aproximadamente 66 meses). O tempo de atuação nas equipes de NASF foi importante para indicar que a maioria dos profissionais tinha experiência com grupos e vivências que corroboraram com as discussões e construção do instrumento, de modo que este fosse pensado com critérios de aplicabilidade, viabilidade e fidedignidade à prática dos grupos realizados e de acordo com os processos de trabalho das equipes. As áreas de especialização foram diversas, sendo que 1 (8%) participante tinha especialização em Saúde Pública e 3 (24%) em Saúde da Família; e os demais (68%) em áreas do conhecimento pertinentes ao cuidado das doenças crônicas (Tabela 8).

A maioria dos profissionais tinha especializações relacionadas à competências técnicas específicas e menos da metade tinha especialização correlata com o trabalho em saúde pública ou em atenção primária a saúde (Tabela 8).

Não foi relatada a formação ou aprimoramento para o trabalho específico com grupos, porém, todos os profissionais planejavam e executavam grupos e tiveram a

prática incorporada em suas ações por ser atribuição do trabalho em APS e do NASF.

Tabela 8 - Tempo de formação e atuação em equipe de NASF e área de especialização

Categoria Profissional	Tempo de formação em anos	Atuação em NASF em anos	Área de Especialização
Nutricionista 1	6	6	Nutrição humana e terapia nutricional enteral
Nutricionista 2	9	6	Nutrição humana aplicada a prática clínica; Nutrição aplicada ao exercício físico; Aprimoramento em nutrição hospitalar
Fisioterapeuta 1	20	3,5	Fisiologia do exercício; Aprimoramento em ergonomia; Mestrado em ciências.
Fisioterapeuta 2	5	1,5	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Fisioterapeuta 3	18	7	Saúde da Família; Aprimoramento em Angiologia
Educador Físico 1	8	6	Saúde Pública
Educador Físico 2	10	6,5	Residência em Saúde da Família e Comunidade
Educador Físico 3	12	8,75	Fisiologia do Exercício
Terapeuta Ocupacional 1	11,83	4,58	Reabilitação musculoesquelética; Ergonomia.
Terapeuta Ocupacional 2	4	1,67	Residência multiprofissional em reabilitação de pessoas com doença física e incapacitante
Fonoaudiólogo	9	4,67	Núcleo de Processamento Auditivo
Psicólogo	20	6	Psicologia Clínica com área de concentração em psicoterapia breve para adultos
Assistente Social	45	9	Sem especialização
Média de tempo	11	5,5	-----

A prática e o desenvolvimento de habilidades e competências para a atividade se deu na própria vivência e contexto de trabalho, ou seja, a expertise se deu e se

dá pela prática e pelo tempo de trabalho no NASF, no caso dos profissionais participantes da pesquisa, a média de tempo de trabalho destes proporcionou à eles capacitação para o planejamento e execução de grupos.

6.4 Categorias empíricas a partir das oficinas com os profissionais que coordenam os grupos

6.4.1 Perfil e características dos grupos realizados

A partir da aplicação de formulário pré-estruturado e discussão na oficina 1 foi possível identificar o perfil e algumas características dos grupos executados pelas equipes de NASF e que ofertam cuidados para condições crônicas de saúde.

Os grupos tinham a frequência bimestral, mensal, quinzenal, semanal ou de 2 a 3 vezes por semana. A duração de cada encontro variou de 50 minutos a 2 horas, e quase todos os grupos eram executados por mais de um profissional NASF, sendo estes de categorias diferentes. As modalidades de encaminhamento eramAs principais condições de saúde atendidas eram: questões e demandas de saúde mental, depressão, transtornos do humor, perda de memória, senilidade, rebaixamento cognitivo por falta de estímulos, dor crônica, dor e problemas musculoesqueléticos em coluna vertebral e articulações, problemas ortopédicos, sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. Em resumo, a maioria dos grupos tinha a frequência semanal, com duração média de 1h, era realizado por mais de um profissional NASF e todos atendiam condições crônicas.

Zimerman (1997) classifica, de modo geral, os grupos em operativos e psicoterapêuticos, a depender das finalidades a que se destinam.

O escopo de ações da maioria dos grupos realizados pelas equipes de NASF se enquadra na descrição de grupos operativos por apresentarem elementos relativos ao campo ensino aprendizagem, comunitários e terapêuticos, apesar de também haver grupos específicos com perfil psicoterapêutico, estes realizados pelos profissionais de saúde mental, que podem incluir técnicas cognitivo-comportamentais, de psicanálise ou teoria sistêmica, por exemplo (Zimerman, 1997).

6.4.1.1 Linhas de cuidado, objetivos e forma de avaliação ou instrumentos atualmente utilizados

As principais linhas de cuidado atendidas pelos grupos foram:

- Promoção de saúde (estímulo de hábitos saudáveis de vida);
- Reabilitação física;
- Alimentação e nutrição;
- Saúde mental.

Estas estavam condizentes com o observado na prática cotidiana no que se refere aos grupos que cuidam de condições crônicas de saúde.

Os objetivos, incluindo os principais e os secundários, eram:

- Promover ou abordar qualidade de vida;
- Promover saúde;
- Controlar e prevenir doenças crônicas;
- Estimular e promover mudança de estilo de vida;
- Estimular a prática de atividade física;
- Oferecer apoio nutricional, promover reeducação alimentar ou melhorar hábitos alimentares;
- Reduzir a dor crônica e melhorar função para atividades de vida diária;
- Promover ou ofertar cuidado em saúde mental ou estimular atividade mental e cognitiva;
- Fomentar participação social e em atividades ocupacionais;
- Promover socialização e ofertar espaço de aprendizado e convivência;
- Ampliar rede de apoio;
- Orientar sobre direitos e cidadania.

Quanto aos objetivos dos grupos estes estão de acordo com as patologias ou queixa principal do usuário e com as principais condições atendidas nos grupos, por exemplo, reduzir a dor e melhorar a função no caso de limitações por alterações musculoesqueléticas.

Estão também de acordo com as propostas da OMS para cuidados de doenças crônicas, como por exemplo, promover mudanças no estilo de vida e oferecer orientações para o autocuidado (Mendes, 2012).

Sobre os instrumentos atualmente utilizados e/ou formas de avaliação, verifica-se que a aplicação dos instrumentos se dá conforme a escolha de cada profissional coordenador do grupo, de acordo com sua formação ou experiência profissional e a partir de instrumentos com que tenham mais familiaridade, podendo

mesclar itens de um ou mais instrumentos padronizados, utilizá-los só em parte e/ou acrescentar questões de acordo com os objetivos e funcionamento do grupo.

Os principais instrumentos já utilizados para avaliar eram:

- Mini exame do estado mental;
- EVA e questionário de atividades funcionais;
- Versão resumida do WHOQOL;
- Avaliação antropométrica;
- Questionário sobre qualidade de vida;
- Instrumento personalizado sobre estilo de vida e hábitos (antes e depois);
- Instrumento personalizado sobre hábitos alimentares;
- Instrumento personalizado sobre dor (medicação, fatores emocionais, cuidados e atividades físicas);
- Instrumento personalizado para auto percepção do paciente em relação aos sintomas (intensidade) e a si;
- Indicadores para estado emocional e apoio familiar.

Apesar de as equipes de NASF realizarem grupos com os mesmos objetivos ou com objetivos muito similares para cada linha de cuidado, de uma forma geral, e apesar de utilizarem instrumentos diretamente relacionados aos temas dos grupos, não há sistematização do processo de avaliação e nem o uso de um instrumento padronizado apropriado a esta prática das equipes.

Não havia consenso em relação às formas de avaliação no que se refere ao tipo de instrumento, aplicabilidade, periodicidade ou frequência de aplicação e quanto à análise dos dados.

Em alguns momentos o instrumento era pensado e elaborado pelo profissional, mas não chegava a ser aplicado.

Nos casos em que eram aplicados, cada profissional definia um momento, conforme disponibilidade e critérios individuais ou pactuados com o profissional com quem compartilhavam a coordenação do grupo.

Após a aplicação corria-se o risco dos instrumentos respondidos serem arquivados sem a análise e, normalmente estes não eram reaplicados posteriormente para comparação.

A estrutura e características dos grupos, incluindo as linhas de cuidado, objetivos e as condições crônicas atendidas atualmente, podem ser visualizadas de modo geral na tabela 9, a seguir.

Tabela 9 – Estrutura dos grupos NASF, Coordenadoria Regional de Saúde Leste, São Paulo, 2018.

Nome do Grupo	Objetivo principal	Objetivo (s) secundário (s)	Linha de cuidado principal	Outra Linha de cuidado atendida	Executado por	Duração / Frequência	Encaminhamento / Tempo total do grupo	(N)
Oficina de memória	Promover ginástica cerebral	Promover atividade mental e socialização	Promoção de saúde	Alimentação e Nutrição / Saúde Mental	Assistente Social + outros profissionais NASF em rodízio	1h30 / Quinzenal	Aberto / Contínuo	13
Oficina de memória (II)	Fomentar participação social e em atividades ocupacionais por meio da estimulação cognitiva e mental.	—	Promoção de saúde	Saúde mental / Reabilitação	Terapeuta ocupacional + outros profissionais NASF conforme demanda	1h / Semanal	Fechado / Contínuo	6
Movimente-se	Estimular a prática física, melhora do condicionamento físico, força muscular e adequação do peso	Melhorar função para AVD's, promover socialização, melhorar hábitos alimentares	Promoção de saúde	Alimentação e Nutrição / Saúde Mental / Reabilitação	Educador físico, nutricionista, agente comunitário de saúde	1 a 2 h / Mensal	Aberto / 8 encontros	20
Grupo de coluna	Reduzir quadro algico crônico de coluna e articulações e promover hábitos posturais saudáveis	Imprimir rotina de exercícios no dia-a-dia, aprendizado e consciência corporal	Reabilitação	Promoção de saúde	Educador físico e fisioterapeuta	1h / Semanal	Fechado / indeterminado (alta por redução do quadro algico)	15
Grupo de mulheres	Promover saúde mental, estimular a socialização e a qualidade de vida	—	Saúde mental	Promoção de saúde	Psicóloga, fisioterapeuta	1 a 2h / Quinzenal	Aberto / Indeterminado	8 a 10

Tabela 9 – Estrutura dos grupos NASF, Coordenadoria Regional de Saúde Leste, São Paulo, 2018.

Nome do Grupo	Objetivo principal	Objetivo (s) secundário (s)	Linha de cuidado principal	Outra Linha de cuidado atendida	Executado por	Duração / Frequência	Encaminhamento / Tempo total do grupo	(N)
Ginástica Adaptada	Promover qualidade de vida	Promover socialização	Promoção de saúde	Reabilitação	Educador físico e terapeuta ocupacional	1h / 2x/semana	Aberto / contínuo	30
Coluna II	Diminuir a dor, orientar sobre patologias, cuidados posturais e mudanças de hábitos de vida	Orientar sobre direitos e cidadania, alimentação e hábitos saudáveis	Reabilitação	Alimentação e Nutrição / Saúde Mental / Promoção de saúde	Fisioterapeuta, assistente social, nutricionista	50 min / Semanal	Fechado / Indeterminado	18
Reed alimentar adultos	Fomentar mudança no estilo de vida e reeducação alimentar	—	Alimentação e nutrição	Promoção de saúde	Nutricionista, educador físico	1 a 2h / Quinzenal	Aberto / Indeterminado	10 a 20
Nutriciente	Oferecer apoio nutricional	Abordar qualidade de vida e estimular a mudança do estilo de vida	Alimentação e nutrição	Promoção de saúde	Nutricionista e educador físico	1 a 2 h / Bimestral	Aberto / Indeterminado	20
Leve e saudável	Promover Saúde por meio da atividade física	Controlar e prevenir DCNT, ampliar rede de apoio, cuidar da saúde mental	Promoção de saúde	Alimentação e Nutrição / Saúde Mental	Educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo	1h / 3x/Semana	Aberto / Indeterminado	15
Grupo de exercícios	Trabalhar a atividade física com foco na promoção de saúde	Promover socialização	Promoção de saúde	Alimentação e Nutrição / Saúde Mental / Reabilitação	Educador físico	1h / Semanal	Aberto / Indeterminado	15

6.4.2 Visões de saúde e de educação e saúde que apoiam os grupos

Foram discutidos conceitos de saúde e educação e saúde e a partir desta discussão os profissionais reconheceram em qual ou quais deles apoiam o trabalho com grupos.

Foi constatado que os profissionais baseiam o trabalho com os grupos numa visão que transita entre o “conceito ampliado de saúde” e o de “saúde como norma”, e parcialmente no “modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde”, apesar de não ser possível a atuação direta sobre estes.

“Pensando nessa questão da saúde assim no caso, nos grupos de ginástica eu acho que os pacientes eles já tem essa outra visão né que são grupos abertos, são grupos de promoção, então né, a gente tenta, mas não costuma ser um direcionamento, outras categorias NASF até direcionam: então o psicólogo atende alguém que tá precisando se inserir socialmente, ela manda pro grupo né, as bases de saúde mental tudo mais, a G. manda, mas tem aquelas pessoas que buscam por elas mesmas e aí já por essa visão de se responsabilizar pela sua saúde, de falar não eu preciso porque né, ainda que o motivo seja a pressão, seja o diabetes, mas de entender que ela tá precisando daquele momento e aí quando vem pro grupo, eu sempre tento trabalhar a questão de estar em grupo, de ser um grupo, de se identificar com aquelas outras pessoas né, de que é um espaço conjunto de melhoria de tudo né, de vida, então algumas se tornam amigas e criam uma rede pra fora do espaço do grupo, então acho que é uma diferença dos grupos que são né de promoção[...]”.

“E as vezes a gente tem trabalhado outras coisas que não só a alimentação; motivação, que vem muita coisa que aí, hoje ele vem por conta da dor, por conta do peso, mas vem é, uma avalanche de coisa anterior a isso [...], as vez você sai até sugado, de tanta coisa que você vai trabalhando pra que você consiga chegar na dor, pra que você consiga chegar na alimentação [...]”.

Apesar de em alguns momentos os profissionais discutirem e apresentarem em suas falas a atuação na visão de uma abordagem integradora, em outros as falas permitiram verificar que, apesar do conhecimento estar internalizado e haver o desejo e interesse em trabalhar neste modelo, a realidade dos processos de trabalho e do sistema de saúde hoje não viabiliza essa prática.

“É porque tem coisa que a gente consegue influenciar mais né, a questão da moradia as vezes trás um adoecimento mas nem sempre acho que faz parte mas, por exemplo, segurança e moradia as vezes a gente não consegue tanto influenciar, agora os outros, pensando no que a gente pode agir é mais fácil, o bem estar físico, mental, social, embora o outro também entra porque a gente sabe que adocece né[...]”.

“Eu acho que os grupos né, pelo menos assim, tô pensando por exemplo, no grupo de dor crônica né, que a gente aborda bastante fisio, educador físico, eles vem, os pacientes vem com esse conceito de saúde como

ausência de doença, né o paciente vem com esse conceito né, dele, que ele quer a cura, por exemplo, a cura da dor; e quem é o ser que vai fazer isso, somos nós [profissionais] e que a parte na verdade dele é muito pequena, isso se aplica aos grupos de nutri, eu acho que a todos né. Então acho que esse é o grande desafio, é um conceito que vem com eles, que também acho que a gente tem ainda enraizado alguma coisa disso, mas que a gente tenta mudar e tenta acho que essa abordagem mais de educação em saúde[...]"

Já a visão relativa à característica educativa dos grupos perpassa pelo conceito de "educação **em** saúde" e vai de encontro ao conceito de "Educação **e** saúde".

"[...] então o que ele aprender né no grupo, ele tem que fazer e que noventa e cinco por cento é dele e não nosso né, então eu acho que é exatamente essa dificuldade no conceito né, do que ele espera e do que a gente tá tentando propor, né, de mudança de hábito, de que não é alguma coisa que ele vai fazer lá [...] eu acho que a nossa abordagem é mais com relação a essa abordagem mais integradora, mas a gente tem essa dificuldade nossa, que eu acho que a gente também tem essa visão de, não vamos ter que melhorar a saúde, a queixa, e ele também né, que vem com essa expectativa né, é uma dificuldade, mas a gente tenta essa abordagem, principalmente a educação em saúde, a gente busca muito isso né, essa abordagem mais de educar do que só tratar".

"[...] eu acho que isso também é um desafio né, a gente trabalhar na educação mas o quanto aquilo que a gente tá passando é aplicável né, no dia a dia, então assim, quando né, o caso de sucesso o paciente fala 'não vou me dar alta porque eu já to reinserido, porque eu já to participando socialmente né, coisas que ele deixava de fazer ele retoma, então assim, é foi bem sucedido porque ele percebeu que aqui era só um espaço fechado, um treinamento pra ele expandir na rotina, na vida[...]".

Este primeiro conceito sobre educação está diretamente relacionado à saúde normativa, a qual prevê que o profissional ou técnico utiliza o saber e o conhecimento específico com o objetivo de alterar comportamentos, hábitos e estilos de vida. E quando o indivíduo não segue as prescrições ou orientações este é responsabilizado pelo seu adoecimento ou pelo não sucesso de seu tratamento, assim como apontado por Vasconcelos (2001).

O segundo conceito relativo à educação, o qual condiz com a prática dos profissionais, amplia um pouco mais o seu escopo ao reconhecer que há determinantes sociais e sua relação direta com as condições de saúde de uma população.

Mas, mesmo reconhecendo esses determinantes e propondo ações que olhem o sujeito em sua totalidade (humana, social, cultural, econômica), os objetivos e as ações do grupo não podem ser considerados suficientes ou promotores de

impactos significantes para mudar o contexto real de vida do indivíduo, família, comunidade, população no que se refere ao estímulo do exercício da cidadania em busca de seus direitos (Stotz, 1993; Valla, Guimarães, Lacerda, 2007; Vasconcelos, 2001).

“[...] e eu acho que assim a gente tenta trabalhar essa questão mesmo da saúde ampliada né, porque às vezes tem uma pessoa que não tá vindo no grupo, a gente não tá conseguindo inserir ali, a gente fala ‘caramba mais eu percebi que ela vem sempre de chinelo, será que ela não tem um tênis?’ daí a gente tá dando até um kit pra pessoa poder participar né, e essa coisa, ah mais os dentes né, tem uma paciente super jovem que tá com problema lá, e a gente tá pensando na odonto, então assim, eu acho que é um conceito mais ampliado”.

Esse estímulo poderia ser alcançado pela “educação **popular e saúde**”, a qual tem as suas práticas voltadas para a conscientização, ação e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no reconhecimento e enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos e culturais, em uma macro-estrutura, que influenciam diretamente sua saúde; e, sobretudo leva em conta o saber popular e o conhecimento advindo dos sujeitos para as transformações sociais, conceito esse embasado na educação popular de Paulo Freire (Brasil, 2007; Freire, 1996; Stotz, 1993).

Entretanto, trabalhar a partir desta visão de “educação **popular e saúde**” e estimular e colocar esse exercício no espaço de grupo, não se mostrou viável a partir de uma instituição com regimentos e normas voltadas para o cuidado em saúde preventivo e curativo. Caberia aqui a necessária complementaridade de ações junto aos movimentos sociais para ampliar a discussão e ação sobre os determinantes sociais.

Essa ampliação implica em uma maior aproximação dos movimentos sociais e organizações voltadas para a garantia de direitos e justiça social.

O lugar da saúde entendido hoje como meio para (e que deveriam fomentar) o exercício de cidadania e luta por direitos em saúde são os espaços dos Conselhos Gestores de Saúde locais.

Além dessas questões, os profissionais e participantes não demonstraram em seu discurso ou falas, no momento da pesquisa, a intenção ou visibilidade de trabalho nessa vertente emancipatória de “educação popular e saúde”.

No quadro 1 há uma síntese das visões de saúde e educação, objetivos e instrumentos utilizados e em quais grupos.

Quadro 1 - Grupos de NASF: visões de saúde e educação e saúde, objetivos e instrumentos de avaliação utilizados, São Paulo, 2018.

Grupo	Visão de saúde e de educação em saúde	Objetivos	Instrumento de avaliação	O que é avaliado com esse instrumento?
Oficina de memória	Conceito ampliado de saúde Determinantes sociais da saúde Educação e Saúde	Promover ginástica cerebral / atividade mental e socialização	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Estado emocional; apoio familiar
Oficina de memória (II)	Conceito ampliado de saúde Determinantes sociais da saúde Educação e Saúde	Fomentar participação social e em atividades ocupacionais por meio da estimulação cognitiva e mental.	Mini exame do estado mental	Função cognitiva (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, compreensão, habilidade motora fina).
Movimente-se	Conceito ampliado de saúde Educação e Saúde	Estimular a prática física, melhora do condicionamento físico, força muscular e adequação do peso Melhorar função para AVD's, promover socialização, melhorar hábitos alimentares	Questionário (personalizado) e avaliação antropométrica	Hábitos de vida e dados antropométricos (peso, altura, IMC)
Grupo de coluna	Conceito ampliado de saúde Saúde como norma Educação em saúde Educação e Saúde	Reduzir quadro algico crônico de coluna e articulações e promover hábitos posturais saudáveis Imprimir rotina de exercícios no dia-a-dia, aprendizado e consciência corporal	Personalizado (elaborado pelo profissional) + EVA	Dor e atividades funcionais
Ginástica adaptada	Conceito ampliado de saúde Determinantes sociais da saúde Educação em saúde Educação e Saúde	Promover qualidade de vida Promover socialização	Instrumento sobre qualidade de vida	Qualidade de vida

Quadro 1 - Grupos de NASF: visões de saúde e educação e saúde, objetivos e instrumentos de avaliação utilizados, São Paulo, 2018.

Grupo	Visão de saúde e de educação em saúde	Objetivos	Instrumento de avaliação	O que é avaliado com esse instrumento?
Grupo de Coluna II	Saúde como norma	Diminuir a dor, orientar sobre patologias, cuidados posturais e mudanças de hábitos de vida Orientar sobre direitos e cidadania, alimentação e hábitos saudáveis	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Aspectos da dor (medicação, emocional, cuidados e atividade física)
Reeducação alimentar adultos	Conceito ampliado de saúde Educação em saúde Educação e Saúde	Fomentar mudança no estilo de vida e reeducação alimentar	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Estilo de vida e hábitos
Grupo de mulheres	Conceito ampliado de saúde Determinantes sociais da saúde	Promover saúde mental, estimular a socialização e a qualidade de vida	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Intensidade de sintomas, sentimentos, auto percepção
Nutriciente	Conceito ampliado de saúde Educação em saúde Educação e Saúde	Oferecer apoio nutricional Abordar qualidade de vida e estimular a mudança do estilo de vida	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Mudanças no habito alimentar
Leve e saudável	Conceito ampliado de saúde Educação em saúde Educação e Saúde	Promover Saúde por meio da atividade física Controlar e prevenir DCNT, ampliar rede de apoio, cuidar da saúde mental	Whoqol – versão resumida	Qualidade de vida
Grupo de exercícios	Conceito ampliado de saúde Determinantes sociais da saúde Educação e Saúde	Trabalhar a atividade física com foco na promoção de saúde Promover socialização	Personalizado (elaborado pelo profissional)	Perfil, como se sentia quando iniciou o grupo e o que melhorou

6.4.3 Dificuldades e possibilidades ou motivações para avaliar os resultados dos grupos

As principais dificuldades apontadas para a avaliação de resultados de grupos foram relacionadas à forma de organização dos processos de trabalho, à dinâmica de trabalho das equipes de NASF junto à ESF, que priorizava outras atividades ou demandas “mais urgentes”, à habilidade profissional para o manejo em avaliações de grupos (formação acadêmica para aplicação de instrumentos padronizados individualmente), às questões referentes às características dos participantes e, em alguns momentos, dificuldades relacionadas às questões de estrutura física, por exemplo, espaço e material e, por fim, à não existência de um instrumento que abarque a avaliação de todos os objetivos, contemple as necessidades do grupo e se adapte a todas as questões anteriores, além de permitir seu uso e análise posterior dos dados de forma sistematizada.

“A dificuldade eu coloquei ter um indicador que seja objetivo, porém, amplo. Então é até o que a gente vai fazer né. Então montar esse indicador que não tenha dez páginas; e o tempo, por vezes a gente tá na correria ali e não tem o tempo de aplicar ou não tenho tempo depois de tabular, então, as minhas dificuldades são essas”.

“Direcionado é muito mais fácil [...] no grupo tem mais ou menos dez a vinte pacientes dependendo do grupo, você não vai também ter tempo hábil também pra poder aplicar, então, eu acho que tem que pensar também nessa praticidade desse questionário”.

“O quê eu já tentei utilizar, já tentei, pensei na verdade, não cheguei a pegar, é a COPM que é a medida de desempenho ocupacional canadense, só que ela é muito difícil de compreensão e com a população que a gente atende [...], ela vai avaliar o quê a pessoa consegue fazer ou como ela acha que ela faz e o que ela gostaria de fazer né, e aí entra os vários papéis ocupacionais da vida desde lazer, produtividade, todos. Só que a maneira de, essa compreensão assim: eu faço agora, como eu faço agora e como eu desejaria fazer e o quanto eu estou satisfeito com isso é muito difícil na compreensão, então assim, é um instrumento pra pessoa mesmo preencher, então talvez uma adaptação disso, não sei, aí eu acabei desistindo”.

“Acho que esse tempo [...] porque você tem que efetuar o grupo, evoluir no grupo, evoluir nos prontuários dos pacientes individualmente e aplicar o indicador, isso só de aplicar e ainda precisa depois analisar esse indicador, que a gente realmente falta muito tempo pra gente conseguir. A frequência dos participantes, porque aí as vezes você planeja tipo, vou aplicar tal dia, aí falta né, ou muda [os participantes] então, com relação, e até assim a nossa organização, então é uma dificuldade da gente tá organizado pra fazer isso, que a rotina é eu acho que é uma dificuldade que acaba nos englobando, tomando e material e espaço; material físico né então porque as vezes falta, papel, possibilidade de você..., cadeira, cadeira falta..., caneta, é material também assim, por exemplo, aí que eu possa usar o computador, que eu possa imprimir, que eu possa porque né tudo isso vou

precisar, o indicador ele vai ter que ser anotado, ele vai ter que ser, e o espaço, o espaço acho que nas UBSs é um problema sério né, de, pra gente ter um grupo tranquilo, né que a gente possa usar aquele espaço com tranquilidade, normalmente a gente tem tal horário, você tem que terminar porque já vai ter outra coisa ali, né então, você só pode começar a partir de tal hora porque lá, por exemplo, ah teve coleta, né então, acho que essa questão do espaço também é uma dificuldade né, eu acho que sim”.

“[...] O registro também posterior nos prontuários e também uma coisa que me pega muito é essa avaliação grupal e não individual, que às vezes a gente pára com cada um dos indivíduos pra avaliar, mas, e num todo também como grupo? Isso nunca apliquei.. a aplicabilidade também dos instrumentos, de ser rápido, de ser claro, e de conseguir avaliar aquilo que é necessário, as vezes a gente precisa de um ou dois ou mais pra conseguir ajustar ali nos objetivos do grupo e conseguir avaliar; é a compreensão dos usuários às vezes impede um pouco né então de ser claro; a formação do profissional também pro uso de alguns instrumentos que as vezes vem pra gente usar [...]”

“[...] E acho que a rotatividade dos pacientes, tem as faltas e tem aqueles que também desistem né [...]”.

As dificuldades colocadas pelos profissionais estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Dificuldades apontadas para a realização da avaliação de resultados dos grupos NASF, São Paulo, 2018.

Dificuldades	Descrição
Ser um instrumento que contemple as necessidades do grupo	Para além dos objetivos traçados apenas pelo profissional específico
Ter um indicador que seja objetivo e ao mesmo tempo amplo	Que alcance e revele o resultado alcançado de forma objetiva, sem reduzir o sujeito ou o potencial da ação do grupo
Dificuldade para avaliar em grupo (não individualmente)	Que podem ser relativas a formação acadêmica e profissional bem como aos instrumentos de avaliação padronizados que focam o indivíduo em um contexto profissional-sujeito
Aplicabilidade do instrumento	Número de páginas, tipo de perguntas se abertas ou fechadas, ser aplicável à usuários não alfabetizados
Características dos usuários	Alfabetização, compreensão, resistência ou não percepção por parte do usuário sobre a importância da avaliação
O perfil e a dinâmica do grupo	Se é aberto ou fechado; a rotatividade e a frequência dos participantes, bem como a falta em dia de avaliação
O tempo disponível, a organização e a rotina de trabalho	Desconfiguração da organização por demandas imediatas; priorização de outras atividades por parte das equipes de saúde da família, gerência e gestão; disponibilidade para o preparo de material e espaço
Falta de sistematização	Não existir sistematização para a periodicidade de aplicação e reaplicação; para tabular e analisar os dados; Para o registro dos dados dessa avaliação no prontuário individual do paciente. Não haver instrumento que se adeque a todas estas questões

Durante a discussão sobre as possibilidades de avaliação foram também colocadas algumas questões de motivação para realizá-la, ao mesmo tempo em que as possibilidades foram sendo traduzidas em metas a serem alcançadas. Assim como as dificuldades, as possibilidades foram relativas ao processo de trabalho e em ajustes na organização. Discutir formas de fazer junto aos colegas de equipes e discutir como já faziam facilitou a visualização das possibilidades de avaliar.

"Eu fui mais assim, o que nos move! É realmente eles observarem os resultados dos grupos né, o resultado daquilo pra vida dele, então, entrando nessa qualidade de vida né, a minha vida era assim e agora realmente eu percebi que tá assim. Mostrar tanto pra eles quanto pra nós profissionais, a eficácia desse grupo. Tá sendo eficaz realmente esse grupo? E aí até, coloquei aqui, melhorar a intervenção, porque as vezes a gente acha que tá de um jeito mas não tá tendo os resultados esperados e aí na reavaliação, na avaliação a gente observa que não é bem aquilo, opa, tenho que melhorar, então tenho que mudar a estratégia, né então, o que nos move, o que me moveria, o que me move é isso".

"Eu também coloquei, acabei colocando isso que a M. falou, de rever a técnica, rever qual que é a atividade, a dinâmica que você desenvolve, acho que serve pra também pra isso é, até pra gente avaliar em que medida que o grupo também tá sendo beneficiado desse indicador, que esse indicador tenha sentido né, não seja mais um papel pra ele responder. E o que move é a gente fazer sempre melhor né, e eu acho também uma coisa importante que a gente num, acaba no dia a dia que é muito corrido igual a M. falou enfim, eu acho até a gente pensar numa coisa maior de publicação de estudos, de artigos sim, de ter uma produção mais científica, eu acho que isso também pode tá contribuindo, eu coloquei isso aqui".

"Eu coloquei bem parecido com o da M., a única coisa diferente que eu coloquei foi assim, se a gente conseguisse tabular certinho melhoraria a visibilidade no nosso trabalho, as vezes naquele planejamento anual você tabular, mostrar com todo mundo junto é mais fácil pra eles entenderem que o bem estar completo não é só o peso né, mas porque o questionário que a gente, eu e a K. a gente sempre quebra a cabeça, então isso vai ajudar bastante, porque não é só a perda de peso, mas a socialização, aquela pessoa que não tomava nada de água e que tá tomando um litro e meio, é um ganho enorme, quem entrou com o intestino preso e que tá regulado, são outras coisas que são tão importantes, que as vezes você condensa e mostra numa reunião geral, é importante, porque pra eles é o resultado: olha, entrou com dor, as vezes pra Estratégia, é bom só se num tiver, se tiver sem dor, mas a melhora, o processo não entende. Ah entrou, precisa perder vinte quilos, 'nossa perdeu só três', então o grupo é ruim, mas e as outras coisas né, que nós não somos uma máquina né, é tanta coisa que influencia, então, que é o conflito[...]".

"E se for uma aplicação guiada né, assim, porque as vezes você pega um instrumento que é aquele monte de letreirinha pequena, aquele monte de coisa[...]".

As possibilidades colocadas pelos profissionais estão descritas no quadro 3.

Quadro 3 – Possibilidades apontadas para a realização da avaliação de resultados dos grupos NASF, São Paulo, 2018.

Possibilidades / Motivações (M)	Descrição
Planejar e organizar-se	Realizar cronogramas para o trabalho sistematizado
Trabalhar com amostra	Estabelecer critérios de inclusão para seleção da amostra
Auxiliar os participantes que tenham dificuldade de compreensão e/ou leitura	Permitir e estimular que os participantes com mais facilidade de compreensão, leitura e escrita auxiliem os que têm dificuldades
Ter garantia do espaço e materiais	Solicitar espaço e materiais formalmente (sala, computador, impressão)
Dividir responsabilidades entre os executantes do grupo	Quando o grupo for realizado por mais de um profissional dividir as tarefas na aplicação; quando não, convidar outro profissional NASF para auxiliar na aplicação do instrumento
Motivar os participantes	Explicar a razão da avaliação e a necessidade de verificar a evolução dos indivíduos e do grupo, mostrar os resultados encontrados
Fazer diagnóstico do grupo (M)	Reconhecimento dos resultados e feedback do trabalho do profissional
Repensar o grupo	Rever intervenção, técnica, atividades, dinâmica
Dar visibilidade ao grupo (M)	Dar retorno aos profissionais que encaminham aos grupos e às equipes de ESF
Facilitar publicação (M)	Ter avaliação estruturada facilita a publicação e divulgação dos resultados
Fazer o melhor (M)	Desejar fazer sempre o melhor pelo participante do grupo

6.4.3.1 Metas e estratégias para minimizar as dificuldades e para alcançar as possibilidades

As metas surgiram a partir das possibilidades e discutiram-se formas de alcançar essas metas. Apesar de serem atividades aparentemente simples, o processo de pensar as estratégias foi importante para auxiliar os profissionais a refletirem seus processos de trabalho (Quadro 4).

Quadro 4 – Metas e estratégias apontadas para realização da avaliação dos resultados de grupos NASF, São Paulo, 2018.

Metas	Estratégias
Otimizar o tempo/rotina	Fazer cronograma específico para avaliação dos grupos no planejamento, priorizar a atividade e cumprir.
Facilitar a aplicabilidade	Adequar o instrumento ao público (compreensão) e ao tempo disponível para aplicar.
Definir o tempo de aplicação e reaplicação	Utilizar instrumento atemporal.
Definir ou selecionar amostra	Aplicar com os participantes com um número mínimo de presenças no grupo durante um período determinado.
Esclarecer com o grupo a importância do indicador para o seu desenvolvimento pessoal e do grupo	Dialogar e dar retorno ao grupo sobre os resultados das avaliações
Desenvolver o instrumento ou indicador de acordo com as necessidades e objetivos do grupo	Identificar fatores em comum das linhas de cuidado; pensar no sujeito como um todo; identificar o objetivo do sujeito no grupo.
Conseguir espaço e materiais	Negociar com a unidade/comunidade, utilizar o próprio espaço do grupo para realizar a avaliação.
Registro em prontuários	Anexar o instrumento de avaliação ao prontuário individual (autorização da instituição)

6.4.4 Construção do instrumento de avaliação

Foram discutidas formas de avaliar e o quê seria de mais importância, ou seja, quais variáveis poderiam ser pensadas de forma a captar o dado clínico, como por exemplo, perda de peso, mas sem deixar de levar em consideração os fatores relacionados a isso, como por exemplo, ansiedade, auto estima, etc.

Outro fator relevante foi considerar os objetivos e motivações dos usuários.

"Pegando o gancho do que a B. falou acho que caberia até colocar aí, identificar o objetivo do sujeito no grupo [...]".

"Vai com a necessidade do grupo né, você identificou a necessidade deles, você sabe o que você vai ter que atuar com cada um deles né".

Foi discutida a questão de definir o instrumento em específico por categoria profissional, por linha de cuidado ou se seria global para atender mais que uma especificidade.

Levando em conta que os grupos na sua maioria tinham objetivos similares, eram coordenados ou tinham a contribuição de outros profissionais em suas especialidades, que se trabalhavam mais de uma linha de cuidado ao mesmo tempo e a subjetividade e complexidade dos sujeitos em suas necessidades de saúde, ficou definido que o instrumento deveria ser global.

"Seria uma avaliação única, então esse mesmo instrumento ele iria avaliar tanto a linha de reabi, quanto de saúde mental, quanto de reeducação alimentar, quanto de qualidade de vida, ou não, seria, ou não poderiam ter essas vertentes todas e aí ter uma parte mais genérica, e aí a gente não estaria trabalhando com um indicador e sim com três ou quatro...".

No caso de não haver no grupo algum item ou campo a ser avaliado, foi sugerida a colocação de espaço para sinalizar "não se aplica".

Os indicadores propostos para o instrumento foram pensados para avaliar cada linha de cuidado em suas particularidades privilegiando itens que faria sentido avaliar especificamente mas ao mesmo tempo indicaria algum aspecto relevante para outra linha de cuidado.

Por exemplo, no grupo de mulheres, um indicador relativo aos sintomas de ansiedade poderia contemplar outras questões, ou seja, a redução dos sintomas de ansiedade poderia ser fator relevante para a questão da reabilitação no alívio da dor e para a questão da mudança de hábito alimentar na redução do consumo de alimentos com açúcar.

"Eu acho que se a gente pensar no sujeito fica um pouco mais fácil né, quando a gente pensa nos objetivos, em avaliar globalmente ou especificamente, se entrar especificamente em cada área pode ser que a gente precisasse de um instrumento pra cada grupo desse, mas se a gente pensar no sujeito como um todo né, seria um instrumento só, para o indivíduo, então assim, de não, de dividir um pouco menos não sei, na minha opinião né e pensar no indivíduo por inteiro assim, mesmo na qualidade de vida, desenvolvimento de hábitos saudáveis, e aí a gente pode até deixar um espaço pra especificar quais né...".

"Do resultado, todo esse resultado é sobre aquele indivíduo que está participando do grupo".

"E eu, na maioria das vezes quando eu penso em grupo né, eu penso em você juntar várias pessoas pra ter um momento, e aí de repente a forma, se vai ser um grupo de orientação nutricional, um grupo de dor crônica, se vai

ser um grupo de mulheres de saúde mental, é só um viés pra você conseguir trazer esse paciente, o trabalho ele vai ser muito maior, porque depois que tiver no grupo, ali você vai trabalhar a dor crônica, vai trabalhar a orientação nutricional, você vai trabalhar a saúde mental daquele paciente, mesmo que ele não esteja ali pra aquilo, eu acho que a importância do trabalho em grupo é justo essa, que você consegue abordar todos esses temas com um único paciente e com todos ao mesmo tempo, então, numa consulta você vai fazer, pontuar alguma coisa, alguma orientação individual, mas no grupo acho que é isso né, é o fato de você conseguir socializar, que aí de repente a mulher que tá sem o tênis ela vai se sentir um pouquinho mais né, porque ela vai ver que tem outra pessoa que talvez não tenha, a que não tá com dente legal ela vai ver que talvez também tenha outras pessoas que também não tem e vai ficar mais a vontade ali e aí você consegue abordar todos esses temas, por isso que parece ser uma coisa muito mais ampliada até, eu gosto do trabalho em grupo por conta disso, você vai abordar tudo ali de uma vez, e aí por isso que é difícil fazer essas coisas assim”.

"Na atividade semanal, mas assim na unidade a gente vai uma ou duas vezes na semana, e se de repente nos outros dias eles frequentam os outros espaços, isso dá um apoio diferenciado né. A biblioteca pras fonos que fazem o trabalho né [fala intercalada: nossa faz muita diferença]".

6.4.5 Considerações durante os encontros de construção e perspectivas quanto a utilização do instrumento

As formas de uso do instrumento foram discutidas e a partir das dificuldades e possibilidades colocadas para realizar avaliação dos grupos optou-se por definir: forma e periodicidade de aplicação, com quais participantes, como seria feita a tabulação e análise dos dados posteriormente e questões de registro em prontuário.

"Acho que essa questão, que fala a rotatividade dos participantes, ah o primeiro dia que eu apliquei tinha quinze, o segundo tinha quatro, talvez trabalhar com amostra né, a amostra do primeiro dia foram dezenove e do segundo foram cinco, e aí trabalhar com porcentagem, acho que é uma das alternativas pra, por conta dessa questão de quantidade, porque vai ter paciente que vai estar na primeira avaliação, na segunda não, na terceira ele vai estar de novo, né, não sei, é uma alternativa acho".

Ficou acertado que o instrumento seria aplicado a cada seis meses, com os participantes com frequência regular em mais de 75% dos encontros.

A depender do objetivo ou perfil do grupo, se algum indicador ou campo não tiver relação direta será marcado o campo “não se aplica”.

A análise dos dados será feita pelos próprios profissionais, que intencionalmente inserir em seu planejamento um período específico para fazê-lo, como por exemplo, poderá ser utilizado o próprio dia e horário do grupo para fazê-lo, cancelando com antecedência o grupo, não tendo prejuízo para os usuários uma vez que seria feito apenas a cada seis meses.

Outra questão trazida para discussão pelos profissionais foi a possibilidade da análise simultânea de todos os grupos e com o mesmo instrumento, fator importante para facilitar a divulgação e publicação de resultados destes grupos, pois a avaliação seria “padronizada”.

"Bacana, acho que clareia mais A., pensar no sujeito e aí, é dar, eu acho que se ficar, acho né, um instrumento só pra todas as linhas, isso pra por exemplo, publicação, quantificar resultado, meu isso fica muito mais, o quanto de mais sujeitos a gente vai ter né, e em várias áreas e eu acho que aí caracteriza o NASF né, e aí a nossa luta pela sobrevivência".

"Gente, já pensou isso no prontuário?".

"Mesmo porque, até pensando nisso, é um instrumento nosso mas que vai servir pra toda a Estratégia, se o médico e o enfermeiro catar e olhar isso, opa espera aí, você entendeu, o tanto de informação que tem desse paciente aqui".

"E se for pra colocar mais de um instrumento no prontuário... e a gente tem que integrar né, tentar integrar, essa idéia de NASF, um dia a gente chega lá né?".

Enfim, o uso do instrumento pode beneficiar a melhora dos resultados dos grupos, pois, a medida que for sendo aplicado e analisado, permite rever objetivos, intervenções e expectativas dos usuários.

Também pode ser uma forma de *feedback* aos usuários, que no momento da avaliação poderão se auto perceber e na devolutiva dos resultados refletir sobre novas formas de auto cuidado.

6.5 Instrumento

Instrumento de Avaliação de Grupos NASF			
Nome do grupo:		Data da avaliação:	
Nome:	DN:	Sexo:	Pront.:
Cartão SUS:	Estado civil:	Escolaridade:	
Ocupação/profissão:	Quantas pessoas moram com você?		
Agravos: HAS () DM () Tabagismo () ____ Cigarros/dia Consumo de álcool () Frequência:			
Indicação/Hipótese diagnóstica:			
Queixa Principal:			
Expectativa:			
1. Início no grupo / tempo de participação:			
2. Participa de outros grupos?		Sim () Não () Se sim, qual(is)?	
3. Frequenta outros espaços na comunidade?		Sim () Não () Se sim, qual(is)?	
4. Realiza alguma atividade física?		Sim () Não () Se sim, qual(is)?	
Frequência:			
5. Peso: ____ Kg	Alt.: ____ Cm	IMC: ____	Circunferência Abdominal: ____
IMC: 18,5 a <25 Saudável / 25 a <30 Sobrepeso / 30 a <35 Obesidade Grau I / 35 a < 40 Obesidade Grau II / >40 Obesidade Grau III (mórbida)			
Alimentação e nutrição			NA ()
6. Consumo de alimentos in natura:		____vez(es)/dia ____vez(es)/semana ____vez(es)/mês	
Alimentos in natura: frutas, legumes, verduras, leite, carne, ovos, frango, etc.			
7. Consumo de alimentos processados:		____vez(es)/dia ____vez(es)/semana ____vez(es)/mês	
Alimentos processados: pães, queijos, enlatados, iogurtes, etc.			
8. Consumo de alimentos ultraprocessados:		____vez(es)/dia ____vez(es)/semana ____vez(es)/mês	
Alimentos ultraprocessados: bolachas recheadas, refrigerantes, embutidos, suco em pó, etc.			
9. Ingestão de água:		____copo(s)/dia	
Saúde Mental			NA ()
10. Como tem se sentido na última semana, incluindo hoje?		Ótimo () Bem () Mais ou menos () Mal ()	
Observações: _____			
11. Como é o seu relacionamento com a família?		Ótimo () Bom () Mais ou menos () Ruim ()	
Observações: _____			
12. Como é o seu relacionamento com os amigos?		Ótimo () Bom () Mais ou menos () Ruim ()	
Observações: _____			
13. Como é o seu relacionamento com os vizinhos?		Ótimo () Bom () Mais ou menos () Ruim ()	
Observações: _____			
14. Como é o seu relacionamento no trabalho?		Ótimo () Bom () Mais ou menos () Ruim ()	
Observações: _____			
15. Qual a sua capacidade em lidar com os problemas do dia a dia?		Ótima () Boa () Mais ou menos () Ruim ()	
Observações: _____			
16. Tem plano(s) para o futuro?		Sim () Não () Se sim, qual(is)?	
17. Toma antidepressivo ou calmante?		Sim () Não () Se sim, qual(is)?	
Há quanto tempo?			

Reabilitação

NA ()

18. Você sente dor? Sim () Não ()

Se sim, indique a intensidade da dor na régua e marque o(s) local(is) da dor no desenho.

Dor: começa em 0 = sentindo nenhuma dor e termina em 10 = sentindo a dor mais forte que já teve

19. Por causa dessa dor você deixou de realizar alguma tarefa/atividade do dia a dia?

Sim () Não () Qual(is)?

20. Faz uso de medicação para dor? Sim () Não () Frequência:

21. Tem dificuldade para realizar algum movimento corporal? Sim () Não () Qual(is)?

Promoção de Saúde

Para este tópico considerar os itens das demais linhas de cuidados (Alimentação e Nutrição, Saúde Mental e Reabilitação)

22. O que você acha que poderia ser melhorado no grupo?

Observações

7 CONCLUSÕES

Os usuários participantes dos grupos foram caracterizados e eram predominantemente mulheres, idosos, com baixa ou até nenhuma escolaridade e exerciam ocupações em áreas de serviços que demandavam menos qualificação, sendo grande parte destes, no momento da pesquisa, aposentados. O perfil dos usuários destaca a ideia de que esta fase da vida lhes proporcione maior tempo livre para dedicar-se ao autocuidado. Mais da metade participava do grupo por um tempo médio prolongado, denotando um perfil de grupo aberto e de uso para encontros e socialização.

A partir das motivações e expectativas apresentadas pelos participantes, conclui-se que o grupo é um “bom lugar para se estar”, é um meio livre de barreiras para acessar o serviço de saúde e permanecer nele, oferta subsídios para a mudança de estilo de vida, monitoramento e controle das condições crônicas e ainda permite a convivência e momentos de diálogo com o outro, sendo muitas vezes este o único espaço na comunidade que permita ao sujeito exercer um papel de protagonista da sua própria história, ao se olhar como autônomo e responsável por si, se sentindo cuidado e ao mesmo tempo cuidador.

Quanto aos profissionais que coordenam grupos, a variedade de especializações em áreas específicas, apesar de não serem diretamente relacionadas ao trabalho e manejo de grupos, foi útil para atender a demandas de condições crônicas de saúde, além do que, o tempo médio de formação acadêmica dos profissionais e a média de tempo de trabalho em equipes de NASF foi importante para indicar que a maioria deles tinha experiência e vivências com grupos.

Foi possível identificar e discutir sobre os objetivos, características e visões de saúde e educação, os quais se voltavam sempre para o foco de promover cuidados em saúde para mudança de estilo de vida e melhora da qualidade de vida, controlar e tratar doenças crônicas e prevenir agravos, além de fomentar o convívio e socialização, dentro da visão de saúde em seu conceito ampliado e da visão de educação em/e saúde.

O instrumento foi elaborado e contemplou uma necessidade real das equipes de NASF, as quais não tinham um instrumento próprio para avaliar grupos e, por isso, se utilizavam de vários instrumentos sem seguir uma organização sistematizada de avaliação desde a sua aplicação até a análise dos resultados.

O instrumento propõe a facilitação do processo avaliativo em todos os grupos nas principais linhas de cuidado que atendem. Contempla os objetivos dos grupos, a visão de saúde e educação que rege os profissionais, respeitando o que os usuários participantes esperam do grupo. Intenciona reduzir recortes nos resultados, evitando indicadores puramente biomédicos ou numéricos.

Não esgota o problema, mas configura-se em um ponto de partida para trazer novas respostas e possibilidades para a avaliação, permitindo a sua revisão e aperfeiçoamento constante.

As contribuições da pesquisa estão diretamente relacionadas não só a elaboração do instrumento, mas ao suprimento de uma demanda das equipes e do serviço e conseqüentemente à melhora da prática, pois foi possível refletir com as equipes modos de operacionalizar a avaliação de grupos e superar dificuldades a partir de suas próprias vivências.

Ter um instrumento padrão criado pelos próprios profissionais a partir de suas experiências cotidianas, além de viabilizar a sistematização para a avaliação e mensurar a eficácia dos grupos, norteia a prática com grupos e permite a discussão com os participantes durante o processo avaliativo, fazendo do momento da avaliação espaço para o desenvolvimento de autonomia.

Indiretamente houve a transformação dos sujeitos envolvidos no que se refere a apropriação de produtos e objetos de seu trabalho. O momento da pesquisa pôde ser tido como pedagógico e possibilitou reflexões sobre a prática contribuindo para sua melhora. Fomentou ainda, ao término das oficinas, o desenvolvimento de mais um campo de avaliação (pelos próprios profissionais NASF) para os grupos realizados com crianças, geralmente voltados a atrasos no desenvolvimento, aprendizado e linguagem. O que, tendo sido proposto pelos próprios profissionais que participaram da pesquisa, confirma que havia interesse genuíno por parte destes em elaborar o instrumento para a sua prática.

REFERÊNCIAS

Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 1992;8(4):361-365.

Albuquerque, AG ; Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. Revista CEFAC. 2012;14(5):952-962.

Allen KD, Bongiorno D, Coffman CJ, Datta SK, Edelman D, et al. Group Versus Individual Physical Therapy for Veterans With Knee Osteoarthritis: Randomized Clinical Trial. Physical Therapy, May 2016;96(5):597-608.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Barreto MF. Dinâmica de grupo: história, prática e vivências. Campinas: Alínea, 2003.

Batistella, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMD orgs. O território e o processo saúde doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Bernstein M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: Osório LC, et al. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

Brasil. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (versão preliminar). Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para

a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

Caponi, SG. Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 1997;IV(2):287-307.

Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: Akerman M, Furtado JP orgs. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. P189-232.

CDSS - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010.

Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The **Evaluation** of Cognitive – Behavioral **Group Therapy** on Patient Depression and Self-Esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006;20(1):3-11.

Coelho MTAD, Almeida Filho N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Gomes MHA, Marsiglia RMG. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Daigle MS, Labelle RJ. Pilot **Evaluation** of a **Group Therapy** Program for Children Bereaved by Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2012;33(6):350-357.

Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffaccioli, R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev Gaúcha Enf*. 2007;28(1):21-6.

Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*. 2009;12(2):221-27.

Donabedian A. Assessment of technology and quality. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1988;4:487-496.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Chicago, 1990;114(11):1115-18.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*. 1992;18: 356-360.

Egido LT. ¿Investigación difusa o emancipatoria? Participación e inclusión en investigación educativa. *Magis*. 2014;7(14):113-124. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/MAGIS/article/view/11860>. Acesso em: 01 dez. 2016.

Endevelt R, Peled R, Azrad A, Kowen G, Valinsky L, Heymann AD. Diabetes prevention program in a Mediterranean environment: Individual or group therapy? An effectiveness evaluation. *Primary care diabetes*. 2015;9:89–95.

Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. Rio de Janeiro, 2010;20(4):1119-42.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-Ação. *Educ. e Pesquisa*, São Paulo. 2005;31(3):483-502.

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

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Boeira GS, Manfi F, Piaia E, et al. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012;2(4):141-143.

Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2011;342: d682.

Guimarães JB, Tavares M, Neumann CR. Tratamento da obesidade: modelo de grupo baseado em terapia cognitivo-comportamental. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2011;6(18):73-81.

Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, Saraiva AM, Pontes MGA, Cavalcanti JRD, et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. *Rev Bras Promoç Saúde*. Fortaleza, 2015;28(1):23-31.

Horta NC et al. A prática de grupos como ação de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2009;12(3):293-301.

IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação Seade. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temald=3&indld=14&loclid=3550308&busca=s%E3o+paulo>. Acesso em 15 out. 2017.

Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Aumento da escolaridade amplia renda do trabalho: Comunicado do Ipea analisou dados da PNAD 2012 sobre o

mercado de trabalho brasileiro. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20067>. Acesso em 15 out 2017.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr BW, Bandura A, et al. Chronic Disease Self-Management Program. 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Med Care*. 2001; 39(11):1217–1223.

Maffaccioli R. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. [Dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

MCNIFF, J. Action research for professional development: concise advice for new action researchers. 2002. Disponível em: <<http://www.jeanmcniff.com/booklet1.html>>. Acesso em: dez. 2016.

Melo LP, Campos EA. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):980-87.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *N Engl J Med*. 2013;369:448-57. Downloaded from nejm.org at USP on December 11, 2016.

Oliveira RD, Oliveira MD. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, org. *Pesquisa participante*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

Oliveira TL, Miranda LPM, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):179-84.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758>. Acesso em: 15 dez. 2016.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Supervisão Técnica de Saúde. PMSP/SMS/CEInfo. Novembro de 2016. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

Rezende AMB. Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2011.

Ribeiro EHC. Avaliação da efetividade de intervenções de atividade física em adultos saudáveis usuários do Sistema Único de Saúde em uma região de baixo nível socioeconômico. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2015.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. 1994; 10 (1): 80-91.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface Comunic., Saúde, Educ. São Paulo, 2005;9(16):91-104.

Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EN. (Orgs.). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. Cad Saúde Pública. 2008;24(5):951-64.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ e Pesquisa, São Paulo, 2005;31(3):443-466.

Valla VV, Guimarães MB, Lacerda. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001.

Vincha KRR, Cárdenas AP, Cervato-Mancuso AM, Vieira VL. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. Interface (Botucatu). 2014;18(50):507-20.

Xavier JJS. Equilíbrio em idosos e prática de Tai Chi Chuan [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

Zimmerman DE. Fundamentos Teóricos. In: Zimmerman DE, Osório LC et al. Como trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. P. 23-31.

Zimmerman DE. Fundamentos Técnicos. In: Zimmerman DE, Osório LC et al. Como trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. P. 33-40.

Zimmerman DE. Classificação Geral dos Grupos. In: Zimmerman DE, Osório LC et al. Como trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. P. 75-81.

APÊNDICE A

Roteiro da Entrevista O que se espera como resultado do grupo

Nº _____

Data: ____/____/____

Nome do grupo/Linha de cuidado _____

1. Perfil sócio-demográfico

1.1. Idade _____

1.2. Sexo M () F ()

1.3. Estado civil

Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () outros () _____

1.4. Escolaridade

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo ()

Pós Graduação ()

1.5. Ocupação/profissão _____

1.6. Renda

Nenhuma ()

1 à 2 salários mínimos ()

3 à 4 salários mínimos ()

5 ou mais salários mínimos ()

2. Dados sobre a participação no grupo

2.1 Há quanto tempo você participa do grupo?

2.2 Por qual motivo você está nesse grupo, por que você participa?

3. Pergunta da pesquisa

3.1 O que você espera como resultado do grupo em que participa? Ou, o que você acredita que este grupo pode te oferecer de benefícios?

APÊNDICE B

Roteiro das oficinas

Oficina	Temas	Objetivos	Estratégias
Oficina 1 01/06/17 Sala de reunião da STS	Apresentação	Conhecer o grupo.	Apresentação individual. 10'
	Contrato de trabalho	Combinar o funcionamento das oficinas.	Apresentação do roteiro das oficinas e acordo para participação; exibição do filme: "Aprendendo com a comunidade". 30'
	Que grupos são realizados e como?	Identificar quais grupos são realizados, seus objetivos e características.	Roda de conversa sobre os grupos realizados e preenchimento de formulário pré-estruturado. 20'
	Como são avaliados os seus resultados?	Levantar com os profissionais como mensuram ou registram os resultados e que instrumentos já utilizam.	Elencar e descrever os instrumentos utilizados. Utilizar data-show. 20'
Oficina 2 21/06/17 Coordenação APS sala 3	Em que visão de saúde e educação os grupos se apoiam?	Refletir e identificar a qual ou quais conceitos de saúde e educação os grupos realizados mais se aproximam.	Roda de conversa sobre conceitos de saúde e educação em saúde. 40'
	O que produzimos no encontro anterior?	Retomar o conteúdo da primeira oficina	Apresentação e discussão das categorias temáticas levantadas na primeira oficina. Ênfase nos conceitos de saúde e educação. 40'
	Quais são as dificuldades para avaliar os resultados de um grupo que realizo? O que me impede?	Problematizar sobre as dificuldades e dar encaminhamento crítico para a resolução dos problemas identificados.	Elaboração de fichas com palavras-chave para dificuldades e possibilidades e posterior roda de conversa. 40'
	E quais são as possibilidades? O que me move?	Vislumbrar possibilidades e meios para a realização de avaliações de resultados dos grupos.	
	O que eu vou fazer quanto a isso?		Elaboração de metas e estratégias para resolução dos problemas e alcance das possibilidades. Tabela em PowerPoint. 40'

<p>Oficina 3 11/07/17 Coordenação APS sala 3</p>	<p>O que produzimos no encontro anterior?</p> <p>Então, o que eu vou avaliar?</p> <p>O que os participantes esperam como resultados?</p> <p>O que pode ser percebido como ganho além dos objetivos do grupo colocados pelos profissionais?</p>	<p>Retomar o conteúdo da segunda oficina</p> <p>Discutir sobre o que seria importante e faz sentido avaliar em um grupo (itens, variáveis e indicadores importantes);</p> <p>Identificar o que é importante para os usuários dos grupos;</p> <p>Elaborar síntese com os profissionais sobre as possíveis formas de avaliar os resultados a partir dos objetivos colocados e ao mesmo tempo identificar outros benefícios propiciados pelo grupo (além do alcance dos objetivos)</p>	<p>Apresentação das categorias temáticas levantadas na segunda oficina. Discussão sobre as dificuldades e possibilidades para avaliar e fechamento das metas e estratégias. 40'</p> <p>Leitura e discussão de artigos que tratam de avaliação de grupos: 1º que utiliza medidas e variáveis padronizadas para avaliação clínica; 2º que faz avaliação quanto a mudanças de hábitos de vida e autocuidado (mesclando variáveis clínicas e variáveis subjetivas); 3º que discute a complexidade da avaliação em promoção de saúde. 40'</p> <p>Apresentação dos temas emergidos a partir das entrevistas com os participantes dos grupos. 20'</p> <p>Problematização a partir de um caso real (anexo): "Resultado percebido pelo profissional e ganhos percebidos pelo participante do grupo. 20'</p>
<p>Oficina 4 31/07/17 CTESM sala 5</p>	<p>O que produzimos nos encontros anteriores?</p> <p>Instrumento global ou específico?</p> <p>Mãos à obra!</p>	<p>Retomar o conteúdo da oficina anterior e disparar reflexões sobre o quê avaliar e como.</p> <p>Definir o instrumento em global ou específico.</p> <p>Elencar itens norteadores e indicadores de resultados para o instrumento.</p>	<p>Apresentação e discussão das categorias temáticas da oficina anterior; síntese sobre os artigos, motivos dos participantes, caso problematizado, o quê avaliar e como. 50'</p> <p>Discussão e consenso sobre se o instrumento será específico por categoria profissional, por linha de cuidado ou se será global, ou seja, abrange todas as linhas de cuidado em um só, entendendo que todos os grupos têm objetivos em comum. 20'</p> <p>Discussão com elaboração de check list com itens norteadores e indicadores julgados importantes para a avaliação. Utilizar data-show. 50'</p>

<p>Oficina 5 25/08/17 Coordenação APS sala 3</p>	<p>O que produzimos nos encontros anteriores?</p> <p>Mãos à obra!</p> <p>Refletindo sobre o que foi produzido.</p>	<p>Retomar o conteúdo das oficinas anteriores – caminho percorrido.</p> <p>Montar o instrumento a partir das elaborações anteriores;</p> <p>Discutir o produto.</p>	<p>Relembrar temas de oficinas anteriores: objetivos dos grupos e linhas de cuidado, completar os indicadores colocados no check list da oficina anterior. 20'</p> <p>Iniciar e finalizar a montagem do instrumento em conjunto, discutindo cada item proposto como indicador. Utilizar o data-show. 70'</p> <p>Roda de conversa aberta para colocações, revisões, ajustes, sugestões e discussão de quando aplicar e como. 30'</p>
<p>Encontro extraordinário</p> <p>Agendado encontro na reunião geral de NASFs dia 22/09/17 as 8h30.</p>	<p>Qual foi o produto do grupo de pesquisa?</p>	<p>Fazer a síntese sobre o processo das oficinas e participação na pesquisa-ação;</p> <p>Apresentar o instrumento impresso aos demais profissionais das equipes de NASF</p>	<p>Entrega do instrumento impresso em mãos de todos os profissionais e roda de conversa sobre o produto final e fechamento. 60 min</p>

APÊNDICE C

Questionário – Perfil dos grupos

Condições crônicas representam hoje um desafio para os sistemas de saúde no mundo. A APS é o lugar prioritário da RAS que atende a maior demanda de pessoas com condições crônicas de saúde e tem papel fundamental na prevenção de agravos, além da promoção de saúde dessa população. A ESF hoje conta com equipes de NASF para apoiar o cuidado dessas condições, seja por meio do matriciamento e apoio pedagógico às equipes de saúde da família, seja por meio da assistência direta à população, em atendimentos compartilhados ou não com a ESF. No que se refere a parte assistencial as equipes de NASF tem em seu cotidiano o trabalho com grupos, grupos estes que atendem linhas de cuidado específicas como: alimentação e nutrição, saúde mental, reabilitação e promoção da saúde, entre outras. Entende-se que estas linhas de cuidado abrangem a atenção à saúde de pessoas com condições crônicas de saúde, com eventuais momentos de agudização, reversíveis ou não por meio da atividade educativa e/ou terapêutica. Este questionário tem por objetivo, então, levantar alguns dados para caracterização destes grupos realizados pelas equipes de NASF.

Nome do grupo: _____

Executado por quais profissionais: _____

Objetivo principal do grupo:

Outro(s)

objetivo(s): _____

Linha de cuidado principal:

Alimentação e Nutrição () Saúde Mental () Reabilitação () Promoção de saúde ()

Outra linha de cuidado a qual o grupo pode atender:

Alimentação e Nutrição () Saúde Mental () Reabilitação () Promoção de saúde () Outra ()

Frequência:

Semanal () Quinzenal () Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Outra ()

Duração ou número de encontros: _____

Número médio de participantes (capacidade do grupo): _____

O grupo é aberto ou fechado? _____

O público prioritário apresenta condições crônicas de saúde? Ou o grupo atende a demanda(s) de condições crônicas de saúde?

Sim () Não () Se sim quais? _____

Foi realizada ou aplicado algum instrumento de avaliação neste grupo? Qual instrumento e o que avaliava?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários participantes dos grupos)

Convido você para participar de uma pesquisa que tem como título “Proposta de um Instrumento de Avaliação de Grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família na Atenção Primária À Saúde” desenvolvida por Karina Prestupa de Sousa.

O objetivo da pesquisa é construir um instrumento para avaliar os resultados dos grupos para, assim, posteriormente verificar o que o grupo pode ter de resultados, se são bons resultados e se podem ser melhorados.

Na pesquisa a participação será por meio de uma entrevista em grupo, respondendo um roteiro de perguntas. Essa entrevista será uma parte por escrito e a outra parte gravada e levará o tempo de quarenta minutos aproximadamente. Será realizada no mesmo local em que o grupo já se reúne para suas atividades.

Os resultados serão para fins científicos, podendo ser divulgados em revistas e congressos, sem a identificação dos participantes e para fins de aperfeiçoamento da prática dos grupos em saúde.

Os riscos que podem ocorrer nesta pesquisa são em relação a seu conforto e liberdade pra responder ou não as perguntas. Para que isto não aconteça será feito um acordo no ambiente do grupo durante a entrevista e os participantes só responderão se sentirem-se seguros, tranquilos e a vontade, não podendo ser pressionados em nenhum momento a responder alguma pergunta que não quiserem.

Os benefícios da pesquisa serão a princípio indiretos, como a possibilidade de melhorar o grupo através da avaliação do que é importante e de acordo com o interesse daqueles que participam. O benefício para a área será a sistematização da avaliação de grupos como ferramenta para melhorar a qualidade assistencial destes.

Esclareço que você não receberá nenhum pagamento ou remuneração para participar da pesquisa e também não terá que gastar ou pagar nada, a sua participação não lhe causará prejuízos.

A participação é voluntária. Você pode se recusar a participar e em caso de não querer participar, você não será penalizado (a) de forma alguma, não terá nenhum prejuízo dos seus cuidados. Em qualquer momento da pesquisa, mesmo durante ou depois da entrevista, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo para você e/ou dos seus cuidados.

Sua privacidade, o sigilo e o segredo absoluto de sua identidade e participação estão garantidos, os nomes dos participantes nunca serão divulgados.

Somente após ser informado (a) e esclarecido (a) e ter tirado todas as suas dúvidas e se aceitar fazer parte da pesquisa assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento está em duas vias e deverá ser assinado nas duas vias. Você receberá uma via do mesmo com a assinatura do pesquisador.

Em qualquer fase do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de dúvidas e pedido de informações a respeito da pesquisa. O principal pesquisador é Karina Prestupa de Sousa. Endereço: Rua Paulino Cerqueira, nº1 – Itaquera – São Paulo/SP. Telefones (11) 2079-7871 ou (11) 98018-2184 - e-mail - fisioterapiakarina@hotmail.com. A professora orientadora é Anna Maria Chiesa. Telefone (11) 99621-0148 – e-mail – amchiesa@usp.br.

No caso de dúvidas ou denúncias sobre questões éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP/EEUSP) –e-mail – cepee@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – Endereço: Rua General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP pelo telefone (11) 3397-2464.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante/representante legal

Data...../...../.....

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais executantes dos grupos)

Convido você para participar de uma pesquisa que tem como título “Proposta de um Instrumento de Avaliação de Grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária À Saúde” desenvolvida por Karina Prestupa de Sousa e tem como objetivo principal elaborar um instrumento para avaliar os resultados dos grupos.

Na pesquisa a participação será por meio de oficinas, a princípio em seis encontros com duas horas de duração cada, seguindo um roteiro pré estabelecido de tarefas e atividades. Estas serão gravadas em áudio e se houver necessidade também em vídeo. Será realizada em local acordado com os participantes.

Os resultados serão para fins científicos, podendo ser divulgados em revistas e congressos, e para fins de aperfeiçoamento da prática dos grupos em saúde.

Os riscos que podem ocorrer nesta pesquisa são em relação a seu conforto e liberdade para executar as atividades propostas. Para que isto não aconteça será feito um acordo no ambiente do grupo durante as oficinas e os participantes terão liberdade de executarem as tarefas conforme se sentirem seguros e confortáveis para tal, não podendo ser coagidos ou pressionados de nenhuma forma e em nenhum momento durante os encontros.

O benefício da pesquisa será, a princípio, a possibilidade de aprimorar a prática de avaliação de grupos. O benefício para a área será a proposta de sistematização da avaliação de grupos como ferramenta para melhorar a qualidade assistencial destes.

Você não receberá nenhum pagamento ou remuneração para participar da pesquisa e também não terá que gastar ou pagar nada, a sua participação não lhe causará nenhum ônus.

A participação é voluntária e você pode se recusar a participar. Em caso de não querer participar, você não será penalizado (a) de forma alguma, não terá nenhum prejuízo dos seus cuidados. Em qualquer momento da pesquisa, mesmo durante ou depois da entrevista, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo para você e/ou dos seus cuidados.

Sua privacidade, o sigilo e o segredo absoluto de sua identidade e participação estão garantidos, os nomes dos participantes nunca serão divulgados.

Após ser informado (a) e esclarecido (a) e ter tirado as suas dúvidas e se aceitar fazer parte da pesquisa assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento está em duas vias e deverá ser assinado em ambas. Você receberá uma via do mesmo com a assinatura do pesquisador.

Em qualquer fase do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de dúvidas e pedido de informações a respeito da pesquisa. O principal pesquisador é Karina Prestupa de Sousa. Endereço: Rua Paulino Cerqueira, nº1 – Itaquera – São Paulo/SP. Telefones (11) 2079-7871 ou (11) 98018-2184 - e-mail - fisioterapiakarina@hotmail.com. A professora orientadora é Anna Maria Chiesa. Telefone (11) 99621-0148 – e-mail – amchiesa@usp.br.

No caso de dúvidas ou denúncias sobre questões éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP/EEUSP) –e-mail – cepee@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – Endereço: Rua General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP pelo telefone (11) 3397-2464.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante/representante legal

Data...../...../.....

ANEXO 1

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE GRUPOS REALIZADOS PELAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: KARINA PRESTUPA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64630417.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.026.670

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dra. Anna Maria Chiesa.

A pesquisadora pretende investigar os grupos realizados pelas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) quanto à avaliação de seus resultados enquanto uma tecnologia de cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo, delineado como uma Pesquisa-Ação, ancorada no referencial teórico da educação emancipatória. Será desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família em uma microrregião da Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP). O universo dos sujeitos será constituído por 55 participantes, sendo 40 usuários que frequentam os grupos e 15 profissionais da saúde responsáveis pela condução dos mesmos. Serão realizadas entrevistas com os usuários e 6 oficinas com os profissionais, gravadas e posteriormente submetidas à análise de temática de conteúdo.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para novembro de 2017. O projeto foi orçado em R\$ 980,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.026.670

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Propor um instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de NASF na APS.

Objetivos específicos:

1. Refletir com os profissionais sobre as possíveis formas de avaliar resultados e de identificar os produtos dos grupos realizados;
2. Levantar junto às equipes as dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos;
3. Elaborar um instrumento de avaliação de resultados dos grupos realizados a partir dos indicadores previamente discutidos e percebidos como importantes pelos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informou que eventualmente poderá ocorrer algum constrangimento dos participantes e que será realizado um contrato grupal/coletivo para minimizar essas questões, assegurando-se a liberdade de participação. Quanto aos benefícios poderá contribuir para a avaliação e qualificação do processo de trabalho das equipes do NASF e demais unidades da rede de Atenção Básica. Também poderá gerar conhecimento técnico-científico para avaliar os grupos realizados pelo NASF na produção de tecnologias de cuidado à saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A redação do projeto é concisa, detalhada e contempla os aspectos éticos. Os instrumentos de coleta dos dados foram anexados e o processo de convite aos participantes foi cuidadosamente detalhado na metodologia do estudo. Em atenção ao parecer anterior, o número estimado de participantes (55), sendo os usuários que frequentam os grupos no NASF (40) e os profissionais da saúde (15) foi incluído no formulário do sistema da Plataforma Brasil e na versão completa do projeto.

Consta do protocolo apresentado, a carta de autorização para realização do estudo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, assinada pela Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. E a carta de autorização do Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa da Atenção Primária à Saúde – Santa Marcelina, Organização Social, responsável pela gerência do NASF.

Considerando-se que a fase de coleta dos dados será iniciada em 17/04/2017, solicita-se que a pesquisadora revise o cronograma, adequando-o para o período posterior à aprovação dos dois

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.026.670

Comitês de Ética em Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dirigido aos usuários e aos profissionais do NASF. Em atenção ao parecer anterior, os TCLEs foram revisados e contemplam todos os itens da resolução 466/2012 CNS/Conep. Foram incluídas nos TCLEs, as informações sobre o direito à garantia de indenização, caso ocorram danos relacionados à participação no estudo; padronizado o tamanho da fonte; e corrigido os erros de digitação. No TCLE dos profissionais foi suprimido do campo da assinatura do participante o trecho "representante legal".

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro de resultados parciais e finais na Plataforma Brasil
- Este parecer não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856348.pdf	02/03/2017 11:59:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsModificado.docx	02/03/2017 11:57:53	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodeDissertacaoPropostadeuminstrumentodeavaliacaodegrupos_CEPModificado.docx	02/03/2017 11:57:32	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.026.670

Cronograma	CRONOGRAMAModificado.docx	02/03/2017 11:56:15	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Outros	AutorizacaoAdministrativaAssinada.pdf	10/02/2017 10:04:42	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Outros	ROTEIRODASOFICINAS.docx	05/02/2017 15:53:49	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Outros	ROTEIRODAENTREVISTA.docx	05/02/2017 15:51:27	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/02/2017 15:50:14	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecersobreprojetodepesquisaOSS.docx	05/02/2017 15:49:09	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoassinada.pdf	04/02/2017 15:19:27	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Abril de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE GRUPOS REALIZADOS PELAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: KARINA PRESTUPA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64630417.9.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.038.897

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de ação e qualitativa.

A pesquisa será realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família, em uma microrregião da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, no Município de São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa serão, inicialmente, os participantes dos grupos realizados pelas equipes de NASF e em sequência os profissionais que coordenam e executam esses grupos. Serão 40 usuários e 15 profissionais da equipe de saúde.

A opção metodológica deste estudo é a Pesquisa-Ação, acrescida de elementos do referencial teórico da educação emancipatória e aspectos do caráter dialógico pretendido durante o processo da pesquisa para o desenvolvimento das oficinas e consequentemente do instrumento de avaliação dos grupos.

Serão realizadas entrevistas com os usuários e 6 oficinas com os profissionais, gravadas e posteriormente submetidas à análise de temática de conteúdo.

Para tratamento e análise dos dados, será utilizado o procedimento metodológico de análise temática de conteúdo e a partir desta objetiva-se captar as representações dos temas abordados.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.038.897

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor um instrumento de avaliação de resultados de grupos realizados pelas equipes de NASF na APS.

Objetivo Secundário:

- Refletir com os profissionais sobre as possíveis formas de avaliar resultados e de identificar os produtos dos grupos realizados;
- Levantar junto às equipes as dificuldades e possibilidades para a realização de avaliações de resultados dos grupos;
- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados dos grupos realizados a partir dos indicadores previamente discutidos e percebidos como importantes pelos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segunda a pesquisadora, poderá haver risco de desconforto. Para que isto não aconteça, será feito um acordo prévio estabelecendo que, no ambiente do grupo durante a entrevista, os participantes só responderão se sentirem-se seguros, tranquilos e a vontade, não podendo ser pressionados em nenhum momento a responder alguma pergunta que não quiserem.

Para os profissionais que executam os grupos: poderá haver risco de desconforto. Da mesma forma, será feito um acordo prévio que favoreça o estudo sem prejudicar as tarefas.

Quanto aos benefícios, poderá contribuir para a avaliação e qualificação do processo de trabalho das equipes do NASF e demais unidades da rede de Atenção Básica, melhorando a qualidade da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia do estudo parece alcançar os objetivos propostos e o currículo do pesquisador está adequado a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Foram apresentados os seguintes termos obrigatórios: Folha de rosto identificando a Instituição Proponente; Autorização do gestor onde a pesquisa será realizada; TCLE escrito em forma de convite em linguagem clara e objetiva informando o endereço do CEP para eventuais dívidas ou denúncias sobre a ética da pesquisa. Cronograma e orçamento detalhado e fonte financiadora.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.038.897

Protocolo identificando a Instituição coparticipante.

Recomendações:

Retificar o endereço do CEP/SMS: 8º andar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856348.pdf	02/03/2017 11:59:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsModificado.docx	02/03/2017 11:57:53	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Dissertação Proposta de um instrumento de avaliação de grupos_CEP Modificado.docx	02/03/2017 11:57:32	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.038.897

Cronograma	CRONOGRAMAModificado.docx	02/03/2017 11:56:15	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_856348.pdf	10/02/2017 10:05:30		Aceito
Outros	AutorizacaoAdministrativaAssinada.pdf	10/02/2017 10:04:42	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_856348.pdf	05/02/2017 16:44:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Dissertação Proposta de um instr umento de avaliação de grupos realizados p elas equipes NAS Fna APSEQ CEP.docx	05/02/2017 15:57:17	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	05/02/2017 15:54:31	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Outros	ROTEIRO DAS OFICINAS.docx	05/02/2017 15:53:49	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Outros	ROTEIRO DA ENTREVISTA.docx	05/02/2017 15:51:27	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/02/2017 15:50:14	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer sobre projeto de pesquisa OSS.doc x	05/02/2017 15:49:09	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/02/2017 15:47:46	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto assinada.pdf	04/02/2017 15:19:27	KARINA PRESTUPA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 29 de Abril de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com