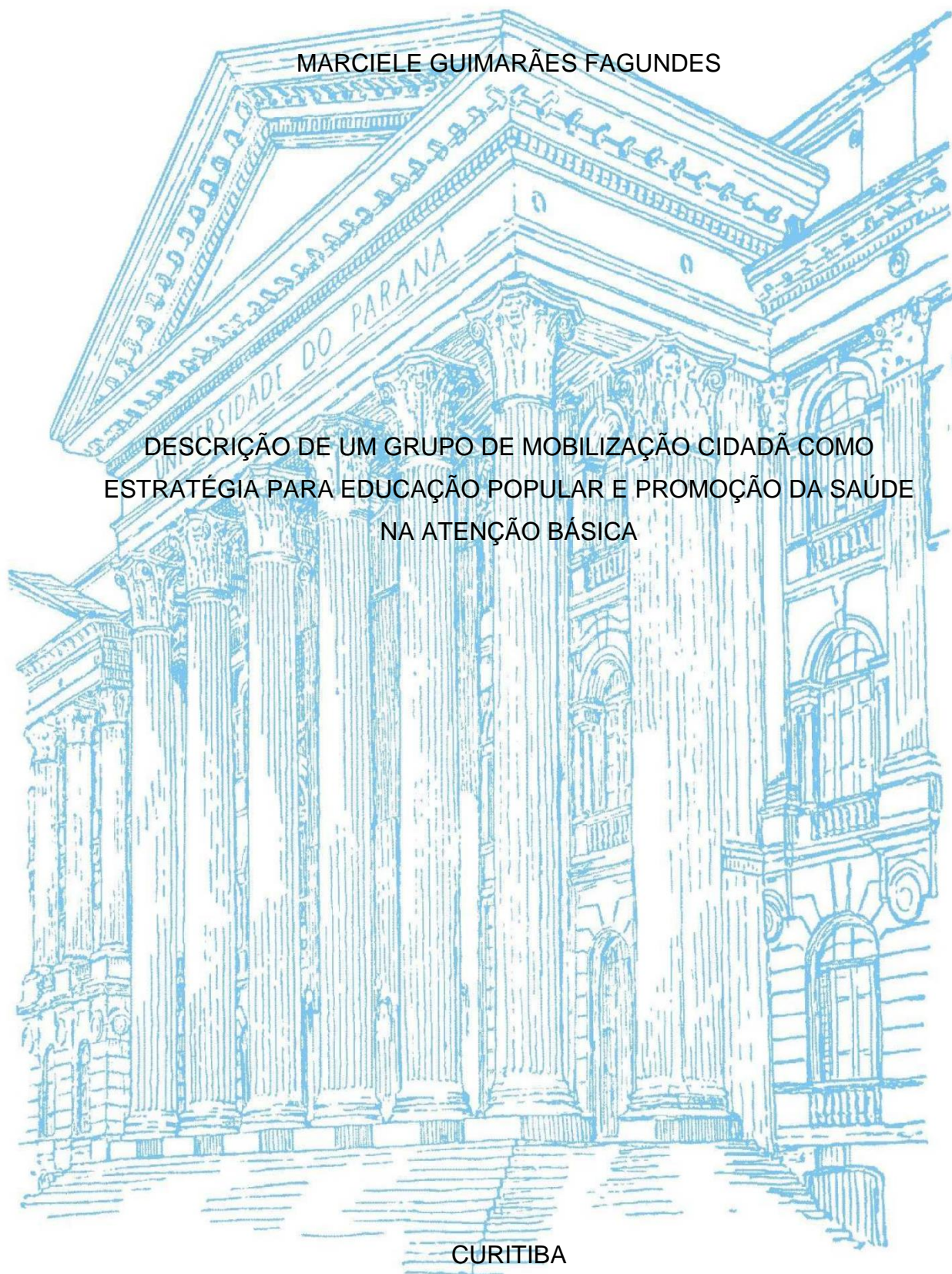


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES

DESCRIÇÃO DE UM GRUPO DE MOBILIZAÇÃO CIDADÃ COMO
ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA



CURITIBA

2019

MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES

DESCRIÇÃO DE UM GRUPO DE MOBILIZAÇÃO CIDADÃ COMO
ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milene Zanoni da Silva
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Solena Ziemer Kusma
Fidalski

CURITIBA

2019

F156 Fagundes, Marciele Guimarães
Descrição de um grupo de mobilização cidadã como estratégia para educação popular e promoção da saúde na atenção básica [recurso eletrônico] / Marciele Guimarães Fagundes – Curitiba, 2019.

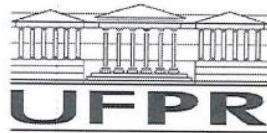
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Milene Zanoni da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Solena Ziemer Kusma Fidalski

1. Promoção da saúde. 2. Participação da comunidade.
3. Atenção primária à saúde. 4. Educação em saúde. I. Silva, Milene Zanoni da. II. Fidalski, Solena Zumer Kusma. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: W84.6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES** intitulada: **Descrição de um grupo de mobilização cidadã como estratégia para educação popular e promoção da saúde na Atenção Básica**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 12 de Abril de 2019.

MILENE ZANONI DA SILVA

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

GIOVANA DANIELA PECHARKI

Avaliador Interno (UFPR)

KATIA RENATA ANTUNES KOCHLA

Avaliador Externo (UP)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde visa acesso universal à saúde, integralidade da assistência, com igualdade e participação social, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. A participação social é favorecida pela Educação Popular em Saúde e a promoção da saúde fortalece cooperação intra e intersectorial, a Rede de Atenção à Saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (DSS). Iniciativas comprometidas com Educação Popular e Promoção da Saúde são uma lacuna científica na Atenção Primária à Saúde (APS). Este trabalho tem como objetivo compreender as repercussões de um grupo de mobilização cidadã para a educação popular na APS, nas dimensões institucionais, comunitárias e pessoais, no município de Curitiba. Foi realizada uma pesquisa-ação, em processo descritivo nas etapas de planejamento e de ação e oficinas de reflexão para as etapas de monitoramento e avaliação. Por meio da análise de conteúdo de Bardin, foram discutidas categorias surgidas após pesquisa de potencialidades, fragilidades e ideias de melhoria do grupo e, juntamente com os dados descritivos, foram destacados os desdobramentos provenientes do grupo e de suas ações na comunidade. As repercussões do grupo foram: institucionais, relativas à relação ensino-serviço-comunidade, ao vínculo entre profissionais de saúde e usuários e ao fortalecimento entre instituições locais; comunitárias, impactando os DSS e sendo espaço para educação popular em saúde e livre discussão; pessoais, promovendo educação libertadora e noção de pertencimento. Um espaço disponível para promoção da saúde e educação em saúde. Esta experiência pode inspirar novas iniciativas de promoção da saúde e educação em saúde na APS.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Educação em saúde. Atenção primária à saúde. Participação cidadã. Adultos.

ABSTRACT

The Unified Health System aims universal access to health, integral care, with equality and social participation, promotion, prevention, protection and recovery of health. Social participation is favored by popular health education and health promotion strengthens intra and intersectoral cooperation, the health care network and the confrontation of social determinants of health (SDH). Initiatives committed to Popular Education and Health Promotion are a scientific gap in Primary Health Care (PHC). This paper aims to understand the repercussions of a group of citizen mobilization for popular education in PHC, in the institutional, community and personal dimensions, in the city of Curitiba. An action research was carried out, in a descriptive process in the planning and action stages, and reflection workshops for the monitoring and evaluation stages. Through the content analysis of Bardin, categories emerged after research of potentialities, fragilities and ideas of improvement of the group and, along with descriptive data, the unfolding from the group and its actions in the community were highlighted. The repercussions of the group were: institutional, regarding the teaching-service-community relationship, the link between health professionals and users and the strengthening among local institutions; impact on SDH and being a space for popular health education and free discussion; promoting liberating education and the notion of belonging. A space available for health promotion and health education. This experience can inspire new initiatives to promote health and health education in PHC.

Key-words: Health promotion. Health education. Primary health care. Citizen participation. Adults.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	OBJETIVOS	10
1.1.1	Objetivo Geral	10
1.1.2	Objetivo Específico.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1	BASE CONCEITUAL.....	11
2.2	GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	16
2.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
2.4	ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	21
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
3.2	LOCAL DA PESQUISA	22
3.3	SUJEITOS DE PESQUISA.....	23
3.4	ETAPAS DA PESQUISA	24
3.5	MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.5.1	Oficinas de reflexão.....	25
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5	REPERCUSSÕES INDIVIDUAIS, INTERPESSOAIS, INSTITUCIONAIS E COMUNITÁRIAS DE UM GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA-AÇÃO	30
5.1	INTRODUÇÃO	31
5.2	MATERIAL E MÉTODOS	33
5.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.3.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	35

5.3.2	ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO	36
5.3.3	Etapas planejar e agir: criação e ações do grupo	37
5.3.4	Etapas monitorar e avaliar: percepções e desdobramentos	41
5.3.4.a	Repercussões institucionais e comunitárias.....	41
5.3.4.b	Repercussões individuais e interpessoais.....	44
5.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
	APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA OFICINA.....	60
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	61
	ANEXO 2 – PARECER DO CEP (UFPR)	68
	ANEXO 3 – PARECER DO CEP INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE (PMC).....	73

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, para assegurar o acesso universal a ações e sistemas de saúde, a integralidade da assistência, com igualdade e ampla participação social, com capacidade de realizar, conforme a necessidade das pessoas, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2015). A favor da participação social, está a Educação Popular em Saúde, um campo de produção de novos saberes, subjetividades e que possibilita a autonomia dos sujeitos (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011), buscando ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2007a).

A promoção da saúde reúne estratégias e formas de produzir saúde, tanto de forma individual quanto coletiva, e dedica-se pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na Atenção Primária à Saúde (APS). A participação social ativa e cidadã, que tem o processo de empoderamento como pressuposto, pode ser admitida como o princípio-chave da promoção da saúde, por ser o que “de fato permite impulsionar mudanças nos determinantes socioeconômicos e ambientais da saúde” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.113). Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais da saúde (DSS) envolvem condições que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco.

Respeitando autonomia e singularidade de indivíduos, coletividades e territórios, a promoção da saúde (PS) considera também que as maneiras como estes vivem, se organizam e buscam satisfazer suas necessidades não dependem somente “da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem” (BRASIL, 2015, p8). Por isso, ao articular o setor saúde com outras redes de proteção social, a promoção da saúde visa equidade, qualidade de vida, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde gerados pelos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, exigindo participação e controle social amplos. (BRASIL,2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada e instituída em 2006, confirmando o “compromisso do Estado Brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2015, p.5). A revisão da PNPS, realizada em 2014, apontou a importância de se fortalecer o enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde, por meio de articulação com outras políticas públicas e com o imperativo de participação popular e de movimentos populares (BRASIL, 2015).

As estratégias de PS apresentam resultados consideráveis a médio e longo prazos, mas no âmbito acadêmico essa situação dificulta a constatação de evidências do real impacto de tais estratégias (ASSIS *et al*, 2009). Contudo, a PNPS reforça, em uma de suas diretrizes, “estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção de saúde” (BRASIL, 2015, p.13).

Assim também acontece com a Educação Popular em Saúde. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS 2013) reafirma o compromisso com os princípios universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Esta política é orientada pelos princípios de: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Um de seus eixos estratégicos se caracteriza por participação, controle social e gestão participativa. Este eixo tem por objetivo fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, com ações de mobilização pelo direito à saúde e qualificação para participar em formulação, implementação, gestão e controle social de políticas públicas. Dentre os onze objetivos específicos da PNEPS-SUS, alguns se destacam:

promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde. (BRASIL, 2013, p.4)

Além disso, compete às esferas do SUS “estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações” (BRASIL, 2015, p.33). A educação popular em saúde também permanece um desafio para gestores e profissionais interessados em práticas voltadas às verdadeiras necessidades das populações, visto que exigem tanto modos de informação e comunicação quanto participação popular e participação social (FALKENBERG *et al*, 2014). Logo, descrever iniciativas que se proponham a desempenhar ações de promoção da saúde e educação popular em saúde pode aproximar o que se discute na teoria com o que ocorre na prática.

Descrição de iniciativas que se comprometam a atuar como Educação Popular e estratégia de PS, mostra-se como uma lacuna científica no campo da APS e grupos que objetivem qualidade de vida e autonomia popular são escassos em Unidades de Saúde. Historicamente, é reconhecida a prática da assistência à saúde focando em ações voltadas à doença (BECCHI *et al*, 2014). Assim, a proposta deste estudo se refere a uma estratégia comunitária denominada “grupo de cidadania”, que ocorre numa unidade de estratégia de saúde da família na cidade de Curitiba, com intuito de fortalecer a educação e a promoção em saúde nesse território.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender as repercussões de um grupo de mobilização cidadã para a educação popular na APS, nas dimensões institucionais, comunitárias e pessoais, no município de Curitiba.

1.1.2 Objetivo Específico

Descrever o processo de criação e ação de um grupo de mobilização cidadã na APS, enquanto agente disparador de ações de promoção da saúde e educação popular em saúde, com foco no autocuidado, protagonismo social e cidadania.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A fundamentação teórica principal deste estudo está nos pensamentos e conceituações de Czeresnia e Lefevre, para a discussão de promoção da saúde, e nos pensamentos de Paulo Freire, para a discussão de educação popular em saúde. Também, aqui são apresentados demais aspectos e conceitos concernentes a cidadania, autonomia e grupos.

2.1 BASE CONCEITUAL

Considerando-se o exercício da cidadania como uma estratégia para melhoria das condições de vida e saúde, nos países em desenvolvimento (BYDLOWSKI; LEFEVRE; PEREIRA, 2011), há de se relacionar alguns conceitos. Não é tarefa fácil definir cidadania, já que está interligada com uma realidade multidimensional e que sofre influência de diversas entidades e setores. A conquista da cidadania, conforme Carvalho (2017) ocorre ao se desenvolver uma consciência crítica.

A cidadania em saúde, por sua vez, é um conceito recente em que os indivíduos controlam ações que afetam sua saúde e assumem seu papel, exigindo garantia de direitos sem esquecer os deveres cidadãos (ALMEIDA, 2013). Este conceito está imbricado com o de autonomia, a qual permite ao ser humano decidir aquilo que considera bom, seu bem-estar (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008). Inclusive, o objetivo de construção da cidadania, de forma interdisciplinar, é imprescindível ao se pensar em promoção da saúde (PESSINI, 2011), a qual, por sua vez, visa autonomia.

Entretanto, para se permitir o desenvolvimento de consciência e mobilização cidadã, é preciso construir um processo comunicativo junto com a população diferente do uso tradicional dos meios de comunicação (TOVAR, 2006), juntamente com a prática da Educação Popular (SNAS, 1014). A comunicação cidadã em saúde deve superar a simples transmissão de informação e oferecer elementos para compreensão

e análise sobre a realidade de saúde. Cidadãos devem ser capacitados para acesso, uso, produção e socialização da informação pública. (TOVAR, 2006)

Fleury-Teixeira *et al* (2008) afirmam que a promoção da saúde tem o objetivo de ampliar a autonomia de indivíduos e comunidades, uma proposta de *empowerment*, em que indivíduos controlam decisões e ações que afetam sua saúde. Cabe a explanação:

A ideia de autonomia (auto= próprio, nomos=norma, regra, lei) conduz o pensamento imediatamente à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida. Não é difícil localizarmos aqui traços do conceito clássico de felicidade na tradição filosófica grega, que identifica a perspectiva da eudaimonia (felicidade, boa fortuna ou equilíbrio, excelência (eu) de sua potência (daimon) com a capacidade do indivíduo para decidir sobre suas próprias ações. Esses são, de fato, valores genericamente propostos nas grandes tradições morais da antiguidade e adensados no estoicismo e epicurismo. Sintetizam-se, enfim, na prescrição: "sê senhor de si". (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008, p.2118)

Promoção da saúde, de importância reafirmada pela Carta de Ottawa (OMS, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde, tem seu conceito citado por diversos autores, dentre os quais Czeresnia (2003), Fleury-Teixeira *et al* (2008) e Heidmann *et al* (2006). É definida como a capacitação da comunidade para que atue na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde, independente de doenças ou agravos, para maior controle das pessoas sobre sua saúde.

Fleury-Teixeira *et al* (2008) corroboram que a promoção da saúde atua pela ampliação da autonomia das pessoas, de suas capacidades e possibilidades de escolha. O foco do ativismo da promoção da saúde está em elaborar uma política pública, criar ambientes saudáveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver aptidões pessoais e reorientar os serviços de saúde, em consonância com as agendas da ONU (organização das nações unidas) e do SUS.

O termo Promoção da Saúde se relaciona a um conjunto de valores e a uma combinação de estratégias (CZERESNIA, 2003). Conforme a Carta de Ottawa (OMS, 1986), os valores incluem vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria e outros. As estratégias, por sua vez, corroboram com o foco de ativismo acima e compreendem uma corresponsabilização tanto pelos problemas quanto pelas soluções propostas para esses problemas, em cinco campos de ação destacados pela Carta de Ottawa.

Relacionam políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais. (CZERESNIA, 2003, p.19).

Portanto, a Promoção da Saúde traz uma concepção “positiva” para a saúde, envolvendo “uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde e meio ambiente, modo de produção, estilo de vida etc.” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p.27). É um aspecto diferente da visão “negativa” e reducionista de saúde, a de ausência de doença. A saúde não deveria ser um objetivo, mas sim um recurso para a vida, como diz a própria Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Observando-se a proposta da promoção da saúde de que as soluções precisam ser construídas em conjunto, torna-se importante respeitar limitações individuais, compreender a realidade e verificar como a comunidade lida com seus problemas e traz alternativas para resolvê-los (MORÉ; RIBEIRO, 2013).

Sobre implementação, diversos gestores enfatizam a importância da ação educativa e da promoção da saúde, mas pouco se tem investido em uma política consistente que busque a difusão do saber da Educação Popular para a ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços. A Educação Popular é uma das formas de se pensar e fazer educação. Uma forma que considera todos como sujeitos de saber e que se firma em princípios como o diálogo, a amorosidade, a construção compartilhada do conhecimento, a problematização e a participação popular. É importante investir tanto na formação profissional quanto numa infraestrutura que garantam as condições necessárias para realização de atividades educativas. (BRASIL, 2007b)

A participação de profissionais de saúde na Educação Popular trouxe uma cultura de relação com classes populares que rompe com a tradicional educação em saúde autoritária e normatizadora. O termo “Popular” se deve à perspectiva política da educação, para construir uma sociedade em que a classe popular, em geral subalterna e explorada, passe a se constituir de sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas. A convivência dos profissionais de saúde com a população permite uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. (BRASIL, 2007b)

A Educação Popular, envolvendo tanto agentes eruditos quanto sociais do povo num trabalho político de conquista de liberdade e direitos, busca trabalhar pedagogicamente indivíduos e grupos para promover o crescimento da capacidade da análise crítica da realidade e aperfeiçoar estratégias de luta e enfrentamento. É uma construção de participação popular. O método começa considerando o saber prévio do educando, pois a valorização de seus saberes e valores permite que se sinta mais confortável e evita que o processo de discussão se dê de cima para baixo (BRASIL, 2007b). O processo de educação popular se compõe de um ciclo formado por: observar a realidade e o desejado, criar um espaço de encontro para articular parceiros e envolver os sujeitos, problematizar essa realidade por meio de diálogo, agir e refletir politicamente sobre o contexto, promover uma aprendizagem criativa num processo de construção coletiva e, por fim, reinventar o ciclo através dos resultados alcançados. (SNAS, 2014)

Paulo Freire não foi o autor da Educação Popular, mas foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência do movimento do trabalho intelectual a serviço das iniciativas populares de enfrentamento de problemas e de solidariedade. Esse autor difundiu a Educação Popular por meio de seu livro “Pedagogia do Oprimido” e descreveu cinco princípios que considerava fundamentais aos educadores. Tais princípios são: saber ouvir (para falar com e não somente para o outro); desmontar a visão mágica (trabalhar as crenças da população); aprender/estar com o outro (sobre o fato de não haver sabedoria absoluta e de que elitismo e basismo são erros); assumir a ingenuidade dos educandos(as) (reconstruir uma pergunta não compreendida, por exemplo, sem ironizá-la e não ser autoritário); e viver pacientemente impaciente (para que os usuários não permaneçam inertes diante dos desafios e problemas da sociedade). Sua pedagogia sugere uma educação libertadora, emancipadora. (BRASIL, 2007b)

Contudo, sabe-se haver falhas na formação dos profissionais de saúde para uma abordagem holística do paciente, de seu meio sociocultural e dos determinantes do processo saúde-doença. Isto qualifica o marco teórico de Freire, conforme o qual humanizar não é assistencialismo ou somente simpatia nem o profissional ignorar as contradições e os problemas existentes em seu campo de trabalho, apenas tratando o paciente de forma agradável. Diferente de uma postura alienada, no universo conceitual freireano, o ser humano (profissional da saúde ou usuário do sistema)

humanizado é cidadão com poder de atuar em sociedade pelo processo de conscientização que, justamente, demanda refletir sobre contradições e problemas do cotidiano. A postura humanizada freireana reflete o entendimento de que, antes de ser um profissional, é um ser humano. (MORETTI-PIRES, 2009)

Também são características do marco teórico freireano: diálogo entre quem está no mundo, moduladores e modulados por este mesmo mundo e pelas relações com seus semelhantes; significado de ensino e aprendizagem como ato político e modificador do mundo; educação como visão crítica social da realidade e dos processos humanos; centralidade do tema humanização. O profissional precisa de modelo para atuar para a integralidade e de modelo de humanização, consoante com abordagem crítica social e reflexiva, humanizada e dialógica. Necessita do pensamento de que a relação horizontal/vertical entre paciente e profissional não difere da relação professor/aluno e suas consequências na atuação profissional.

Ainda em Freire, não se aprende democracia ou cidadania sem exercê-las. Assim, também não se aprende a atuar profissionalmente conforme os princípios do SUS e trabalho intersetorial e multiprofissional se as etapas da formação universitária não foram exercidas conforme esses princípios e com as demais formações. O processo de trabalho multiprofissional precisa de um olhar amplo e focado na formação de equipe de profissionais, respeitando suas singularidades, mas com um enfoque único, na ação junto à sociedade, às famílias e na promoção da saúde dos indivíduos. Não simplesmente na cura e na prestação de serviço técnico, mas sim no refletir sobre os serviços de saúde, o que se aproxima da abordagem crítica social e reflexiva, humanizada e dialógica dos pressupostos freireanos. (MORETTI-PIRES, 2009)

No sentido de reunir conceito e prática de promoção e educação em saúde, excelentes estratégias são os grupos (SOARES, 2014), especialmente aqueles coordenados conforme os pilares e valores da promoção de saúde, para lidar com os determinantes sociais da saúde. Equidade, participação e sustentabilidade são os pilares; e autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade e governança são os valores da promoção da saúde (KUSMA; MOYSES; MOYSES, 2012). Assim, na aplicação prática de promoção da saúde, parece importante estimular, nos usuários dos sistemas de saúde, aquisição de autonomia e empoderamento, por um processo dialógico e participativo entre profissionais de saúde e participantes da

comunidade (BRASIL, 2015). E os grupos de promoção podem se constituir uma estratégia para realização desta prática, para enfrentamento dos DSS.

2.2 GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os grupos de promoção da saúde (GPS) são uma intervenção coletiva constituída por pessoas conectadas entre si, em tempo, espaço e limites, e que se auxiliam para realizar a promoção da saúde (TAHAN; CARVALHO, 2010; SANTOS *et al*, 2006). Neles, há construção do conhecimento em saúde, via participação cooperativa e desenvolvimento de autonomia. A finalidade dos GPS, então, é o desenvolvimento contínuo da autonomia, ao construir relações cooperativas, criando-se um espaço de cooperação entre os participantes do grupo, para ressignificar conceitos, valorizar o conhecimento da comunidade, mobilizar emoções, além de conhecer e refletir ações e conhecimentos de saúde que ajudem na funcionalidade dos indivíduos (SANTOS *et al*, 2006).

Nesse ambiente de grupo, visa-se transmitir um tipo de informação sem paternalismo nem autoritarismo, mas com comunicação dialogal de troca. Os espaços comuns das Unidades de Saúde podem ser o local para esse tipo de informação, a qual deve estar “a serviço da formação da cidadania, ensejando o conhecimento dos problemas de saúde do país e viabilizando a participação ativa dos usuários do serviço nos problemas locais de saúde” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p.53).

Aos coordenadores dos grupos de promoção, é imperativo, segundo Santos *et al* (2006), que se definam os objetivos das intervenções, para que a organização dos grupos viabilize seu cumprimento. Também é importante firmar um acordo de funcionamento desses grupos desde os primeiros encontros, a ser atualizado a cada novo entrante no grupo. As condições são de cooperação grupal, autenticidade, sigilo do que é dito no grupo, compromisso com datas e horários e escuta ativa das demandas grupais, sob facilitação do coordenador, o qual precisa manter um clima espontâneo de integração grupal. Registram-se as manifestações dos membros para

posterior análise e discussão, conforme as necessidades e objetivos do grupo. (SANTOS *et al*, 2006)

Para os GPS, bem diferente dos grupos de prevenção e controle de agravos, o conceito de saúde é positivo e multidimensional, seu modelo de intervenção é participativo e cooperativo e seus objetivos são contínuos, para desenvolver autonomia e provocar mudança de atitudes que desenvolvam níveis de saúde e condições de vida. Suas atividades são desenvolvidas a partir das necessidades trazidas pelo grupo e o coordenador tem a função de ouvir as demandas e facilitar o atingimento dos objetivos do grupo. (SANTOS *et al*, 2006).

Exemplificando os GPS, o estudo de Paula (2014) evidenciou que a avaliação de qualidade de vida pode auxiliar na condução de grupos de promoção de saúde na comunidade. A conclusão da dissertação de Silva (2009) foi de que um Grupo Estratégico de Promoção de Saúde (GEPS), com foco na autonomia, valoriza a decisão dos sujeitos em construir propostas e permite potencializar autonomia para maior qualidade de vida.

Comparando grupos que participaram ou não de atividades de promoção da saúde na senescência, Bittar e Lima (2011) verificaram que ações em grupo, visando aos princípios norteadores da promoção da saúde, podem restabelecer condições para qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Apesar destes resultados, Assis *et al* (2009) ainda afirmam que a avaliação em promoção da saúde do idoso é pouco desenvolvida no Brasil.

No sentido de mudanças, o artigo de Santos *et al* (2006) concluiu que a “participação em grupo de promoção da saúde favorece melhorias em diversos aspectos da vida” (p.1). Ferreira Neto e Kind (2010), por sua vez, trazem um exemplo de GPS que provoca mudanças na demanda: após serem abolidos os grupos centrados em doenças, transformando-os em grupos de promoção da saúde, a presença dos usuários na unidade tornou-se diferente de ser por motivo de buscar consulta e esses usuários passaram a dar notícias da vida pessoal e a procurar indicações ou informações sobre temas variados. E o ambiente para estas pesquisas foi a Atenção Primária à Saúde (APS), que se propõe a operacionalizar a agenda da promoção da saúde (BRASIL, 2007a).

No caso da formação de grupos comunitários, não necessariamente classificados como sendo de educação ou de promoção da saúde, deve-se esforçar pela sustentabilidade. Seria um processo de facilitação baseado em auto-gestão, participação democrática e autonomia dos sujeitos, conforme afirma Barbosa (2009), permitindo que o facilitador se torne dispensável.

Pensando-se numa gestão democrática, quem faz parte na ação tem a noção de pertencimento e, na gestão do grupo, isto pode ser contemplado por meio de Planejamento Participativo. Um processo participativo, embora um método ainda de exceção, beneficia a chance de intervenção, envolvendo tanto usuários quanto profissionais dos serviços de saúde (PADILLA, 2017). No caso dos grupos comunitários, portanto, estes podem ir além da pauta das atividades corriqueiras de uma Unidade de Saúde, incentivando maior autonomia de seus participantes, embora o conceito ampliado da saúde ainda possa abarcar todos estes aspectos de cidadania.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Além de prover serviços clínicos e de urgência, o setor saúde precisa se reorientar no sentido da promoção da saúde. E tal reorientação requer também maior pesquisa em saúde e mudanças tanto na educação quanto no ensino de profissionais de saúde, focando na integralidade do indivíduo, sendo que a integralidade só é possível a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2007b).

Entende-se a APS, primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, como uma estratégia de reorganização dos serviços e sistemas de saúde que depende de práticas profissionais que considerem o processo saúde-doença de forma complexa, integral e sistêmica. Isto corresponde ao moderno conceito de promoção da saúde, baseado na concepção holística da saúde e nos princípios de equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade. (DEMARZO, 2011)

Assim, no contexto da APS, as práticas de promoção de saúde auxiliam na reorientação do modelo assistencial e na redução do sofrimento da população,

envolvendo a intersetorialidade (NORMAN, 2013). Essas práticas têm sido desenvolvidas, no âmbito da Atenção Primária, por Unidades de Saúde (DURAND e HEIDEMANN, 2013), com o objetivo de se tornarem num espaço de diálogo e acolhimento aos participantes. Contudo, ainda é preciso diferenciar práticas preventivas, que visam prevenir a ocorrência de doenças nas pessoas, de práticas de promoção, as quais possuem foco na erradicação da doença, com base no combate de seus determinantes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

A própria visão de profissionais da saúde da família quanto às suas concepções de promoção da saúde parece incongruente com o original conceito correspondente ao processo saúde-doença e seus determinantes. Em experiência e estudos descritos por Machado, Dias e Forte (2015), os profissionais hegemonicamente confundem promoção da saúde com prevenção de doenças e de riscos e com ações assistenciais, como orientações individuais ou coletivas realizadas em visitas domiciliares e palestras ou grupos que visam prevenção ou controle de doenças. Nas ações estudadas por Becchi *et al* (2014), por exemplo, predominam as abordagens de prevenção de doenças sobre as de promoção de saúde.

Sabe-se que promoção da saúde é mais que prevenção ou controle de doenças, extrapolando os fatores biológicos com foco na doença. Visa atingir os determinantes ou condicionantes sociais de saúde, relacionados com os aspectos de “qualidade de vida, alimentação, nutrição, educação, habitação, saneamento, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde”. (MACHADO; DIAS; FORTE, 2015, p.64). Isto requer integração de ações entre todos os setores da sociedade, como governo, organizações voluntárias, indústria, autoridades locais e mídia, bem como conhecimento popular e participação social.

Com esse raciocínio, propõe-se discussão e reflexão crítica com profissionais da saúde sobre conceitos de promoção e prevenção, influência dos determinantes sociais e alvo de qualidade de vida, para ressignificar a prática da promoção da saúde. Tal prática seria capaz de proporcionar diálogo e reflexão, empoderamento dos envolvidos e participação social. (MACHADO; DIAS; FORTE, 2015). Ademais, indo além de discussão e educação profissional no que se refere à promoção da saúde, pouco se analisam as estratégias de promoção da saúde realizadas nas unidades de saúde.

2.4 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

É da responsabilidade dos gestores da saúde não somente implementar as diretrizes da PNPS, conforme a realidade local ou regional, mas também dispor responsáveis por planejamento, articulação, monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007a). Porém, sabe-se haver limitações para colocar em prática a promoção da saúde nos serviços de saúde, por dificuldades de operacionalização e monitoramento. (BECCHI *et al*, 2014).

Um estudo, intitulado como “prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil”, de Ramos, Malta e Gomes (2014), afirma que a maioria das unidades básicas de saúde refere ter pelo menos três programas de promoção da saúde, especialmente de promoção do ambiente saudável e da alimentação saudável. A amostra foi de 1.600 dentre 42.486 unidades cadastradas pelo Ministério da Saúde. Tal estudo sugere que as políticas públicas precisam melhorar a infraestrutura das unidades e a capacitação de profissionais de saúde, a fim de que a agenda de promoção de saúde seja realizada adequadamente.

Conforme citado por Amorim, Ribeiro e Magalhães (2016, p.1660), nos anais da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, “depois de mais de vinte anos de promulgar a promoção da saúde, surgem perguntas em torno do êxito das intervenções em promoção da saúde, e que fatores têm influído em seu êxito ou fracasso”. Portanto, definir uma casuística de práticas e ações de promoção ainda é difícil, tanto pela escassez dessas experiências descritas na literatura e, por outro, pela falta de relato e publicação dos resultados de intervenções em Promoção da Saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a pesquisa de estratégias de promoção de saúde, podem ser usadas metodologias quantitativas ou qualitativas. As quantitativas são de estratégia indutiva e utilizam instrumentos formais para coleta de dados, de maior rigor metodológico, mas podem não ser suficientes, isoladamente. As qualitativas possuem estratégia dedutiva e de caráter fenomenológico ou dialético (DYNIEWICZ, 2006), destacando-se o grupo focal, que utiliza a identificação dos significados dos sujeitos envolvidos na experiência, conforme fundamentação de Minayo (LACERDA *et al*, 2014), e a investigação-ação (PADILLA, 2017), uma pesquisa participante.

Para este trabalho, optou-se pela pesquisa-ação, uma investigação-ação, com suas fases não sequenciais (ou ciclo) de desenvolvimento, que tem o foco de trabalhar a melhoria da prática.

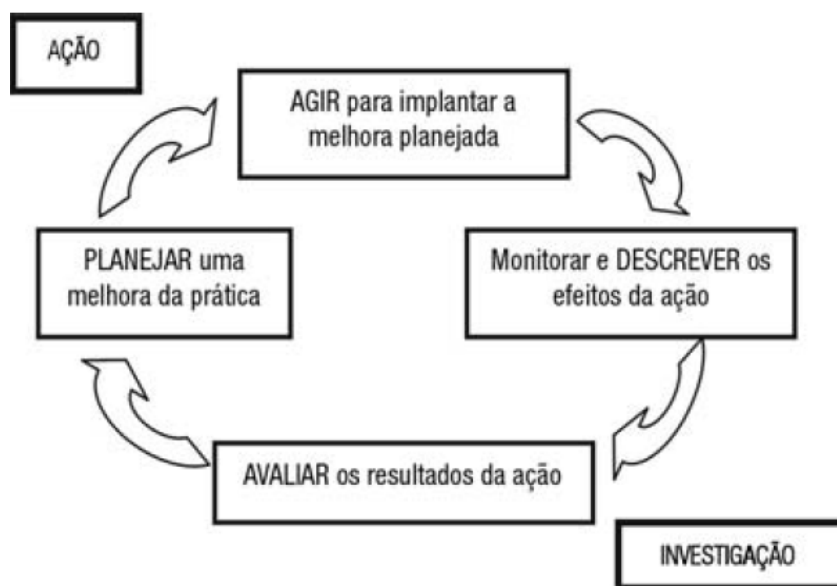
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa-ação é um tipo de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa que informam a ação selecionada para obter melhoria da prática, seguindo um ciclo de aprimoramento da prática que oscila entre ação na prática e investigação sobre ela. Das doze fases descritas por Thiollent (1986) – incluem fase exploratória, tema da pesquisa, colocação dos problemas, lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo de observação/amostragem/representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal/informal, plano de ação e divulgação externa –, Tripp (2005) as resumiu a quatro fases (Diagrama 1). Estas quatro incluem: planejamento, implementação, descrição e proposta de mudança. (TRIPP, 2005, p.446)

Como descrevem Queiroz *et al* (2012), não é somente o desejo do pesquisador que determina os resultados da pesquisa-ação, pois a mesma não pertence a ele. O que o pesquisador pode realizar por sua conta é o levantamento de contexto e seus fatores de influência sobre o processo de transformação da ação.

Contudo, exige-se criar espaços democráticos, os quais ocorrem conforme o tempo e a disponibilidade das duas partes (pesquisador e pesquisados).

Diagrama 1: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação.



FONTE: Tripp, 2005.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo se deu no Espaço Saúde de uma Unidade Municipal de Saúde situada no sudeste da cidade de Curitiba, Estado do Paraná. O bairro Alto Boqueirão, onde se situa, já é o de menor renda dentre aqueles que compõem a Regional Boqueirão (CURITIBA, 2017). Conforme dados do início de 2019, retirados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a área de abrangência dessa Unidade de Saúde conta com 12.031 usuários cadastrados, dos quais 8.895 possuem idade maior ou igual a 18 anos.

A região possui terreno irregular, dificultando caminhadas e acesso aos serviços. Tem vários pontos de ônibus, mas de distâncias longas ou razoavelmente íngremes. Poucos vizinhos se conhecem, conversam ou se apoiam. Há importante

concentração de usuários de programas assistenciais e tem aumentado o índice de furtos e de desemprego, além de problemas com tráfico e uso de drogas (CONSEG, 2013). Na área, há muito comércio, incluindo diversos bares e mercearias, há três creches e duas escolas, e são encontradas diversas igrejas, sendo evidenciadas evangélicas e católicas; e há uma benzedeira católica conhecida. Como acidente geográfico que limita a área está o Ribeirão dos Padilhas, área de invasão e depósito de lixo e caliças, local considerado um dos motes de atividade do grupo de cidadania.

Conforme diagnóstico situacional da área de abrangência e diário de campo do grupo em estudo, evidenciam-se os seguintes DSS no território: problemas de saúde mental e drogadição, uso de espaços comunitários para uso de drogas, casos subnotificados de violência doméstica, problemas com higiene, descarte inadequado de resíduos, morbidade por causas externas e doenças crônicas relacionadas ao estresse e estilo de vida não saudável.

3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram tanto usuários quanto profissionais de saúde da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, que participaram do processo de criação e desenvolvimento de um grupo de mobilização cidadã, intitulado Grupo de Cidadania. Como critérios de inclusão, consideraram-se usuários e profissionais da saúde que participaram de pelo menos 50% dos encontros que ocorreram em 2 anos (2016-2018). Os critérios de exclusão foram: pessoas com evidentes dificuldades cognitivas e de comunicação, aqueles que não disponibilizassem seu tempo ao estudo e os menores de idade.

Os participantes da pesquisa foram convidados durante encontro no próprio grupo de cidadania e os oito participantes que aceitaram e foram incluídos na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) antes da pesquisa previamente agendada e acordada. Houve aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Saúde da UFPR - Setor de Ciências da Saúde

da Universidade Federal do Paraná, parecer número 2.580.383 (ANEXO 2), e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - SMS, parecer 2.660.834 (ANEXO 3).

Dentre os pesquisados usuários da unidade de saúde, estavam líderes locais, como participantes de associação de moradores, de clube de mães, de grupo de caminhada e de conselho de saúde, além de outros menos ativos localmente; os dois pesquisados profissionais de saúde eram médicos residentes em atuação naquela unidade de saúde. As idades foram de 27 a 79 anos, a maioria tinha escolaridade de até ensino fundamental e ali havia aposentados, do lar, músico e corretor de imóveis, além dos dois médicos.

3.4 ETAPAS DA PESQUISA

A presente pesquisa-ação se compõe das quatro fases descritas por Tripp (2005), sendo aqui denominadas como etapa planejar, etapa agir, etapa monitorar e etapa avaliar.

Para a etapa planejar, determinou-se, por meio de diálogo em grupo, um diagnóstico situacional, para reconhecer as demandas. Nesse momento foram definidas ações a serem realizadas na próxima etapa. Na etapa agir, foram organizadas três ações acordadas de forma participativa.

Na etapa monitorar, foram realizadas duas oficinas de reflexão para revisar o andamento do grupo. Na etapa avaliar, foi discutida a atuação do grupo comunitário, identificadas as potencialidades e as fragilidades, e por fim, definiu-se uma reorientação das futuras ações fundamentadas nas diretrizes da PNPS.

3.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu de forma a contemplar as 4 etapas previamente apresentadas.

- 1- Etapa Planejar – nessa etapa, os pesquisadores resgataram o diário de campo, com o registro de tudo o que foi realizado no momento de construção do grupo, bem como diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde. Utilizaram-se dados secundários do SIAB do ano de 2016. O grupo definiu as ações que seriam desenvolvidas no ano 2017 e 2018.
- 2- Etapa Agir – nessa etapa aconteceram as intervenções das ações previamente definidas pelo grupo. Os registros das ações foram coletados e armazenados por meio de relatórios das atividades do grupo.
- 3- Etapa Monitorar – os registros das ações foram resgatados das atas dos encontros e dos diários de campo e, por meio de duas oficinas reflexivas, os integrantes do Grupo da Cidadania definiram material didático que serviu de base textual para análise das futuras categorias.
- 4- Etapa Avaliar – as reflexões geradas pelo grupo foram armazenadas por meio de gravadores digitais, utilizados para gravação das oficinas, cujos dados de áudio e imagem foram fonte para a análise de conteúdo.

3.5.1 Oficinas de reflexão

As duas oficinas de reflexão se deram em formato de dinâmica de grupo, segundo metodologia de planejamento participativo, do planejamento estratégico situacional de Matus, o qual é composto pelos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (GIOVANELLA, 1991). Tais momentos são complementares e dinâmicos e não são sequenciais. O momento tático-operacional (CAMPOS, 2010) inclui a realização e o monitoramento das ações e a programação de ações de ajustes ao longo do processo e correção de rumos para cumprir os objetivos propostos para a estratégia. Com base também num planejamento comunicativo, buscando maior êxito, a proposta é de planejar novas ações por meio

de negociação e pactuação dessas ações e de compromissos entre os participantes. (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2012)

As oficinas foram facilitadas por uma das pesquisadoras, com apoio intelectual e logístico por parte de Médicos Residentes da Unidade de Saúde e de Acadêmicas de Medicina participantes de iniciação científica da Universidade Federal do Paraná. Foram utilizados os seguintes equipamentos e materiais: computador, projetor, papéis para anotações e registros, canetas e duas câmeras de celular para filmagem e gravação das discussões.

Para iniciar o processo de reflexão, foram colhidas informações de identificação, por que motivo os integrantes do grupo de cidadania aderiram e continuam no grupo; qual seu histórico de cidadania; se percebem o serviço de saúde como espaço legítimo para discussão de cidadania; que possível influência as reuniões têm trazido aos integrantes do grupo. O roteiro para introdução das oficinas está descrito no (APÊNDICE 2).

Para potencializar o processo de reflexão e análise crítica das ações realizadas no momento das oficinas, as pesquisadoras organizaram dados epidemiológicos da área de abrangência da Unidade de Saúde Érico Veríssimo. Além disso, como o processo de elaboração do grupo se deu com motivo de promoção de saúde, foi utilizado como agente disparador de reflexão um instrumento de avaliação da efetividade das ações de Promoção da Saúde, validado (KUSMA, 2011) e adaptado à realidade das ações na APS. O instrumento (ANEXO 1)₁ é composto de 23 questões objetivas reunidas em 3 dimensões: Ação Específica (5 questões), Políticas Públicas Saudáveis (10 questões) e Desenvolvimento Humano e Social (8 questões).

Para cada questão, as respostas são ordenadas em escala Likert, com gradações de 1 (não contempla) até 5 (contempla totalmente). Um escore final é obtido pela soma do resultado de cada questão, variando entre 23 a 115, quanto maior o escore mais a estratégia contempla os pilares e valores da promoção da saúde. Os escores entre 23 e 74 caracterizam estratégias fracas, com pouco potencial de efetividade, enquanto os escores entre 75 e 115 caracterizam estratégias com forte potencial de efetividade. Foram determinadas, então, pontuações para as atividades do grupo, conforme as dimensões e questões, adaptadas à APS em geral, presentes

no Instrumento de Kusma (2011). Os dados e as respostas a estas questões serviram de base para fomentar a discussão nas oficinas de reflexão. Além disso, com tais informações, gerou-se uma apresentação para a primeira oficina de reflexão.

Os oito participantes do grupo selecionados para as oficinas de reflexão, cujas opiniões e respostas foram obtidas durante essas oficinas, tiveram suas falas transcritas, e cada um deles foi identificado com a letra E, seguido da numeração de 1 a 8. Assim, tais participantes são identificados com as letras-números de E1 a E8.

Durante as oficinas, após a apresentação inicial, foi realizada uma dinâmica para apontamento das potencialidades, fragilidades e possibilidades de ação do grupo, sendo esta dinâmica organizada com os quesitos “que bom que...”, “que pena que...” e “que tal se...”. Os participantes da pesquisa comunicaram suas opiniões sobre o que havia de positivo e de negativo com relação ao grupo e deram suas sugestões de melhoria de funcionamento do grupo. As respostas foram gravadas e anotadas para posterior análise dos dados. Por fim, revisou-se a atuação do grupo a partir do processamento dos dados obtidos.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados coletados nas oficinas de reflexão, das etapas monitorar e avaliar, foi realizada conforme a metodologia de Bardin, com análise comparada à literatura disponível. A técnica de Bardin (2010), para a análise de conteúdo, é uma metodologia de pesquisa de comunicação que se constitui numa sistematização dos conteúdos das mensagens, possibilitando analisar as comunicações e o sentido de um texto. A análise de conteúdo possui caráter qualitativo, mas que pode usar parâmetros estatísticos para apoiar suas interpretações. (BARDIN, 2010 e URQUIZA; MARQUES, 2016)

Inicia-se em processo teórico, cuja etapa mais complexa tem foco no trabalho de categorização. As etapas da análise compreendem: organização da análise, codificação, categorização, tratamento dos resultados e interpretação dos resultados.

A etapa de organização da análise envolve pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses. A pré-análise é quando se começa a organizar o material para que se torne útil, por meio de diversos passos: leitura flutuante; escolha dos documentos a compor a análise, cumprindo as regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência; formulação de objetivos e, para facilitar a compreensão do leitor, são elaborados quadros-síntese para organização dos dados; referenciação de índices e elaboração de indicadores, para extrair a essência das mensagens; e preparação do material, que será editado, copiado e recortado. Na exploração do material, faz-se a descrição analítica orientada por hipóteses e referenciais teóricos, a definição das categorias, a identificação das unidades de registro e a identificação das unidades de contexto. O tratamento dos resultados e suas interpretações transformam os dados brutos em significativos e válidos e adiantam interpretações a favor de objetivos previstos ou referentes a resultados inesperados. (BARDIN, 2010 e URQUIZA; MARQUES, 2016)

Tendo sido o material bem organizado, estão facilitadas as fases de codificação e categorização. Ao codificar, faz-se o recorte de frases ou palavras relevantes à análise, desde as unidades de registro e de contexto, enumeram-se as palavras e segue-se para classificação e agregação, para então formar categorias. Na categorização, composta por inventário e classificação, são reagrupados os elementos por analogia, conforme os critérios semântico, sintático e expressivo, exigindo que se compreenda bem o que os elementos possuem em comum. Os critérios de qualidade da categorização são estes: exclusão mútua, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. O processo todo finaliza com a interpretação dos resultados, por meio da inferência, confrontando os achados da pesquisa ao referencial teórico previamente estabelecido. (BARDIN, 2010 e URQUIZA; MARQUES, 2016)

As unidades de registro foram selecionadas a partir de todas as transcrições e as categorias em destaque compreenderam aspectos de participação no próprio grupo e de desdobramentos motivados pelos encontros do grupo. Optou-se por aprofundar o estudo das subcategorias pertinentes aos desdobramentos surgidos, em suas dimensões institucionais, comunitárias e pessoais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados no formato de artigo. Os dados coletados foram organizados nas etapas da pesquisa-ação, conforme o (QUADRO 1) a seguir, e a descrição dos itens consta no capítulo do artigo.

QUADRO 1 – ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

Etapas	Descrição	Descrição dos resultados
Etapa Planejar	Criação do Grupo Temas aprovados	Conceito de cidadania Papel das políticas públicas e da comunidade Diagnóstico situacional da comunidade Atividades/equipamentos de apoio existentes na comunidade Alimentação saudável Destino adequado dos resíduos Segurança Lazer Higiene
Etapa Agir	Ações realizadas	Mutirão de coleta de resíduos Bingo da Saúde Oficina sobre autocuidado na escola
Etapa Monitorar	Oficinas de reflexão	Apreciação do diagnóstico situacional Reorientação das ações do grupo: Temática da violência contra mulher <i>Cleanup Day</i>
Etapa Avaliar	Atuação do Grupo Comunitário	Propostas de melhoria para o grupo Novos temas, conforme necessidade local

FONTE: as autoras (2018)

5 REPERCUSSÕES INDIVIDUAIS, INTERPESSOAIS, INSTITUCIONAIS E COMUNITÁRIAS DE UM GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA-AÇÃO

AUTORES: FAGUNDES MG¹, SILVA MZ², KUSMA SZ³.

Resumo

Grupos de Promoção da Saúde (GPS) podem auxiliar os serviços pautados em promoção da saúde, protagonismo social e participação cidadã. Contudo, são raras pesquisas acerca das repercussões de GPS que caracterizem intervenções, a fim de compreender potências e desafios dos grupos. Este trabalho objetivou compreender as repercussões de um GPS que ocorre em uma unidade de saúde e descrever seu processo de fundação e atuação. Realizaram-se pesquisa-ação, com suas etapas planejar, agir, monitorar e avaliar, incluindo dados históricos da criação do grupo e suas ações e oficinas de reflexão realizadas com os participantes mais assíduos do grupo, e análise de conteúdo de Bardin. Quanto às repercussões evidenciadas, destacaram-se o impacto positivo do grupo sobre o conhecimento e a atitude dos envolvidos, seus familiares e seu entorno, e as melhorias sobre relação ensino-serviço-comunidade, longitudinalidade do cuidado e determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Educação em saúde. Atenção primária à saúde. Participação cidadã. Adultos.

Abstract

Health Promotion Groups (HPG) can assist services based on health promotion, social leadership and citizen participation. There are few studies about the repercussions of HPG that characterize interventions in order to understand the strengths and challenges of these groups. This paper aimed to understand the repercussions of a HPG that occurs in a health unit and describe its process of foundation and performance. Action research was carried out, with its planning, action, monitoring and evaluation steps, including historical data on the group's creation and its actions and reflection workshops conducted with the group's most frequent participants, followed by Bardin's content analysis. Regarding main repercussions, there was the positive impact of the group on the knowledge and attitude of those involved, their families and their surroundings, as well as improvements on the teaching-service-community relationship, longitudinality of care and social determinants of health.

Key-words: Health promotion. Health education. Primary health care. Citizen participation. Adults.

¹ Mestranda em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná

² Professora Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

³ Professora Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Positivo

Resumen

Los Grupos de Promoción de la Salud (GPS) pueden ayudar a los servicios basados en la promoción de la salud, el liderazgo social y la participación ciudadana. Hay pocos estudios sobre las repercusiones de los GPS que caracterizan las intervenciones para comprender las fortalezas y los desafíos de estos grupos. Este documento tuvo como objetivo comprender las repercusiones de un GPS que ocurre en una unidad de salud y describir su proceso de base y rendimiento. Se llevó a cabo una investigación de acción, con su planificación, acción, monitoreo y evaluación, incluidos datos históricos sobre la creación del grupo y sus acciones y talleres de reflexión realizados con los participantes más frecuentes del grupo, seguido del análisis de contenido de Bardin. En cuanto a las repercusiones destacadas, se destacó el impacto positivo del grupo en el conocimiento y la actitud de los involucrados, sus familias y su entorno, así como las mejoras en la relación enseñanza-servicio-comunidad, la longitudinalidad de la atención y los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: Promoción de la salud. Educación en salud. Atención primaria a la salud. Participación ciudadana. Adultos.

5.1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído para assegurar acesso universal à saúde, integralidade da assistência, igualdade, participação social e capacidade para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde¹. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como objetivo promover a integração de serviços de saúde para prover atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS. A RAS, cuja porta de entrada e centro ordenador é a Atenção Primária à Saúde (APS)¹, considera o processo saúde-doença de forma complexa, integral e sistêmica² e o foco de ações visando à promoção da saúde da população.

Conceitualmente, a Promoção da Saúde (PS) tem como princípio-chave participação social ativa e cidadã, com empoderamento como pressuposto, que permite mudanças nos determinantes sociais da saúde (DSS)³, influenciadores dos problemas de saúde e seus fatores de risco⁴. Ao articular saúde com outras redes de proteção social, a PS visa equidade, qualidade de vida, redução de vulnerabilidades

e riscos à saúde gerados pelos DSS, convocando indivíduos e comunidades a assumirem o controle sobre os fatores que afetam sua própria vida e bem-estar.

Em interface com a PS, encontra-se a Educação Popular em Saúde (EPS), campo de produção de novos saberes, subjetividades e que possibilita a autonomia dos sujeitos⁵, buscando ampliar participação popular nos serviços de saúde.^{6,7} A EPS é orientada pelos princípios de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com construção de projeto democrático e popular. Em um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), está evidente a necessidade de fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, com mobilização pelo direito à saúde e qualificação de políticas públicas.⁸

Refletindo sobre conceitos e práticas de PS e EPS, percebe-se que uma estratégia para operacionalizar tais ações é a metodologia adotada pelos Grupos de Promoção à Saúde (GPS), pautada na construção de relações sociais colaborativas, com objetivo de estimular desenvolvimento de autonomia. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da PS.^{9,10}

Os GPS têm como função criar um espaço criativo e cooperativo onde existe possibilidade a todos os atores de: ressignificar crenças acerca do seu processo saúde-doença; compartilhar e compreender emoções, sofrimentos e superações; valorizar saberes populares e culturais da comunidade; conhecer e refletir criticamente sobre práticas e saberes em saúde, possibilitando ampliar sua capacidade e habilidade diante da vida, reconhecendo-se como sujeito no processo de produção de saúde, em seu sentido amplo e positivo.^{9,11}

Em grupo, visa-se construir conhecimento sem paternalismo nem autoritarismo, de forma horizontal, com comunicação dialógica de troca e compartilhando experiências. Os GPS podem e devem ocorrer nos *settings* (ambientes) das Unidades de Saúde (US), que devem estar “a serviço da formação da cidadania, ensejando conhecimento dos problemas de saúde do país e viabilizando a participação ativa dos usuários do serviço nos problemas locais de saúde”.^{12,13}

Para os GPS, diferente dos grupos de prevenção e controle de agravos, o conceito de saúde é positivo e multidimensional, seu modelo de intervenção é

participativo e cooperativo e seus objetivos são contínuos, gerando autonomia e mudança de atitudes que desenvolvam níveis de saúde e condições de vida. Suas atividades são desenvolvidas conforme as necessidades do grupo e o coordenador tem função de ouvir demandas e facilitar o alcance dos objetivos do grupo.^{9,13,14}

Sabe-se, portanto, que os GPS no contexto do SUS, especialmente na APS, podem ser uma tecnologia pertinente para auxiliar na construção e aperfeiçoamento de serviços associados ao conceito positivo de saúde, pautando-se na PS, protagonismo social e participação cidadã.^{8,13,15,16} Contudo, são raras estratégias e pesquisas acerca das repercussões de GPS que caracterizem intervenções, a fim de compreender as potências e desafios de tais grupos.

Logo, o objetivo deste trabalho foi compreender as repercussões individuais, interpessoais, institucionais e comunitárias de um grupo de promoção da saúde que ocorre em uma US de Curitiba, além de descrever o processo de fundação e atuação do grupo em seu território, pela perspectiva dos participantes do grupo.

5.2 MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar o objetivo da pesquisa, utilizou-se a pesquisa-ação, definida por Thiollent (2013)¹⁷ como um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estrita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo e no qual pesquisadores e participantes representativos da situação estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.^{17,18,19} A pesquisa-ação é composta de fases não sequenciais (ciclo), que incluem planejamento de melhora da prática, ação de implementação dessa melhora, descrição e monitoramento dos efeitos da ação e avaliação dos resultados da ação.^{17,18}

A pesquisa-ação favorece transformações na vida dos participantes da pesquisa dentro do seu contexto, pressupondo que as pessoas possuem um saber acumulado e, assim, produzem conhecimentos, construindo um saber singular, pautado por suas vivências cotidianas. Tal compreensão possibilita não só conhecer essas mudanças, mas contribuir com a assistência integral dos seres humanos,

respeitando a dimensão cultural em que vivem. Interessante destacar que, na pesquisa-ação, os sujeitos envolvidos em determinada problemática constituem um grupo com objetivos comuns, assumindo papéis diversos, inclusive os pesquisadores, promovendo troca de saberes, conhecimentos e experiências.²⁰

A pesquisa-ação se deu numa US da Família de Curitiba de média vulnerabilidade, classificação feita conforme indicador IVAB (Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde)²¹, criado a partir de aspectos sociais dessas áreas. Teve como foco um GPS, intitulado por seus membros “Grupo de Cidadania”. Os encontros ocorrem mensalmente, desde 2016, e foi criado e sustentado por profissionais da saúde da US, médicos residentes de medicina de família e comunidade e usuários daquela US.

Esta pesquisa-ação foi exploratória e teve abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram usuários (seis, cujas falas foram designadas de E1 a E6) e profissionais de saúde (dois, cujas falas foram designadas como R1 e R2) médicos residentes, que participaram do processo de criação e desenvolvimento do grupo. Nos critérios de inclusão, usuários e profissionais da saúde que participaram de pelo menos 50% dos encontros que ocorreram em dois anos (2016-2018). Nos de exclusão, pessoas com evidentes dificuldades cognitivas e de comunicação e menores de idade. Os pesquisados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houve aprovação pelos Comitês de Ética da Universidade Federal do Paraná, de parecer 2.580.383, e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, de parecer 2.660.834.

Este estudo seguiu as etapas indicadas por Thiollent. Portanto, foi composta pelo ciclo: (a) Planejar: descrição e análise da criação do Grupo de Cidadania; (b) Agir: relato da construção e execução de ações do Grupo, a partir da realização de Diagnóstico Situacional(DS);(c) Monitorar: organização e realização de oficinas de reflexão (OR); (d) Avaliar: propostas de melhoria para o grupo, a partir das repercussões relatadas pelos sujeitos nas OR.

Os procedimentos metodológicos adotados envolveram etapas de DS; informações descritas em Diário de Campo (DC) da pesquisadora, médica de família da US desde 2010 e cofundadora do grupo em parceria com membros da comunidade; relatórios dos encontros ocorridos; e documentos gerados a partir das

gravações de duas OR realizadas pelos participantes do Grupo de Cidadania. Tais OR se nortearam em temas disparadores fundamentados pelo Instrumento de Avaliação de Estratégias de Promoção da Saúde, de Kusma (2011)²². As questões do instrumento, levantadas nas OR foram: DSS da área, perfil de problemas de saúde da comunidade, priorização de ações para grupos sociais vulneráveis, participação de profissionais de saúde do território, processo de trabalho do grupo e se os resultados do grupo são reconhecidos e pactuados no planejamento da US.²²

As OR foram gravadas para posterior transcrição do áudio, com garantia de anonimato e sigilo das informações. A análise de conteúdo dos dados ocorreu conforme metodologia de Bardin (2010)²³, comparada à literatura. Houve sistematização dos conteúdos, com separação e categorização das falas por temas e similaridades. Analisaram-se comunicações e sentido das mensagens, com organização das seguintes subcategorias: (a) repercussões institucionais e comunitárias; (b) repercussões individuais e interpessoais.

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Em média, dez sujeitos participavam dos encontros. Dos seis sujeitos da comunidade mais presentes nos encontros e que participaram das OR, a idade média foi 70 anos, 2/3 declararam-se brancos, 2/3 estudaram até o ensino fundamental incompleto e metade eram lideranças ou participavam de outros grupos comunitários. Os profissionais da saúde eram residentes de Medicina de Família e Comunidade, brancos, 26 e 27 anos, um formado em Universidade privada e outro, em pública.

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE PARTICIPANTE DO GRUPO DE CIDADANIA, 2018, CURITIBA.

SUJEITO	IDADE	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	AÇÃO LOCAL	OCUPAÇÃO
E1	68	F	NEGRA	1 GRAU COMPLETO	LÍDER	APOSENTADA
E2	69	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	USUÁRIO	MUSICO
E3	79	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	USUÁRIO	APOSENTADO
E4	59	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	LÍDER	CORRETOR DE IMÓVEIS
E5	71	F	BRANCA	1 GRAU INCOMPLETO	LÍDER	APOSENTADA
E6	78	F	PARDA	1 GRAU COMPLETO	USUÁRIO	DO LAR
R1	26	M	BRANCO	SUPERIOR COMPLETO	PROF.SAÚDE	MÉDICO
R2	27	F	BRANCA	SUPERIOR COMPLETO	PROF.SAÚDE	MÉDICA

FONTE: as autoras (2019)

Alguns participantes, líderes comunitários, destacaram suas vivências de cidadania, de envolvimento com causas da comunidade.

“Fiz mutirão, [...] nós tinha as caçamba (...) e convidava as pessoa e fazia sorteio né, de uma cesta básica pra ajudar aquelas família [...] e naquilo o pessoal participava e um dia nós ‘consequimo’ tirar todos os lixo, (...) tentava levar curso né pras pessoa [...] ter um ganho, a renda [...] melhorasse...” E2

“Era um loteamento [...] e a documentação ‘tava’ pela metade, [...] e ‘colocamo’ em ordem todos aqueles [...] lote lá. [...] Pouco se faz, [...] a gente se envolveu já de cara. [...] Mas a gente [...] termina assumindo muita coisa. [...] vai ficando cansado e vai, vai ter que procurar um jeito de abrir espaço.”

E1 [grifo nosso]

5.3.2 ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

Os dados foram organizados de acordo com as etapas da pesquisa-ação.¹⁷

QUADRO 1 – ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

Etapas	Descrição	Descrição dos resultados
Etapa Planejar	Criação do Grupo	Definição dos objetivos do grupo e nome Aprovação de local, como seria a participação comunitária, organização dos encontros Aprovação de temas de interesse para a comunidade
Etapa Agir	Ações realizadas	Atividades de sustentabilidade ambiental: lidando com os resíduos do território Bingo da Saúde Oficinas sobre autocuidado em escolas
Etapa Monitorar e Avaliar	Oficinas de reflexão (OR)	Diagnóstico situacional Reorientação das ações do grupo Propostas de melhoria para o grupo a partir das repercussões

5.3.3 Etapas planejar e agir: criação e ações do grupo

O planejamento inicial do grupo estudado surgiu da necessidade de conhecer mais sobre a comunidade, dentro da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, atuante naquele serviço. Ato motivado a partir da percepção da lacuna de abordagem comunitária e de ações de promoção e educação em saúde na US.

Tal como é citado^{9,24,25,26}, existe um predomínio de ações focadas na doença e sua prevenção na APS, em detrimento de ações de PS, no seu conceito positivo e ampliado. Ademais, não se aprende democracia ou cidadania sem exercê-las e não se aprende a atuar profissionalmente, conforme princípios do SUS e trabalho intersetorial e multiprofissional, se as etapas da formação universitária não foram exercidas conforme esses princípios e com as demais formações.²⁷

Assim, esse grupo foi criado a partir de diálogos entre os integrantes da residência médica atuantes no local, sobre a importância de abordagem comunitária na APS com outros profissionais da US, comunidade e conselho local de saúde. Foi definido como objetivo do grupo: promoção saúde e cidadania, por meio de discussões e propostas de soluções para questões e problemas locais não relacionados somente a aspectos ligados ao funcionamento da US.

De forma democrática, foi denominado “Grupo de Cidadania”, condizente com o conceito ampliado de saúde²⁸ e de atitudes de cidadania. “Um cidadão deve atuar em benefício da sociedade, bem como esta última deve garantir-lhe os direitos

básicos à vida, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, trabalho, entre outros”²⁹ (p.4).

Os temas que surgiram como prioridade para serem abordados no grupo foram: problemas de saúde mental, drogadição, tráfico de drogas, violência doméstica, autocuidado em saúde, descarte inadequado de resíduos, morbidades por causas externas, doenças crônicas relacionadas ao estresse e estilo de vida não saudável e desemprego.

Conforme dados epidemiológicos, essa US conta com 12.031 usuários cadastrados³⁰, sem mortalidade materno-infantil nos últimos dois anos e com 11% inscritos em programas de hipertensão arterial, 4% de diabetes, 6% de saúde mental e 57,9% idosos avaliados com obesidade. O terreno é irregular, dificultando caminhadas e acessos, há pontos de ônibus, mas percursos longos ou íngremes. Vizinhos pouco interagem e há concentração de usuários em programas assistenciais. Na área, há comércio, creches e escolas, diversas igrejas e uma curandeira. Limitando a área está um ribeirão, local de descarte de resíduos e caliças, mote para atividades do grupo.

Decidiu-se utilizar o espaço saúde da US para os encontros e o presente grupo ocorre numa US considerada, pelos participantes, como ambiente de diálogo livre, possibilitando quebrar a relação tradicionalmente vertical entre usuários e profissionais da saúde³¹. Tem se mantido como processo para formação informal de cidadania e políticas públicas, não possui caráter partidário e reúne líderes comunitários e demais usuários do serviço de saúde local. Tem abertura para servir como estratégia de expressão de necessidades e DSS.³¹

O espaço livre para expressar ideias e propostas foi citado.

“Esse trabalho é um ‘dos melhor’, [...] porque é neutro. Quando chega na associação [de moradores], a gente é limitado [...]. Já, nós aqui somos livres, fazemos o que a comunidade precisa.” E1 [grifo nosso]

“Aqui é um lugar que dá pra falar dessas coisas. Porque aqui [US] mexe com a saúde” E2 [grifo nosso]

Espaços públicos precisam ser ampliados ao exercício do diálogo, fundamental para aproximar profissional e popular, percebendo-se fragilidades de

ações que incentivam práticas dialógicas e cuidado do cidadão consigo e com o coletivo. Em US, continua desafiador obter um diálogo libertador por uma educação problematizadora³². Compreender a EPS como potência ao trabalho em saúde é um aspecto de importante reflexão³³, exigindo espaço dialógico.

Para melhor coordenação do grupo, de responsabilidade da residência médica local, princípios de facilitação e formas de adequação do ambiente do grupo foram revisados. Temas são abordados nos encontros em forma de roda de conversa, por facilitação de diálogo problematizador, como ocorre com demais GPS^{9,11}. Aos coordenadores dos GPS⁹, é imperativo definir os objetivos das intervenções e firmar acordo de funcionamento desde os primeiros encontros, atualizado a cada novo entrante no grupo. As condições são de cooperação grupal, autenticidade, sigilo interno do grupo, compromisso com datas e horários e escuta ativa das demandas grupais, sob facilitação do coordenador, mantendo um clima espontâneo de integração. Registram-se as manifestações dos membros para análise e discussão, conforme necessidades e objetivos do grupo⁹. No grupo estudado, procura-se seguir essa organização de GPS.

Na APS, práticas de PS auxiliam na reorientação do modelo assistencial e redução do sofrimento da população, envolvendo a intersetorialidade para facilitar o alcance de seus objetivos³⁴. Essas práticas têm sido desenvolvidas por US³⁵, com objetivo de se tornar espaço de diálogo e acolhimento aos usuários do SUS. Contudo, é preciso diferenciar práticas preventivas, que visam prevenir a ocorrência de doenças, de práticas de PS, focadas na erradicação das doenças.¹²

Observando a proposta da PS de que soluções precisam ser construídas em conjunto, torna-se importante respeitar limitações individuais, compreender a realidade e verificar como a comunidade lida e traz alternativas para resolver seus problemas¹³. Isto está dentre os cinco campos de ação da PS, destacados na Carta de Ottawa: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde”³⁶(p.19). Dentre todas as questões levantadas, coletivamente decidiu-se que as ações inicialmente deveriam ser focadas na sustentabilidade ambiental do território com foco no destino adequado dos resíduos, segurança, lazer e autocuidado em saúde.

Dentre as ações resultantes de discussão e planejamento nos encontros do grupo, sempre com participação de líderes comunitários, houve mutirões de coleta de resíduos, bingo da saúde e atividades de autocuidado. Os mutirões ocorreram nas imediações da US, desenvolvidos por lideranças locais. O bingo, idealizado pelos participantes para promover o grupo, tratou de autocuidado e limpeza. As atividades de autocuidado^{37,38} para escolares ocorreram após conclusão do grupo sobre a necessidade de levar informação às crianças, potenciais influenciadores familiares, estimulando comportamento aprendido a favor da autonomia da criança.³⁹

A ação do grupo na escola gerou reflexões.

“Aquele trabalho [na escola] acho que foi um dos melhores que devem continuar, até levar pras outras escolas” E1

“Ter chegado na escola também foi importante, que não havia abertura” E3

“Papel do cidadão pra mim é compartilhar o conhecimento. Então a palestra na escola foi um ato de cidadão” R1

Além de promover ações, uma preocupação foi angariar mais participantes ao grupo. Isto foi reiterado com as seguintes falas:

“Seria ótimo se a gente conseguisse mais pessoal para participar. [...] Quando ver que está fazendo efeito os projetos, [...] eles vão achar vendo melhor.” E3

“Esta sala tinha que estar cheia. [...] Seria bom que tivesse outras visões, de gente mais nova.” E1

Como sugestões para sanar este aspecto, surgiram:

“Seria bom escolher uns temas de mais interesse pros jovens.” E1

“Pesquisar na escola e na igreja o que eles precisam” E6

Participação demanda tomar parte, voluntariamente, em discussões e decisões. Como exige conhecimento democrático, caso a população envolvida seja inexperiente, pode ser preparada. Populares possuem dificuldade em participar autonomamente na busca por melhoria de suas condições de vida, como discute a freireana “Pedagogia do Oprimido”.⁴⁰

Vários desafios se apresentaram ao grupo. Destacaram-se as necessidades: envolver precocemente a comunidade; angariar maior participação de moradores; integrar mais equipamentos e grupos comunitários; fazer combinados, acordar objetivos comuns e planejar bem as ações; e revisar atividades com maior frequência. Ademais, há desafios na formação dos profissionais de saúde para abordagem holística do paciente, de seu meio sociocultural e dos DSS.

Diferente da postura alienada, o ser humano é cidadão com poder de atuar em sociedade pelo processo de conscientização que demanda refletir sobre contradições e problemas do cotidiano. Não basta priorizar cura e prestação de serviço técnico, mas refletir sobre os serviços de saúde, aproximando abordagem crítica, humanizada e dialógica.²⁷

5.3.4 Etapas monitorar e avaliar: percepções e desdobramentos

As oficinas de reflexão ocorreram em formato de roda de conversa, no mesmo local dos encontros do grupo, envolvendo os participantes da pesquisa, e foram pautadas na gestão participativa. Partindo das falas e diálogos, foram elencadas as seguintes categorias: repercussões institucionais e comunitárias e repercussões individuais e interpessoais.

5.3.4.a Repercussões institucionais e comunitárias

Nas dimensões institucionais e comunitárias, as subcategorias evidentes incluíram repercussões sobre a relação ensino-serviço-comunidade, a longitudinalidade do cuidado e os DSS. A primeira repercussão, desde a formação do grupo, foi o aprimoramento da relação ensino-serviço-comunidade, ao melhor aproximar profissionais da saúde em formação, em residência médica, com aquela comunidade, integrando experiências, conhecimentos e enfrentamentos. A relação considera uma aprendizagem significativa dos residentes, por meio da integração entre ensino, trabalho e cidadania, ao reunir os segmentos de formação, atenção, gestão e participação social no setor.⁴¹

Este ato tenta combater a comum dicotomia existente, separando os mundos do ensino e do trabalho⁷. Também vai ao encontro de uma das metas dos Ministérios

da Saúde e Educação brasileiros, aproximação da formação profissional e científica das reais necessidades do SUS.⁴²

Verifica-se um desdobramento organizacional integrador entre formação e serviço que trouxe mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde.

“O que é falado aqui dentro, a gente também conversa na reunião da equipe [de saúde] e discute, tentando melhorar o trabalho.” R1

“Muitas coisas de atendimento da unidade melhoraram como reflexo dos temas e problemas que eram discutidos nas reuniões [do grupo]” R2

Estas “muitas coisas” abrangem tanto o acolhimento quanto o conteúdo e a abordagem da educação em saúde em consultas e atividades educativas realizadas pela US. Além disso, discussões do grupo foram acolhidas e legitimadas pelo Conselho Local de Saúde e pela reunião geral dos profissionais de saúde da US, evidenciando potencial influência da participação popular sobre o gerenciamento e a reorientação das políticas públicas.⁶

Quanto ao impacto sobre o vínculo entre profissionais de saúde e usuários participantes, percebeu-se aprimoramento e um despertar para tecnologias leves, pautadas em relações, escuta qualificada e cuidado. Houve aproximação entre participantes, profissionais e usuários, e contato longitudinal entre eles. Longitudinalidade é atributo único na APS, envolvendo extensão da relação entre paciente e profissional além do manejo específico da doença^{43,44}. Comentou-se:

“Tá tendo o que nunca aconteceu aqui [...] e em nenhum posto de saúde de ter uma equipe médica interessada pelo nosso bem-estar.” E1

“Quando aqui não tinha médico aqui. Uma vez eu vim com uma dor [...]. Quando eu vim trazer o resultado, cadê o médico, [...] aqui não parava ninguém, minha fia. [...] Tem que [...] dá glórias a Deus e pedi a Ele todo dia ‘pros médico’ daqui ‘ficá’. Tá bem melhor que nem era.” E4

O processo de grupalidade, tal como evidenciado nesta experiência, aproxima pessoas, usuários do serviço e profissionais de saúde. Gera vínculo e produz vantagens, como acolhimento, coleguismo, um ficar à vontade, ambiente propício a abordar angústias e senso de pertencimento comunitário.^{31,45}

Destaca-se horizontalidade entre profissionais e usuários participantes do grupo, conforme discussão do pensamento freireano. Freire aponta que a relação entre usuário e profissional não difere de uma relação entre professor e aluno e não se aprende democracia ou cidadania sem exercê-las.²⁷

A participação de profissionais de saúde na EPS traz uma cultura de relação com classes populares que rompe com a tradicional educação em saúde autoritária e normatizadora. Favorece construção de uma sociedade em que a classe popular, geralmente subalterna e explorada, constitua-se de sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas.⁴³

Outro aspecto a destacar é o fortalecimento dos laços entre a US e as demais instituições que dão suporte àquela comunidade. Este aspecto pode auxiliar o papel da APS na ordenação da RAS, conforme citado^{1,45}, e na articulação desta com as demais redes de proteção social¹.Primeiramente, houve maior vínculo entre a US e instituições das quais alguns membros participavam, como clube de mães, associação de moradores e outros grupos.

Das repercussões do grupo sobre a comunidade, vale considerar seu impacto sobre os DSS, para compreensão ampliada do processo saúde-doença. Conforme DC, algumas ações foram planejadas e executadas com base em discussões realizadas nos encontros do grupo para atingir os DSS, tais como: bingo da saúde, educação em saúde sobre autocuidado e mutirões de coleta de resíduos depositados nas beiras do ribeirão.

Assim, relembram-se algumas estratégias de operacionalização da PS: territorialização, articulação intra e intersetorial, RAS, participação e controle social, educação e formação. Em específico, a função da RAS inclui cuidado humanizado e articulação transversal com todos os equipamentos de PS presentes no território.¹

Influenciadores nos resultados da EPS são os próprios serviços de saúde. Incluem: organização dos serviços de saúde; políticas públicas de EPS; programas, ações e linhas de cuidado em Saúde Pública que incluem a EPS; infraestrutura, materiais pedagógicos; valoração das práticas educativas em saúde; e percepção dos gestores e dos profissionais de saúde sobre EPS.⁴⁶

5.3.4.b Repercussões individuais e interpessoais.

O “Grupo de Cidadania” tem se configurado ambiente para estímulo de habilidades para a vida, que podem auxiliar no desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas, proporcionando lidar com situações conflituosas do cotidiano de forma mais assertiva. Habilidades como autoconhecimento, empatia, manejo de emoções e sentimentos, comunicação assertiva, pensamento criativo, tomada de decisões e resolução de problemas são percebidas a partir das falas. Um grupo, segundo Bittar (2011)³¹, pode estimular mudanças gerais na vida do participante, como ressocialização, aprendizado e maior autoestima.

Repercussões individuais evidenciaram-se, considerando que, lutando pela saúde do outro, promove-se a própria saúde. A “participação em grupo de promoção da saúde favorece melhorias em diversos aspectos da vida”⁹(p.1) e a própria convivência em grupo contribui para melhor qualidade de vida, propiciando equilíbrio biopsicossocial.³¹

“Aqui, aprendemos a fazer algo pelo outro, para o outro. [...]Não somente ficar reclamando. Tem gente que só reclama e só quer receber as coisas prontas, na mão, mas não quer fazer nada pra melhorar” E3

“Conhece os problemas locais, a gente consegue ver o que no bairro que dá pra ser mudado aqui pelas pessoas do bairro, permite estratégias de mudanças a partir desse reconhecimento” E5

“As pessoas ficavam mais papeando e teorizando [...] e só reclamando e agora está surgindo mudanças mesmo.” E4

“Como é bom informar a população, propiciar conhecimento. O que discute aqui, as pessoas levam de aprendizagem pra casa e isso gera mudança. Levar pra casa, pros amigos, pra comunidade.” E6

“Uma melhora pessoal também, na conscientização dos problemas. [...] É uma chance de empoderamento” R2

Vale lembrar o empoderamento como pressuposto da PS.³ Resultados dessa mudança de atitude se verificaram, já que se deu um processo transformador produzido sobre os participantes do grupo e por eles percebido. Conforme os desdobramentos do grupo, percebe-se o valor de uma educação libertadora – neste

caso, em saúde –, que visa desenvolver tomada de consciência e atitude crítica. Isto é diferente da educação tradicional que submete e domestica os indivíduos.⁴⁷

Na pedagogia libertadora, há ideia de práxis de tornar alunos e professores em indivíduos que sabem ver e refletir criticamente a realidade e assumir ação transformadora para modificá-la⁴³. Esta premissa se extrapola à EPS entre usuários e profissionais da saúde, pois a EPS “valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico”⁴⁸(p.851).A EPS considera todos como sujeitos com conhecimento e consolida-se nos princípios: diálogo, amorosidade, construção compartilhada do conhecimento, problematização e participação popular³³.Tornou-se estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, buscando fortalecer movimentos sociais e mesclar atividade médica e pensamento popular.⁴⁸

Um comentário afirmou ser um grupo aberto, como apresentam os Cadernos HUMANIZASUS⁴⁵, além da íntima relação entre saúde e cidadania, podendo o ambiente de cuidados com saúde tratar de temas além do aspecto doença:

“Do grupo ser pequeno, mas aberto a todos. Qualquer um pode trazer uma pauta e a pauta pode ser discutida e não existem restrições. [...] E que cidadania e saúde são coisas inseparáveis” E1

Numa gestão democrática, quem faz parte na ação tem noção de pertencimento e, na gestão do grupo, isto pode ser contemplado via Planejamento Participativo. Os grupos comunitários podem ir além da pauta das atividades corriqueiras das US, incentivando maior autonomia dos participantes, embora o conceito ampliado da saúde possa abarcar todos esses aspectos.⁶

Um GPS, focado em autonomia, valoriza a decisão dos sujeitos em construir propostas e permite potencializar autonomia para maior qualidade de vida³⁹. Deve-se esforçar pela sustentabilidade, num processo de facilitação baseado em auto-gestão, participação democrática e autonomia⁴⁹, permitindo dispensar o facilitador.

O grupo estudado tornou-se espaço para EPS e alguns participantes destacaram o impacto interpessoal, familiar e noutros grupos dos quais frequentam, gerado a partir de discussões e ações do grupo. O conhecimento adquirido foi replicado e atitudes foram influenciadas.

“Eu acho que mudou em relação à família, porque tudo que ouvimos aqui nós repassamos [...], principalmente na família” E4

“Coisas de higiene, que as pessoas estão cuidando mais do jardim, colocando areia nos vasos, fechando o boeiro [...] Levo coisas que aprendo aqui do grupo [...]. Aí pedi pras mães que vão lá [clube de mães], que lavem ‘as verdura’, vamos indicar que a própria saúde depende de nós [...], pra mãe que fuma pra ficar bem distanciado [...] e melhorar a qualidade deles” E2 [grifo nosso]

Como comenta Sanchez (2013)¹⁵, o conhecimento adquirido pode ser transmitido pelo usuário aos demais, desde que essa informação faça sentido para sua vida. Considera-se que assuntos discutidos no grupo demonstram relevância interpessoal e comunitária.

Apesar do artigo elencar diferentes repercussões do grupo de Cidadania no contexto da atenção primária, ainda se observa participação reduzida dos demais profissionais da saúde da US. Tal fato poderia pelo intenso processo de trabalho e dificuldades para priorizar ações de prevenção e promoção⁴⁶. Apesar de todos os esforços, a promoção da saúde ainda tem sido vista de maneira incipiente, em diferentes espaços, incluindo as US.

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “*Grupo de Cidadania*” estudado proporcionou impacto sobre conhecimento e atitude desenvolvidos, familiares e seu entorno, além de melhorias sobre a relação ensino-serviço-comunidade, a longitudinalidade do cuidado e os DSS locais. Trabalho em grupo na APS permanece desafiador aos profissionais que visam integralidade da atenção e descrever iniciativas como esta permite aproximar discussões teóricas com PS e EPS desenvolvidas na prática.

PS é uma diretriz do SUS e da APS e exige dedicação de profissionais e usuários da saúde, com enfrentamento dos DSS, participação popular e integração das RAS, até mesmo para auxiliar no fortalecimento dos princípios do SUS. Visando

melhor qualidade de vida e saúde da comunidade, faz-se necessário não somente um serviço de saúde organizado, mas também real participação popular, com efetiva EPS que impulse empoderamento. Tal experiência pode inspirar outras estratégias e reflexões para estimular novas iniciativas de PS e EPS, na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS, 2015.
2. Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e atenção primária à saúde. São Paulo: UNASUS, 2011.
3. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu), v7,n12,p.101-22,fev 2003.
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v17,n1,p.77-93,Apr.2007.
5. Prado EV, Falleiro LM, Mano MA. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. Rev APS, 2011;14(4): 464-471.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS, 2007.
7. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. Interface (Botucatu), 2016;20(59):1015-25.
8. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº2761, de 19 de novembro de 2013. Brasília: MS, 2013.
9. Santos LMS, Ros MAD, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública 2006;40(2):346-52.
10. Soares KSAJ. Grupo de promoção à saúde: estratégia de articulação da atenção primária e da saúde mental. Florianópolis: UFSC, 2014.
11. Santos Júnior GV, Agripino MEJ, Barbosa WO, Santos RRC. A realização de grupos de promoção à saúde (GPS) na efetividade de um envelhecimento ativo. Alagoas: Realize, 2015.
12. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Vieira & Lent: Rio de Janeiro, 2004.
13. Moré CLOO, Ribeiro C. O que são grupos de promoção da saúde e grupos de prevenção de doenças? Mód.3. In: Curso de Especialização em Saúde da Família. Brasília: Una-SUS, 2011.

14. Silva JA, Amorim KPC. Promoção da saúde: estratégias para a autonomia e qualidade de vida do sujeito com diabetes [Dissertação]. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Natal: UFRN, 2014
15. Sanchez P. Práticas grupais e promoção de saúde: estratégias, contribuições e desafios [Dissertação]. São Paulo: USP, 2018.
16. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *SaúdeSoc. São Paulo*, v.19,n.4,p.878-888, 2010.
17. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2013.
18. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31,n.3,p.443-466, set./dez.2005.
19. Hoga LAK, Reberte LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *RevEscEnferm USP*, 2007; 41(4):559-66.
20. Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu)*. 2014;8(51):633-46.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito domiciliar de comportamentos de risco de morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: indicador D27. MS: IDB, 2012.
22. Kusma SZ. Avaliação de efetividade de estratégias da promoção de saúde: validação de uma ferramenta. Tese. Curitiba: SIBI/PUCPR, 2011.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
24. Becchi AC, Fertoni HP, Fagundes CPJ, Marcon SS, Almeida EFA, Mendonça PR. Avaliação de uma intervenção grupal: qualidade de vida e autonomia em usuários com diabetes mellitus. *Rev Enferm UFPE online.*, Recife, 8(10):3369-76, out.,2014.
25. Machado MFAS, Dias MSA, Forte FDS. Promoção da saúde: um tecido bricolado. Sobral: Edições UVA, 2015.
26. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012nov-dez; 65(6):991-9.
27. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.22, n.4, p.439-444, 2009.
28. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*2011abr -jun; 15(2):389-394.
29. Rezende Filho CB, Câmara Neto IA. A evolução do conceito de cidadania. *Revista de Ciências Humanas (Taubaté)*, Taubaté-SP, v.7,n.2,p.17-23, 2001.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB. Brasília: MS, 2018.
31. Bittar C, Lima LCV. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4), ISSN 2176-901X, São Paulo (SP), Brasil, setembro 2011:101-118.
32. Reis INC, Silva ILR, UN JAW. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015,v.18,suppl2,pp.1161-1173.

33. Bornstein VJ (Org.) Formação em educação popular para trabalhadores da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.
34. Norman AH. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v.8,n.28,p.153-154, jul.2013.
35. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. RevEscEnferm USP, 2013; 47(2):288-95.
36. OMS – Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Geneva: OMS, 1986.
37. Freitas FEC. Higiene corporal. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. Cadernos PDE. Vol II. Paraná: online, 2014.
38. Brizola RS. Higiene Pessoal na Adolescência. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. Cadernos PDE. Vol II. Paraná: versão online, 2013.
39. Silva MC. Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória. Dissertação. Universidade de Lisboa: Lisboa, 2009.
40. Nunes D. Pedagogia da participação: trabalhando com comunidades. Salvador: UNESCO/Quarteto, 2006.
41. Shikasho L. Os programas de residência e a integralidade da atenção: Um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde [Dissertação]. Juiz de Fora: UFJF, 2013.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE [texto na Internet]. Brasília (DF): MS, ME, 2005.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
44. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, p.481-531, 2002.
45. Matias PS. Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz. Dissertação. UFF: Niterói, 2017.
46. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a educação popular em saúde? Interface (Botucatu), 2014;18 Supl 2:1255-1268.
47. Vicentini D, Verastegui RLA. A Pedagogia crítica no Brasil: a perspectiva de Paulo Freire. In: XVI semana da educação: desafios atuais para a educação e VI simpósio de pesquisa e pós-graduação em educação, 2015, Londrina.
48. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):847-852, 2014.
49. Barbosa MIS. Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família. SANARE, Sobral, v.8, n.1, p.86-98, jan./jun.2009

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. **A cidadania e o serviço nacional de saúde**. WorkingPaper #24, Observatório Político, publicado em 13/03/2013, URL: www.observatoriolitico.pt. Disponível em: <http://www.observatoriolitico.pt/wp-content/uploads/2013/03/WP_24_Liliana_de_Almeida.pdf>. Acesso: 30/08/2018.

AMORIM, A.C.; RIBEIRO, P.T.; MAGALHÃES, R. et al. **Avaliação da efetividade e impacto de políticas e programas de saúde pública e promoção da saúde no contexto latino-americano**. In: Anais 22º Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade. Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.1, 2016, p.1660. Disponível em: <http://iuhpeconference2016.net.br/IUHPE_AbstractBook.pdf> Acesso: 12/11/2017.

ARAÚJO, A.A; BRITO, A.M.; NOVAES M. **Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?**Revista Bioética 2008 16 (1): 117-24. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63>. Acesso: 02/09/2018.

ASSIS, M; HARTZ, Z.M.A; PACHECO, L.C.; VALLA, V.V. **Avaliação do projeto de promoção da saúde do núcleo de atenção ao idoso: um estudo exploratório**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.367-82, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a10.pdf>> Acesso: 07/11/2017.

BARBOSA, M.I.S. **Formação e facilitação de grupos comunitários na estratégia saúde da família**. SANARE, Sobral, v.8, n.1, p.86-98, jan./jun.2009. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/47/42>>. Acesso: 23/08/2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BECCHI, A.C.; FERTONANI, H.P.; FAGUNDES, C.P.J. et al. **Avaliação de uma intervenção grupal: qualidade de vida e autonomia em usuários com diabetes mellitus**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(10):3369-76, out., 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5516/10445>>. Acesso: 09/11/2017.

BITTAR, C.; LIMA, L.C.V. **O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência**. Revista Kairós Gerontologia, 14(4), ISSN 2176-901X, São Paulo (SP), Brasil, setembro 2011: 101-118. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/10053/7482>> Acesso: 11/11/2017.

BORNSTEIN, V.J.(Org.) **Formação em educação popular para trabalhadores da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. ISBN : 978-85-98768-90-8. Disponível em:

<<http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Forma%C3%A7%C3%A3o-em-educa%C3%A7%C3%A3o-popular-para-trabalhadores-de-sa%C3%BAde-2017.compressed.pdf>>. Acesso: 30/10/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-8-atencao-primaria-e-promocao-da-saude.pdf>> Acesso: 02/12/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_comunicacao_informacao_saude_exercicio.pdf>. Acesso: 31/12/2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília: MS, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE** [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso: 20/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf> Acesso: 07/11/2017.

BRIZOLA, R.S. **Higiene Pessoal na Adolescência**. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. Cadernos PDE. Vol II. Paraná: versão online, 2013. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_uepg_cien_pdp_rosinete_da_silva_brizola.pdf> Acesso: 11/06/2018.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso: 03/12/2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

BYDLOWSKI, C.R.; LEFEVRE, A.M.C.; PEREIRA, I.M.T.B. **Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 1771-1780, Mar.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 30/08/2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300013>.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CARVALHO, J. S. **Uma concepção de cidadania (Planetária) para a formação cidadã**. Inter-Ação, Goiânia, v. 42, n. 1, p. 105-121, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ia.v42i1.44516>>. Acesso: 29/05/2019.

CONSEG – Coordenação Estadual dos Conselhos Comunitários de Segurança. **Policiamento comunitário: pesquisa sociográfica no bairro Alto Boqueirão**. São José dos Pinhais: Polícia Militar do Paraná, 2013.

CURITIBA. Agência Curitiba. **Perfil econômico da regional Boqueirão**. Curitiba: Agência Curitiba, 2017. Disponível em: <<http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/arquivos/regionais/perfil-economico-regional-boqueirao.pdf>>. Acesso: 01/06/2019.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALMOLIN, B.B; BACKES, D.S.; ZAMBERLAN, C.*et al.* **Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde**. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>. Acesso: 13/06/2018.

DEMARZO, M.M.P. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: UNASUS, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf> Acesso: 30/11/2017.

DURAND, M.K.; HEIDEMANN I.T.S.B. **Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família**. RevEscEnferm USP, 2013; 47(2):288-95. Disponível em:<www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso: 11/06/2017.

DYNIWICZ, A.M. **Curso de avaliação de efetividade de promoção à saúde**. Curitiba: não publicado, 2006. Disponível em: <https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Metodos_e_tecnicas_de_coleta_e_analise_de_dados_qualitativos.doc> Acesso: 02/12/2017.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):847-852, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014193.01572013

FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L. **Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde.** *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1119-1142, Dec.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400004>. Acesso: 08/10/2017.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.de; *et al.* **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde.** Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, núm. Su2, dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009616>> Acesso: 05/07/2017.

FLISCH, T.M.P.; ALVES, R.H.; ALMEIDA, T.A.C. *et al.* **Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?** *Interface (Botucatu)*, 2014;18 Supl 2:1255-1268. DOI: 10.1590/1807-57622013.0344. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255>. Acesso: 08/01/2019.

FREITAS, F.E.C. **Higiene corporal.** Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. *Cadernos PDE*. Vol II. Paraná: versão online, 2014. ISBN 978-85-8015-079-7. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uem_edespecial_pdp_francisco_evando_costa_freitas.pdf>. Acesso: 11/06/2018.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina.** *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS *et al.* **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

HOGA, L.A.; REBERTE, L.M. **Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes.** *RevEscEnferm USP*, 2007; 41(4):559-66. www.ee.usp.br/reeusp/. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/03.pdf>> Acesso: 08/07/2018.

KUSMA, S.Z. **Avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde: validação de uma ferramenta.** Tese de Doutorado. Curitiba: SIBI/PUCPR, 2011.

KUSMA, S.Z.; MOYSES, S.T.; MOYSES, S.J. **Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 Sup:S9-S19, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/03.pdf>> Acesso: 11/11/2017.

LACERDA, D.A.L.; CRUZ, P.J.S.C.; HOEFEL, M.G.L.; COSTA, I.C.C.; BARBOSA, A.M.; ALENCAR, I.C.; LUNA, R.M.S.L. **Interface: comunicação, saúde, educação.** N. 18, Supl 2. Botucatu, SP: UNESP, 2014.

LACERDA, J.T.; BOTELHO, L.J.; COLUSSI, C.F. **Planejamento na atenção básica.** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação.** Vieira & Lent: Rio de Janeiro, 2004.

MACHADO, M.F.A.S.; DIAS, M.S.A.; FORTE, F.D.S. **Promoção da saúde: um tecido bricolado.** Sobral: Edições UVA, 2015.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. **Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária.** RevBrasEnferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 991-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>> Acesso: 12/06/2018.

MATIAS, P.S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz.** Dissertação. UFF: Niterói, 2017. Disponível em <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3998/1/Priscila%20da%20Silva%20Matias.pdf>>. Acesso: 04/01/2019.

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Ciências: hábitos de higiene.** Série plano de aula. MEC: Portal do Professor, s/d. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000016758.PDF>> Acesso: 11/06/2018.

MORÉ, C.L.O.O.; RIBEIRO, C. **O que são grupos de promoção da saúde e grupos de prevenção de doenças?** Mód.3. In: Curso de Especialização em Saúde da Família. Brasília: Una-SUS, 2011. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/958>> Acesso: 24/10/2017.

MORETTI-PIRES, R.O.; BUENO, S.M.V. **Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo.** Acta Paulista de Enfermagem, v.22, n.4, p.439-444, 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3121/art_BUENO_Freire_e_formacao_para_o_Sistema_Unico_2009.pdf?sequence=1>. Acesso: 06/11/2018.

NORMAN, A.H. **Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 8, n. 28, p. 153-

154, jul. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em:
<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29788>>. Acesso: 30/11/2017.

NUNES, D. **Pedagogia da participação: trabalhando com comunidades**. Salvador: UNESCO/Quarteto, 2006.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Geneva: OMS, 1986.

PADILLA, B. **Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania**. Interface (Botucatu): 2017; 21(61):273-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1414-3283-icse-21-61-0273.pdf>> Acesso: 29/12/2018.

PAULA, G. R. **A avaliação da qualidade de vida como indicadora para a condução de grupos de promoção da saúde para idosos na comunidade**. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em:
<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4754/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Gabriella%20Ribeiro%20de%20Paula%20-%202014.pdf>>. Acesso: 09/11/2017.

PESSINI, L. **Promoção da saúde e construção da cidadania: uma visão interdisciplinar**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):125-127. Disponível em: <https://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/Edit%20port.pdf>. Acesso: 30/08/2018.

PRADO, E.V.; FALLEIRO, L.M.; MANO, M.A. **Cuidado, promoção de saúde e educação popular – porque um não pode viver sem os outros**. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 464-471.

QUEIROZ, A.C.L.; CARDOSO, L.S.M.; HELLER, L.; CAIRNCROSS, S. **O uso da pesquisa-ação: práticas integradas para a vigilância da qualidade da água**. 282 EngSanitAmbient | v.17 n.3 | jul/set 2012 | 277-286. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/esa/v17n3/v17n3a04.pdf>>. Acesso 30/9/2018.

RAMOS, L.R.; MALTA, D.C.; GOMES, G.A.O. *et al.* **Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil**. Rev. Saúde Pública [online]. 2014, vol.48, n.5, pp.837-844. ISSN 1518-8787. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005249. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000500837&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 12/11/2017.

REIS, I.N.C.; SILVA, I.L.R; UN, J.A.W. **Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 18, suppl 2,

pp. 1161-1173. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013>. Acesso: 04/01/2018.

REZENDE FILHO, C.B.; CÂMARA NETO, I.A. **A evolução do conceito de cidadania**. Revista de Ciências Humanas, Taubaté-SP, v. 7, n.2, p. 17-23, 2001.

SANTOS, L.M.S.; ROS, M.A.D.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde**. Rev Saúde Pública 2006;40(2):346-52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>> Acesso: 23/10/2017.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

SILVA, M.C. **Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória**. Dissertação. Universidade de Lisboa: Lisboa, 2009.

SNAS - Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. **Marco de referência da educação popular para as políticas públicas**. SNAS: Brasília, 2014. Disponível em: <http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/MarcodeReferencia.pdf>>. Acesso: 31/12/2018.

SOARES, K.S.A.J. **Grupo de promoção à saúde: estratégia de articulação da atenção primária e da saúde mental**. Florianópolis: UFSC, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, p.481-531, 2002.

TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. **Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

TOVAR, M.T. **Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação**.in: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora MS, 2006, p.57-60.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso: 08/07/2018.

URQUIZA, M.A.; MARQUES, D.B. **Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica**. Entretextos, Londrina, v. 16, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2016.

VENDRUSCOLO, C.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L. *et al.* **Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde**. Interface: comunicação saúde educação, São Paulo, 2016; 20(59):1015-25. DOI: 10.1590/1807-57622015.0768. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n59/1015-1025/pt>>. Acesso: 10/01/2019.

VICENTINI, D; VERASTEGUI, R.L.A. **A Pedagogia Crítica no Brasil: a perspectiva de Paulo Freire**. In: XVI semana da educação: desafios atuais para a educação e VI simpósio de pesquisa e pós-graduação em educação, 2015, Londrina. XVI semana da educação e VI simpósio de pesquisa e pós-graduação em educação do departamento de educação, 2015.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, MILENE ZANONI DA SILVA, Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, junto com minha equipe Solena Ziemer Kusma e Marciele Guimarães Fagundes, estou convidando você, usuário da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, a participar do estudo intitulado “AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O GRUPO DE CIDADANIA”, para estudo de iniciativas existentes de promoção de saúde, que é uma proposta de ação do SUS.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a efetividade de um grupo de cidadania em uma Unidade de saúde, quanto a seu potencial como estratégia de promoção da saúde.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que esteja presente em pelo menos 5 encontros do grupo de cidadania e que, após 1 dos encontros, manifeste suas opiniões e experiências num pequeno grupo de conversa.

c) Para tanto, você deverá comparecer no Espaço Saúde da Unidade de Saúde Érico Veríssimo, R. Expedicionário Francisco Pereira dos Santos, 510 – Curitiba/PR, em 5 encontros do grupo de cidadania, que duram 60 minutos cada, e permaneça para grupo menor de conversa, após 02 (dois) encontros a serem agendados, o que levará aproximadamente 30-40 minutos cada.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente cansaço.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimentos ao falar de suas experiências. Caso isso aconteça, será oferecido acompanhamento posterior à você, por uma das pesquisadoras, a qual é a Médica de Família e Comunidade daquela Unidade e é Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, juntamente com sua equipe de saúde da família e de apoio à psicologia, se necessário.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são estímulo a maior discussão de temas comunitários, incentivo para manutenção e divulgação do trabalho realizado e possível captação de recursos para o local, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) As pesquisadoras, Milene Zanoni da Silva, Solena Ziemer Kusma e Marciele Guimarães Fagundes, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, na Rua Padre Camargo 300, andar 7º, pelo email milene@zanonidasilva.com, solenakusma@gmail.com ou marcielevq@hotmail.com ou no telefone (41)3360-7241, das 14 às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como orientadores e professores do programa de pós-graduação e coordenação da Unidade de Saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**

j) O material obtido – anotações, gravações e depoimentos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado sem possibilidade de reprodução ou queimado ao término do estudo, após cerca de 1 ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como materiais de papelaria não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha gravação de imagem e áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a câmera, celular e gravador.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA OFICINA

Introdução do Moderador: “Meu nome é Marciele Guimarães Fagundes. Irei conduzir a discussão que planejamos para hoje sobre o Grupo de Cidadania da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo”.

O moderador pede que cada participante se apresente e indique sua relação com a Unidade de Saúde e com a vizinhança e sobre como aplica sua cidadania.

A seguir o moderador explica o formato de perguntas e respostas ao grupo. Cada pessoa dará sua resposta sucessivamente, até que todas as respostas tenham sido ouvidas. Então o grupo irá discutir abertamente comentários, sugestões ou ideias, até que o moderador determine que aquela pergunta foi suficientemente discutida. Ele procurará determinar um consenso ou validação das opiniões e irá resumir os pontos principais.

Perguntas disparadoras:

1. Como o grupo de cidadania foi criado?
2. Por que vocês participam e continuam participando do grupo?
3. Vocês já tiveram algum envolvimento anterior com ações de cidadania? Quais?
4. Vocês consideram a Unidade de Saúde como um espaço interessante para discutir cidadania e problemas da comunidade?
5. Ocorreu alguma mudança em vocês ou na vizinhança, por causa da participação de vocês no Grupo de Cidadania?
6. Quais aspectos positivos e negativos deste Grupo de Cidadania (dinâmica que bom / que pena)?
7. Desejam continuar o grupo? Se sim, como melhorá-lo (dinâmica que tal) ?

Muito obrigada por sua presença!

Aplicado por: Marciele Guimarães Fagundes

Aluna de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPR

FONTE: REA, Louis M. **Metodologia de pesquisa:** do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

Local: _____ Data: ___/___/_____

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o Roteiro

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Questionário pertencente ao instrumento: “Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação”

Indicadores

1ª Dimensão **Saúde Bucal**

Anote as suas respostas no espaço reservado, para somá-las ao fim do questionário.

1

Pilares/ Valores
Equidade
Integralidade
Intersetorialidade

A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) reconhece e atua sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) bucal.

A EPSB...

1. *Não reconhece e não atua sobre os DSS bucal*
2. *Reconhece apenas fatores individuais envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos*
3. *Reconhece fatores individuais, estilo de vida, condições de vida e de trabalho envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos*
4. *Atua sobre os DSS bucal, mas não os reconhece*
5. *Reconhece e atua sobre os DSS bucal*

Resposta: ____

2

Pilares/ Valores
Equidade
Participação
Autonomia
Integralidade
Intersetorialidade

A EPSB reconhece e atua sobre os fatores comuns de risco à saúde bucal e geral.

A EPSB...

1. *Não reconhece e não atua sobre os fatores comuns de risco*
2. *Reconhece alguns fatores comuns de risco, mas não atua sobre eles*
3. *Atua sobre os fatores comuns de risco, mas não os reconhece*
4. *Reconhece e atua sobre alguns fatores comuns de risco*
5. *Sempre reconhece e sempre atua sobre os fatores comuns de risco*

Resposta: ____

3

Pilares/ Valores
Equidade
Governança

A EPSB investigou antes do seu início o perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais e essa investigação influenciou seu planejamento e desenvolvimento.

O perfil epidemiológico...

1. Não foi investigado antes do início da estratégia e também não influenciou seu planejamento e desenvolvimento
2. Não foi investigado, mas o planejamento e desenvolvimento da estratégia foram influenciados por uma percepção individual do perfil epidemiológico do território
3. Foi investigado, mas não influenciou no planejamento e desenvolvimento da estratégia
4. Foi investigado e teve pouca influência no planejamento e desenvolvimento da estratégia
5. Foi investigado e influenciou de maneira decisiva no planejamento e desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

4

Pilares/ Valores
Equidade
Sustentabilidade
Governança

A EPSB provoca melhora do perfil epidemiológico prévio em relação ao perfil atual.

1. Não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis para comparação de resultados
2. O perfil epidemiológico piorou depois do desenvolvimento da estratégia
3. Não existem melhoras observadas no perfil epidemiológico depois do desenvolvimento da estratégia
4. Foi observada uma discreta melhora no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia
5. Grande melhora pode ser observada no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

5

Pilares/ Valores
Sustentabilidade
Governança

Mudanças no perfil epidemiológico após o desenvolvimento da EPSB são reconhecidas e potencializaram a definição de novos objetivos.

As mudanças provenientes da ação...

1. Não são reconhecidas, pois não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis
2. Nunca são reconhecidas na definição de novos objetivos
3. São reconhecidas, mas não potencializaram a definição de novos objetivos
4. São reconhecidas e potencializam a definição de novos objetivos
5. Sempre são reconhecidas e potencializam de maneira decisiva a definição de novos objetivos

Resposta: ____

Indicadores

2ª Dimensão Políticas Públicas Saudáveis

1

Pilares / Valores
Equidade
Integralidade

A EPSB reconhece, prioriza e desenvolve ações para grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território.

A EPSB...

1. Não reconhece, não prioriza e não desenvolve ações para grupos/famílias mais vulneráveis
2. Não reconhece e não prioriza os grupos/famílias mais vulneráveis, mas desenvolve ações voltadas para a comunidade local onde esses grupos/famílias possam participar
3. Reconhece grupos/famílias mais vulneráveis, mas não prioriza o desenvolvimento das ações para tais grupos
4. Reconhece e prioriza grupos/famílias mais vulneráveis e procura desenvolver ações voltadas para tais grupos
5. Foi construída com base no reconhecimento e na priorização de grupos/famílias mais vulneráveis no território e suas ações foram definidas a partir disso

Resposta: ____

2

Pilares / Valores
Equidade
Participação

A EPSB desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população alvo.

A EPSB...

1. Nunca pensou em desenvolver e não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo
2. Não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo
3. Procura desenvolver práticas que garantam a participação equânime da população alvo, mas não consegue efetivar essa participação
4. Desenvolve alguma prática que garante a participação equânime da população alvo
5. Desenvolve uma diversidade de práticas que garantem a participação equânime da população alvo

Resposta: ____

3

Pilares / Valores
Participação
Integralidade
Intersetorialidade

A EPSB envolve a participação de diferentes profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território.

A EPSB...

1. Nunca envolve a participação de profissionais de saúde de outras áreas, sendo desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
2. Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em momentos pontuais da estratégia
3. Envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em momentos pontuais da estratégia
4. Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em todos os momentos da estratégia
5. Sempre envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em todos os momentos da estratégia

Resposta: ____

4

Pilares / Valores
Participação
Governança
Integralidade
Intersetorialidade

Diferentes instâncias profissionais (gestores e técnicos), instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da EPSB.

A EPSB...

1. É desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
2. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instituições e lideranças na comunidade, mas não de diferentes instâncias profissionais
3. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e instituições, mas não de líderes comunitários
4. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e líderes comunitários, mas não de diferentes instituições
5. É baseada na parceria de forma cooperativa entre diferentes instâncias profissionais, instituições e líderes comunitários atuantes no território

Resposta: ____

5

Pilares / Valores
Intersetorialidade

A EPSB está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde.

A EPSB...

1. Não está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território
2. Está articulada pontualmente a somente uma outra iniciativa de promoção da saúde no território
3. Está articulada pontualmente a outras iniciativas de promoção da saúde no território
4. Está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, porém nem sempre esta articulação é garantida em todas as atividades
5. Está totalmente articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, em diferentes momentos das iniciativas

Resposta: ___

6

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança

A EPSB é reconhecida e apoiada pela gerência de saúde local / distrital / municipal.

A EPSB...

1. Não é reconhecida, nem apoiada pela gerência de saúde
2. É apoiada, mas não reconhecida pela gerência de saúde
3. É reconhecida, mas não apoiada pela gerência de saúde
4. É reconhecida e apoiada pela gerência de saúde
5. É totalmente reconhecida e sempre apoiada pela gerência de saúde

Resposta: ___

7

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança

A EPSB prevê a alocação de recursos específicos (recursos humanos, financeiros e de infra-estrutura) para o seu desenvolvimento.

1. Não há recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
2. Somente recursos humanos são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
3. Recursos humanos e de infra-estrutura são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos financeiros
4. Recursos humanos e financeiros são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos de infra-estrutura
5. Há garantia de recursos específicos (humanos, financeiros e de infra-estrutura) alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada

Resposta: ___

8

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Empoderamento

A EPSB prevê e realiza avaliações de processo e resultados ao longo do seu desenvolvimento.

1. Não são previstas, nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento da estratégia
2. Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento da estratégia
3. Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento da estratégia
4. Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento da estratégia
5. Avaliações são previstas e realizadas continuamente ao longo do desenvolvimento da estratégia

Resposta: ___

9

Pilares/ Valores
Participação
Sustentabilidade
Autonomia
Governança

A EPSB e seus resultados são reconhecidos e pactuados no planejamento local da Atenção Básica da Unidade de Saúde.

A EPSB e seus resultados...

1. *Nunca são reconhecidos, nem pactuados no planejamento local*
2. *São pactuados, mas nunca reconhecidos no planejamento local*
3. *São reconhecidos, mas nunca pactuados no planejamento local*
4. *São reconhecidos e pactuados no planejamento local*
5. *São totalmente reconhecidos e pactuados continuamente no planejamento local*

Resposta: ____

10

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança
Intersetorialidade

A EPSB e seus resultados são reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde.

A EPSB e seus resultados...

1. *Não são reconhecidos, nem discutidos no Conselho Local de Saúde*
2. *São reconhecidos, mas nunca discutidos no Conselho Local de Saúde*
3. *São reconhecidos, mas pouco discutidos no Conselho Local de Saúde*
4. *São reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde*
5. *São amplamente reconhecidos e sempre discutidos no Conselho Local de Saúde*

Resposta: ____

Indicadores

3ª Dimensão Desenvolvimento Humano e Social

1

Pilares/ Valores
Equidade
Autonomia
Empoderamento

A EPSB considera, por meio de consulta direta, e respeita os valores da comunidade local para o seu planejamento e desenvolvimento.

Os valores da comunidade local...

1. *Não são considerados, por meio de consulta direta, nem respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia*
2. *São considerados, por meio de consulta direta, mas não respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia*
3. *Não são considerados, por meio de consulta direta, mas são respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia*
4. *São considerados, por meio de consulta direta, e respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia*
5. *São amplamente considerados, por meio de consulta direta, e respeitados direcionando o planejamento e desenvolvimento da estratégia*

Resposta: ____

2

Pilares / Valores
Participação
Autonomia

A EPSB possibilita a participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades e objetivos, na sua implementação e sua avaliação.

A comunidade/população alvo...

1. *Não participa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia*
2. *A comunidade/população alvo participa somente na definição de prioridades e objetivos, mas não participa da implementação e avaliação da estratégia*
3. *A comunidade/população alvo participa somente na implementação e avaliação da estratégia, mas não participa na definição de prioridades e objetivos*
4. *É participativa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia*
5. *É muito participativa em todos os momentos da estratégia: definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação*

Resposta: ____

3

Pilares / Valores
Participação
Sustentabilidade
Autonomia

A EPSB possibilita à população alvo avaliar e discutir os resultados gerados por sua ação.

1. Os resultados não são avaliados, nem discutidos pela população alvo
2. Os resultados são avaliados, mas não discutidos pela população alvo
3. Os resultados são discutidos, mas não avaliados pela população alvo
4. Os resultados são avaliados e discutidos pela população alvo em momentos pontuais
5. Os resultados são continuamente avaliados e discutidos pela população alvo

Resposta: ____

4

Pilares / Valores
Participação
Sustentabilidade
Empoderamento
Governança

A EPSB possibilita mudanças no seu processo de condução a partir de sugestões da população participante.

As sugestões da população...

1. Nunca são solicitadas
2. Não são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia
3. São consideradas, mas não influenciam em mudanças no processo de condução da estratégia
4. São consideradas pontualmente como base para mudanças no processo de condução da estratégia
5. Sempre são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia

Resposta: ____

5

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança
Intersetorialidade

A EPSB é divulgada amplamente para a comunidade local.

A EPSB...

1. Não é divulgada na comunidade local
2. É muito pouco divulgada na comunidade local
3. É pouco divulgada na comunidade local
4. É divulgada na comunidade local
5. É muito divulgada na comunidade local

Resposta: ____

6

Pilares / Valores
Equidade
Sustentabilidade
Governança

A EPSB compartilha as funções/papéis de protagonismo na sua condução entre vários sujeitos envolvidos.

O protagonismo das ações...

1. Não é compartilhado entre os sujeitos envolvidos
2. É muito pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
3. É pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
4. É compartilhado entre os sujeitos envolvidos
5. É muito compartilhado entre os sujeitos envolvidos

Resposta: ____

7

Pilares/ Valores
Participação
Autonomia
Intersetorialidade

A EPSB favorece o desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais da comunidade.

1. O desenvolvimento de capacidades locais não é parte das ações da estratégia avaliada
2. Existem muito poucas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para atores sociais vinculados a estratégia avaliada
3. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades, mas para um número restrito de pessoas
4. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para boa parte dos atores sociais vinculados a estratégia avaliada
5. Sempre são oferecidas muitas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para todos os atores sociais vinculados a estratégia avaliada

Resposta: ____

8

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança

A EPSB apresenta mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos.

A EPSB...

1. Não apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos
2. Apresenta muito poucos mecanismos para a manutenção dos resultados e benefícios obtidos
3. Apresenta mecanismos para a manutenção dos benefícios obtidos, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos resultados
4. Apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos benefícios obtidos
5. Apresenta diferentes mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos

Resposta: ____

Escala de Adequação

Some os valores de suas respostas da Matriz de Indicadores e depois verifique seu resultado.

De 23 até 74

A estratégia avaliada **não contempla** os Pilares e Valores da Promoção da Saúde Bucal em Atenção Básica.

Sugestão: Utilize a matriz de indicadores como instrumento de reflexão e planejamento para práticas dos pilares e valores da promoção da saúde.

De 75 até 115

A estratégia avaliada **contempla** os Pilares e Valores da Promoção da Saúde Bucal em Atenção Básica.

Sugestão: Procure fortalecer a sustentabilidade da prática avaliada.

ANEXO 2 – PARECER DO CEP (UFPR)

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O GRUPO DE CIDADANIA

Pesquisador: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80660617.2.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.580.383

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "Avaliação de estratégia da saúde na atenção primária à saúde: o grupo de cidadania", sob a coordenação e orientação da Prof^a. Dr^a. Milene Zanoni da Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, com a colaboração da Prof^a. Dr^a. Solena Ziemer Kusma do Departamento da Saúde Coletiva da UFPR e a mestranda Marciele Guimarães Fagundes.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "avaliar a efetividade de um grupo de cidadania em uma Unidade de saúde, quanto a seu potencial como estratégia de promoção da saúde."

Objetivos Específicos: "descrever a criação do grupo de cidadania e o perfil dos participantes; Conhecer e avaliar a experiência dos participantes com o grupo de cidadania; avaliar o grupo de cidadania quanto aos aspectos de promoção da saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, os pesquisadores informam os cuidados e medidas que serão tomadas em relação aos participantes do estudo.

"Podem ocorrer constrangimentos no momento do grupo focal e/ou entrevista que serão minimizados pelos cuidados metodológicos com relação ao local da entrevista, à postura da

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.580.383

entrevistadora e a sua habilidade comunicativa.”

“Como medida de redução de risco provocado pelo grupo focal ou pela entrevista, será oferecido acompanhamento posterior aos participantes, por uma das pesquisadoras, a qual é a Médica de Família e Comunidade daquela Unidade e é Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, junto com sua equipe de saúde da família e de apoio à psicologia, se necessário.”

Os pesquisadores informam que a pesquisa pode trazer os seguintes benefícios: “estímulo à maior discussão de temas comunitários; incentivo para manutenção e divulgação do trabalho realizado; possível captação de recursos para o local.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo tem o objetivo de avaliar a efetividade de um grupo de cidadania em uma Unidade de saúde, quanto a seu potencial como estratégia de promoção da saúde.

Os pesquisadores referem que “o grupo de cidadania será descrito desde sua idealização e será avaliado por meio de grupo focal e instrumento de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde, adaptado às características do grupo, por meio de pesquisa quali-quantitativa.”

Espera-se com este estudo verificar o funcionamento e a validade do grupo de cidadania em andamento como estratégia de promoção de saúde.

A contextualização do estudo pauta-se na literatura pertinente à temática abordada, apropriada aos objetivos propostos.

De acordo com os pesquisadores “trata-se de avaliação de um grupo empiricamente criado em conjunto entre profissionais de saúde e pessoas da comunidade com a finalidade de promoção de saúde, algo pouco realizado até então.”

O estudo será realizado na Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, local onde ocorrem os encontros do Grupo de Cidadania.

Os pesquisadores apresentam as cartas de ciência e concordância assinada por Tânia Maria dos Santos Pires da Superintendência de Gestão pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e por Carla Simone Baggio Bernardinis, Coordenadora da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, da cidade de Curitiba, Estado do Paraná.

Participantes

Os participantes da pesquisa serão 8 participantes do grupo de cidadania da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo.

Critérios de Inclusão e Exclusão para o grupo focal e entrevista

Inclusão: “adultos participantes do grupo de cidadania por pelo menos 5 encontros, tanto usuários

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.580.383

quanto profissionais de saúde, e que aceitem participar da pesquisa;

Exclusão: "adultos com dificuldades cognitivas e de comunicação e menores de idade."

Plano de Recrutamento

Os pesquisadores informam o plano de recrutamento

"-serão selecionados, por meio de convite direto e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os participantes do grupo de cidadania que participaram de pelo menos, cinco encontros do grupo;

"-o convite se dará pela pesquisadora, durante um dos encontros do grupo de cidadania, já nos primeiros meses seguintes à aprovação da pesquisa pelo comitê de ética."

Desenho

O projeto apresenta de forma clara e pertinente, o contexto do estudo, o tipo de pesquisa, as técnicas, os procedimentos utilizados para a coleta, análise e tratamento dos dados.

A presente pesquisa será composta por duas etapas.

"-primeira etapa será para conhecer e descrever a criação do grupo e as percepções de seus participantes, por meio de grupo focal, a ser realizado no próprio espaço saúde, onde já ocorrem os encontros do grupo, com roteiro composto por perguntas disparadoras."

"-segunda etapa será uma avaliação do grupo de cidadania por meio de entrevista com as mesmas pessoas, por meio de instrumento de avaliação adaptado a partir de um instrumento de entrevista previamente validado para avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal. Esta avaliação se dará à época de dois anos de existência do grupo."

Coleta e Análise de Dados

A análise de dados coletados pelo grupo focal será realizada conforme a metodologia de Bardin, com análise comparada à literatura disponível.

Os dados da entrevista serão avaliados segundo critérios de contemplação do instrumento base e com os softwares Microsoft Excel e Epi Info.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.580.383

Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032325.pdf	26/03/2018 23:20:57		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaRespostaParecerCEP.pdf	26/03/2018 23:17:53	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP_MILENE SOLENAMARCIELE.docx	28/02/2018 19:13:53	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	checklist.pdf	03/12/2017 15:07:15	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.580.383

Declaração de Pesquisadores	9termoINICIO.pdf	03/12/2017 14:59:27	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1OficioAoCEP.pdf	03/12/2017 14:58:55	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13TCLE.doc	03/12/2017 14:58:11	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	Milene_ExtratoAta.pdf	14/11/2017 11:43:57	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Folha de Rosto	MILENEZANONI_folhaDeRosto.pdf	14/11/2017 11:11:45	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6termoCONFIDENC.pdf	13/11/2017 14:54:29	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12termoRESPONSprojeto.pdf	13/11/2017 14:53:56	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8declUSODADOS.pdf	13/11/2017 14:53:27	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7declarPUBLICresults.pdf	13/11/2017 14:53:18	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4conclINSTITCOPART.png	13/11/2017 14:53:04	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3concSERVICO.png	13/11/2017 14:52:55	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	2AnaliseMerito.pdf	13/11/2017 14:52:32	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Abril de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER DO CEP INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE (PMC)

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O GRUPO DE CIDADANIA

Pesquisador: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80660617.2.3002.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.660.834

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que tem o objetivo de avaliar a efetividade de um grupo de cidadania em uma Unidade de Saúde, quanto a seu potencial como estratégia de promoção da saúde. Por meio de pesquisa quali-quantitativa, o grupo de cidadania será descrito desde sua idealização e será avaliado por meio de grupo focal e instrumento de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde, adaptado às características do grupo. Espera-se verificar o funcionamento e a validade do grupo de cidadania em andamento como estratégia de promoção de saúde. O estudo será desenvolvido no Espaço Saúde da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, onde ocorrem mensalmente encontros de um grupo formado por profissionais da saúde e usuários, criado no ano de 2016, coordenado pela equipe de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade daquela Unidade, com o objetivo de promover saúde por meio de discussões e propostas de soluções para questões e problemas locais, que não se relacionam somente com a Unidade de Saúde, trazidos pelos usuários. Por votação dos integrantes, o grupo foi denominado "grupo de cidadania" e conta com entre 6 e 20 participantes em cada evento. A presente pesquisa será composta por duas etapas: a primeira será para conhecer e descrever a criação do grupo e as percepções de seus participantes, por meio de grupo focal, a ser realizado no próprio espaço saúde, onde já ocorrem os encontros do grupo, com roteiro composto por perguntas disparadoras; e a segunda etapa será uma avaliação do grupo de cidadania por meio de entrevista com as mesmas pessoas, por meio de instrumento de avaliação adaptado a partir de um

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**

Continuação do Parecer: 2.660.834

instrumento de entrevista previamente validado para avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal. Esta avaliação se dará à época de dois anos de existência do grupo.

Serão convidados e incluídos para a pesquisa os adultos, tanto usuários quanto profissionais da saúde, que tenham participado de ao menos de 5 encontros do grupo de cidadania da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, conforme lista de presenças, e que não possuam dificuldades cognitivas e de comunicação. Os mesmos serão convidados durante participação no próprio grupo de cidadania e os que aceitarem e forem

incluídos na pesquisa deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na primeira fase, a partir do discurso do grupo focal composto por aproximadamente 8 pessoas participantes do "grupo de cidadania", será realizada uma descrição histórica desse grupo, quanto a seus aspectos de contexto e criação, e serão avaliadas participação, motivações dos participantes e possíveis impactos pessoais e locais percebidos por eles. Com o grupo focal, na primeira etapa, além de aspectos sobre a formação do grupo, serão colhidas informações de identificação, quem são e por que motivo os integrantes do grupo de cidadania aderiram e continuam no grupo; qual seu histórico de cidadania; se percebem o serviço de saúde como espaço legítimo para discussão de cidadania; que possível influência as reuniões têm trazido aos integrantes do grupo. O roteiro do grupo focal está descrito no (ARQUIVO) e a análise de dados coletados pelo grupo focal será realizada conforme a metodologia de Bardin, com análise comparada à literatura disponível. Na segunda etapa, será aplicada entrevista, com questões baseadas nos aspectos avaliativos presentes no instrumento denominado "avaliação de estratégias de promoção de saúde bucal", o qual, embora desenvolvido para a saúde bucal, é passível de utilização para promoção da saúde na Atenção Primária em geral. A finalidade deste método é avaliar o "grupo de cidadania" em seus quesitos de promoção da saúde e a análise quantitativa dos dados será realizada por meio do software Microsoft Excel e do Epilinfo. A ferramenta ou instrumento de Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal foi desenvolvida para o contexto brasileiro da Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de avaliar a efetividade de estratégias de promoção da saúde, e é composta por três dimensões ou descritores. A primeira é sobre a própria estratégia, a segunda, sobre políticas públicas e a terceira, sobre desenvolvimento humano e social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar a efetividade de um grupo de cidadania em uma Unidade de saúde, quanto a seu potencial como estratégia de promoção da saúde.

Objetivos Específicos:

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.660.834

- a) Descrever a criação do grupo de cidadania e o perfil dos participantes;
- b) Conhecer e avaliar a experiência dos participantes com o grupo de cidadania;
- c) Avaliar o grupo de cidadania quanto aos aspectos de promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: estímulo à maior discussão de temas comunitários e participação popular; incentivo para manutenção, valorização e divulgação do trabalho realizado; possível captação de recursos para o local. **Possíveis riscos:** constrangimentos no momento do grupo focal e/ou entrevista que serão minimizados pelos cuidados metodológicos com relação ao local da entrevista, à postura da entrevistadora e a sua habilidade comunicativa.

Como medida de redução de risco provocado pelo grupo focal e/ou entrevista, será oferecido acompanhamento posterior aos participantes, com a equipe de saúde da família da pesquisadora e com psicóloga que já apoia a equipe de saúde, se necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com teor relevante, claro e coerente em todas as etapas.

A pesquisadora descreve que utilizará como medidas de redução de risco para o grupo focal e entrevista, acompanhamento com médica de família especialista em terapia sistêmica, equipe de saúde e de atendimento psicológico, mas, embora como risco remoto dada a natureza do trabalho e do grupo pesquisado, alerta-se que a pesquisa não deve desencadear demanda desnecessária para a UBS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES: adequação do cronograma das etapas da pesquisa (Coleta de dados de fevereiro a dezembro).

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.660.834

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP_MILENE SOLENAMARC IELE.docx	28/02/2018 19:13:53	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	checklist.pdf	03/12/2017 15:07:15	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13TCLE.doc	03/12/2017 14:58:11	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	Milene_ExtratoAta.pdf	14/11/2017 11:43:57	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Outros	2AnaliseMerito.pdf	13/11/2017 14:52:32	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 17 de Maio de 2018

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br