

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

ORLENE FERREIRA DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SILVA, Orlene Ferreira da.

Implantação e Implementação de um Grupos de Educação em Saúde em uma Unidade Básica de Saúde no município de Joinville / SILVA, Orlene Ferreira da; – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. 66 f.

Monografia- Instituto Federal de Educação de Santa Catarina. Tecnólogo. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade. Presencial
Orientador: Márcia Bet Kohls Ma.

1. Educação em Saúde. 2. Humanização. 3. Unidade Básica de

2016	<p data-bbox="599 175 632 590">SILVA, ORLENE FERREIRA DA;</p> <div data-bbox="490 619 703 1252"><p data-bbox="512 662 683 1209">IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE</p></div>	IFSC
-------------	--	-------------

ORLENE FERREIRA DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE**

JOINVILLE, 2016

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARONA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

ORLENE FERREIRA DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia
de Santa Catarina como parte dos
requisitos de obtenção do título
de Tecnólogo em Gestão
Hospitalar.**

Orientadora: Ma. Márcia Bet Kohls

JOINVILLE, 2016

**IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE**

ORLENE FERREIRA DA SILVA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado em sua versão final pela banca examinadora do Curso de Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 19 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora

Prof^a Márcia Bet Kohls
Orientadora

Prof^a Mariéli Krampe Machado
Avaliadora

Sibele da Costa Pereira
Avaliadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho tão importante e significativo para aquelas pessoas que tornaram meu coração mais feliz. Aos amigos que sempre estiveram juntos, mesmo quando não estava disposta a fazê-lo. A todos que me apoiaram nos momentos de dificuldade e solidão me dando incentivo e força. Saibam que realmente fizeram diferença em minha vida e que serei eternamente grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e sabedoria para superar as dificuldades. Ao Instituto Federal Santa Catarina, a todo corpo docente, administração e direção que oportunizaram o conhecimento adquirido.

A minha orientadora Márcia Bet Kohls pelo suporte que lhe coube, pelas correções e incentivos.

Aos meus familiares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional e a todos que possibilitaram meu grandioso sucesso, o meu muito obrigada!

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho foi relatar o impacto da Implantação e implementação de um grupo de educação em saúde em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Joinville. O grupo tem como público alvo mulheres de todas as faixas etárias, focando no autocuidado, aumento da autoestima e inclusão social. O grupo está consolidado há sete anos. Conclui-se que há a necessidade de projetos como este para que profissionais de saúde da Atenção Básica conheçam a comunidade, seus espaços sociais, ficando mais próximos das necessidades, criando métodos de minimizar seus aspectos negativos, promovendo assim educação em saúde permanente.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Humanização. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this study was to report the impact of the deployment and implementation of a health education group in a Basic Health Unit in the municipality of Joinville. The group is designed for women of all ages, focusing on self care, increased self-esteem and social inclusion. The Group's consolidated seven years ago. It is concluded that there is a need for projects like this for health care professionals to meet Basic community, its social spaces, getting closer to the needs, creating methods of minimizing their negative aspects, thus promoting health education.

Keywords: Health education. Humanization. Basic unit of health.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa	17
1.2	Delimitações do Problema.....	19
1.3	Objetivo Geral.....	19
1.4	Objetivos Específicos	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Sistema Único De Saúde (SUS)	20
2.2	Política Nacional de Humanização (PNH)	23
2.3	Saúde Coletiva e Humanização	26
2.4	Importância dos Grupos de Educação em Saúde para a Humanização.....	30
2.5	Acolhimento	34
2.6	Desafio na Gestão de Grupos de Educação em Saúde.....	37
2.7	Agente Comunitário de Saúde e Educação em Saúde (ACS).....	41
3	METODOLOGIA	43
3.1	Caracterização da Unidade Estudada	43
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	Histórico da Implantação do Grupo de Educação em Saúde.....	49
4.2	Gestão Atual do Grupo de Educação em Saúde...	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS.....	62
-------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

No momento em que discutimos saúde e as questões educacionais envolvidas, embasamos as formas de orientar a população pela Educação em Saúde através de atividades grupais, já bem enraizados nas Unidades Básicas de Saúde pelo Ministério da Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem em sua principal característica o cuidado necessário para todo cidadão e deve priorizar as áreas de maior vulnerabilidade englobando, o físico, mental, individual, coletivo, ambiental, e os serviços envolvidos essencialmente.

Para fundamentar o objetivo de grupos de Educação em Saúde podemos citar a Política Nacional de Humanização que afirma ser dever dos municípios, Estados, e União, o aumento de corresponsabilidade na produção de saúde com estabelecimentos de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão criando elo entre Unidades Básicas de Saúde e a comunidade.

As práticas de Estratégia de Saúde da Família devem caminhar a tornar a comunidade parte decisiva e fundamental no enfrentamento dos problemas até a

solução do serviço de saúde e as causas que demonstram vulnerabilidades ambientais e sociais da comunidade.

Promover saúde dentro desses grupos pode contribuir significativamente no combate de doenças endêmicas que tanto ameaçam as localidades brasileiras, transformando assim um trabalho meramente regional em algo grande de âmbito nacional, no combate conjunto dessas doenças.

O objetivo geral desse estudo foi relatar o impacto da implantação e implementação de um grupo de Educação em Saúde em uma unidade básica de saúde no município de Joinville.

Este trabalho tem o intuito de influenciar novos profissionais a aprofundar seus conhecimentos no atendimento geral, possibilitando a abertura de novos grupos de Educação em Saúde; como também obter maior entendimento da legislação que permeia a temática.

Adotando uma postura crítica sobre o assunto, podemos levantar variados problemas que envolvem a gestão de grupos de Educação em Saúde, desde o encantamento dos possíveis participantes do grupo, bem como a forma de gerenciar as tarefas e as atividades para obter resultados positivos nas reuniões, garantindo a adesão e permanência dos participante.

1.1 Justificativa

De acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, os Municípios têm como obrigatoriedade formular Políticas na Atenção Básica.

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização, reformulando assim, a maneira de atendimento no Sistema Único de Saúde, envolvendo nesses métodos, trabalhadores, gestores e usuários, desafiando a gestão na reorganização dos processos de trabalho, mudando os métodos de atuação compreendendo que saúde engloba os aspectos: físicos mentais e sociais.

Para que novas abordagens no atendimento de saúde se concretizem, o profissional precisa conhecer a população e as vulnerabilidades de onde está inserida, realizando novas estratégias de abordagem, criando vínculo com a comunidade.

Com esse intuito é abordada a dinâmica da criação de grupos de educação em saúde. Por entender que é necessário se ter uma visão mais ampla da forma que é realizado a gestão, enfatizando a abordagem mais cognitiva.

Com esse objetivo apresenta se nesse estudo a gestão um grupo de educação em saúde no município de Joinville que tem por finalidade promoção e prevenção a saúde, através da identificação das necessidades locais. Estimulando o autocuidado, autonomia e rentabilidade, propiciando assim a inclusão social.

O grupo é importante para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois o mesmo cria vínculo com comunidade, identifica vulnerabilidades e potencialidades na área de abrangência, podendo assim gerar impacto positivo na saúde e na sociedade.

A Gestão Hospitalar é a formação em gestão de qualidade na área da saúde, compreendendo assim a gestão de um grupo de Educação e Saúde, contribuindo assim para futuras pesquisas.

1.2 Delimitações do Problema

Quais as dificuldades da implantação e manutenção de um grupo de Educação em Saúde?

1.3 Objetivo Geral

Relatar o impacto da implantação e implementação de um grupo de Educação em Saúde no município de Joinville.

1.4 Objetivos Específicos

- Influenciar novos profissionais a aprofundar seus conhecimentos no atendimento coletivo, integralizado e humanizado gerando assim novos grupos dentro da comunidade;
- Conhecer a Legislação Brasileira no que se refere à Política Nacional de Humanização e acolhimento dentro da Atenção Básica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para obter informações acerca da temática realizou-se uma pesquisa com os seguintes temas: conceito de Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Humanização, Saúde Coletiva, Importância dos Grupos na Humanização, Acolhimento, Desafio da Gestão de Grupos, Agentes Comunitários de Saúde e Educação em Saúde, que serão descritos a seguir.

2.1 Sistema Único De Saúde (SUS)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2015, p.1)

O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde fornecidos por órgãos e instituições públicas nas três esferas: federal, estadual e municipal, podendo também participar desse sistema a iniciativa privada de forma complementar. (BRASIL, 2000)

A saúde é, acima de tudo, um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988.

A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio o que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia. (BRASIL, 2009 p.8)

Dentre as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde destacamos a Universalidade que significa que o Sistema Único de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo e Integralidade que deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade.

Atualmente a Legislação Brasileira ampliou a definição de saúde, considerando vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, cultura, violência, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2009, p.11)

O Sistema Único de Saúde tem como finalidade o cuidado necessário para todo cidadão devendo priorizar as áreas de maior vulnerabilidade, englobando no conceito de saúde não somente o físico do indivíduo mas sim todo o ambiente que o cerca, bens e serviços essenciais.

Equidade deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam. (BRASIL, 2009, p.11)

Tratando saúde como prevenção, promoção e recuperação da saúde. Para isso devem ser criadas políticas e ações permanentes de saúde dentro das comunidades.

2.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

No início de 2003, o Ministério da Saúde decidiu fazer uma aposta na humanização como uma maneira de reinventar o SUS. (PASCHE E PASSOS, 2008, p.1).

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização, se intensifica esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção (nos modos de gerir e nos modos de cuidar). A Política emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se *constitui pari passu* à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no Sistema Único de Saúde, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização. (PASCHE E PASSOS, 2008, p.1).

Assim, é importante analisar o SUS como política pública – haja vista que a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios.

Nesta discussão é que se apresenta a PNH, tomando por referência sua construção discursiva e metodológica, bem como seus desafios para a qualificação da produção de saúde. (PASCHE E PASSOS, 2008 p.1)

Na área da Saúde surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. Bem provável que esse termo tenha sido forjado há umas duas décadas, na época da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental, e do movimento humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher, onde começaram a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar marca histórica. (RIOS, 2009, p.10).

Ainda para Rios (2009) vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”. Inicialmente, como ações que tornavam o ambiente hospitalar mais afável: atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte, melhorias na aparência (RIOS, 2009, p.10)

O mesmo autor ainda relata que hoje, várias sondagens conceituais, manifestações ideológicas, construções teóricas e técnicas e programas temáticos fazem da humanização um instigante campo de inovação da produção teórica e prática na área da Saúde.

Sob vários olhares, a Humanização pode ser compreendida como: - Princípio de conduta de base humanista e ética - Movimento contra a violência institucional na área da Saúde - Política pública para a atenção e gestão no SUS - Metodologia auxiliar para a gestão participativa - Tecnologia do cuidado na assistência à saúde. (RIOS, 2009, p.1)

Entretanto, a humanização só se torna realidade em uma instituição quando seus gestores fazem dela mais que retórica, um modelo de fazer gestão. (RIOS, 2009,p.2).

A humanização vem de encontro a dar suporte aos gestores, profissionais e usuários no enfrentamento dos desafios nas práticas de saúde.

As práticas humanizadas isoladamente não causam o efeito desejado que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, pois demonstram que a integralidade dentre os gestores do sistema contribuiriam para que as políticas fossem efetivadas de forma a enfrentar as várias lacunas deixadas por práticas pouco convencionais atualmente exigidas dentro de ambientes de saúde.

Com um olhar mais atento na literatura podemos observar que há uma descontinuidade nas políticas implementadas pelo Sistema Único de Saúde já que existe a falta de estruturação do próprio sistema.

2.3 Saúde Coletiva e Humanização

Pasche e Passos (2008) relatam que a saúde coletiva emerge de um movimento plural, que resulta em um processo que articula um novo fazer sanitário: a produção de atenção à saúde determinada e condicionada pela complexidade do seu objeto, assim como a gestão dos processos de trabalho no campo da saúde.

O desafio é o de enfrentar o adoecimento e o risco de adoecer em sujeitos histórico-sociais, eles próprios entendidos como singularidades e efeito de múltiplas determinações. Dar ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde tomá-los como protagonistas e corresponsáveis neste processo obriga-nos a valorizar a dimensão humana intrínseca a toda prática de saúde. (PASCHE E PASSOS, 2008, p.3).

Os mesmos autores ainda referem que a saúde coletiva e suas produções passam a ser uma importante abertura e inspiração para a reconstrução do sistema público de saúde. Saúde coletiva, saúde pública: o coletivo aqui diz respeito à ação de um sujeito plural que compõe a paisagem existencial da cidade e que se organiza como dimensão pública do cuidado e da gestão dos processos de trabalho em saúde. É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde.

Distinguir especificidades significa, sobretudo, reconhecer o sentido e a direção da ação de grupos, de tribos em seus territórios existenciais e subjetivos. A atuação no território transforma-o em efeito da ação político-institucional, que é também submetida e determinada pelos efeitos que produz. É neste encontro e embate que saberes e tecnologias tomam novos sentidos éticos, políticos e estéticos. A ação do grupo, todavia, deve ser marcada por agir ético-estético-político que combina ação no território e reconhecimento da ação protagonista de seus agentes. (PASCHE E PASSOS, 2008, p.2).

Reconhecer que devemos reformular os processos de atuação na área da saúde a fim de alcançar uma resolutividade positiva. Para isso é necessário conhecer o território inserido e assim identificar as vulnerabilidades e criar novas estratégias de abordagem.

E qual o interesse da saúde coletiva? Transformar a produção científica e tecnológica do campo sanitário em instrumento e ferramenta de qualificação da vida, colocando-a sob a égide da justiça social. A saúde coletiva tem tido o mérito de reconhecer diferenças teóricas e metodológicas, evidenciando que não há produção de conhecimento desprendida da ação prática de seus sujeitos, quer estejam na academia, quer estejam na ação sanitária direta. (PASCHE E PASSOS, 2008, p.1)

Pasche e Passos (2008) acrescentam que na atual construção das práticas pluralistas, quando se busca o comprometimento dos três atores na saúde coletiva, que são os gestores, os profissionais de saúde e os usuários para que o sujeito não adoça, fortalecendo o vínculo entre eles, espera-se que uma nova visão da saúde mostre o “todo”, buscando aplicar práticas efetivas que interajam com o meio do indivíduo.

Eis a aposta: reconhecimento da diferença; diferença que fortalece, mas não uma diferença que não difere. Uma diferença que combina, sendo ao mesmo tempo a norma e o desvio dela. Hibridismo marca contemporânea que reconhece a complexidade dos fenômenos sociais e, portanto, a deficiência e insuficiência de modelos lineares de pensamento, reflexão e intervenção. (PASCHE E PASSOS, 2008 p 2).

Apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiar, em suas portarias e programas, ações grupais com usuários e grupos populacionais, principalmente na Atenção Básica, o que vemos são as práticas voltadas para a atenção individual.

Há senso comum que faltam instrumentos e conhecimentos aos profissionais, em virtude de suas formações, para intervenções em grupos e coletivos. (BRASIL, 2010, p.106).

A saúde coletiva é preconizada nas práticas de saúde, mas as lacunas a serem preenchidas, apesar dos plurais terem seu papel determinante, falta-lhes comprometimento com as ações, preferindo assim o atendimento individualizado em vez do coletivo inviabilizando a formação de grupos de educação em saúde nas áreas de abrangência.

2.4 Importância dos Grupos de Educação em Saúde para a Humanização

Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários, tanto na compreensão do interesse do usuário e não porque ele buscou o serviço, quanto na explicação de decisões anteriores sobre o tratamento de saúde. (BRASIL, 2010 p.107)

Na visão de Campos (1997) a humanização, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 1997,p.03)

O grupo pode trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento. A possibilidade dos encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado, de tratamento, de terapêutica. Tanto paciente quanto profissional visualizam o processo ao longo do tempo.

Alguns profissionais receiam que ao participar de um grupo, o paciente deixe de dar seguimento dos atendimentos individuais e que solicite apenas renovações de receita, por exemplo, após o contexto grupal, aproveitando que esteve com o profissional que cuida dele. Nessa situação, cabe ao profissional avaliar, juntamente ao paciente, o que é pertinente ou não nesse contexto grupal. Nada mais sensato que proporcionar, no encontro profissional-usuário, aquilo que é importante no momento. (BRASIL, 2010, p.107.)

Brasil (2010) relata que a prática grupal possibilita também que tenhamos agregadas várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida com fatos e valores parecidos.

Outra razão para se formar um grupo, é que os usuários podem sentir-se com maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais as experiências que têm no manejo da doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) poderia propiciar. (BRASIL, 2010, p.108)

Um dos aspectos mais importantes a ser considerado na formação de um grupo comunitário é a sua sustentabilidade. (BARBOSA, 2009 p.4)

Uma equipe verdadeira é um número pequeno de pessoas com habilidades complementares, comprometidas com objetivos, metas de desempenho e abordagens comuns pelos quais se consideram mutuamente responsáveis. (KASPARY E SEMINOTTI, 2012).

As práticas da estratégia Saúde da Família, devem ser conduzidas para tornar a comunidade parte decisiva e fundamental no enfrentamento das limitações do próprio serviço de saúde e das vulnerabilidades socioambientais locais.

Deste modo, a promoção da saúde se expressa nas ações dos grupos locais organizados que buscam a saúde para si, intervindo no seu modo de viver e de sobreviver, ou seja, agindo sobre os danos da ação humana. (ALMEIDA et al., 2013 p.2)

Paralelamente, os participantes se fortalecem porque conquistam maiores possibilidades de serem reconhecidos como sujeitos capazes de provocar mudanças no contexto local, para a saúde e para a natureza. (ALMEIDA et al., 2013 p.2)

Sempre que possível envolver os participantes do grupo no planejamento, execução e avaliação dessa atividade educativa. Isso estimula a participação e o interesse das pessoas na medida em que se sentem capazes, envolvidos e responsáveis pelo sucesso do trabalho. (BRASIL, 2009, p.51)

A implementação do Grupo de Educação em Saúde que será apresentado neste trabalho, foi sem dúvida um meio de fazer o estreitamento entre instituição de saúde e usuários pelo fato de que este não procurou atendimento e sim a Unidade Básica de Saúde que o procurou para a formação do Grupo. Nesta dinâmica foi possível fazer a troca de saberes proporcionando assim um olhar mais atento nos processos terapêuticos em busca de resolutividade individual visto que essa prática busca o conhecimento do meio em que o indivíduo vive seus hábitos e crenças.

2.5 Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. (BRASIL, 2008)

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. (ERDMANN et al., 2013, p.2)

O acolhimento para Erdmann et al.(2013) relaciona-se, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários.

Encontramos como pontos importantes relacionados ao processo de trabalho segundo a diretriz do acolhimento, a humanização das relações no trabalho em saúde, a escuta qualificada dos usuários, a garantia de acesso a todos que necessitam de atendimento, o vínculo entre equipe e comunidade. (MAEYAMA, 2007, p. 26)

É importante ressaltar que a proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde. (ERDMANN et al., 2013)

A mudança do processo de trabalho só é possível da compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e a adesão sobre uma nova forma de relação com o usuário (MAEYAMA 2007.p 29)

Erdmann et al., (2013) entendem que ações e serviços de saúde devem estar adaptados às circunstâncias locais, à população para a qual se destina, aos recursos disponíveis e aos atores participantes.

O acolhimento deve partir de um ponto inicial, na qual, gestão, trabalhadores, usuários devem se despir de seus interesses individuais e corporativos, e operar a mudança pautada em princípios humanitários, na busca do objetivo de um bem comum, porém o foco sempre deverá estar voltado para o usuário, afinal os serviços de saúde só existem por causa dele (MAEYAMA, 2007, p 31)

Proposto pelo Sistema Único de Saúde, o acolhimento traz um olhar e uma escuta mais qualificada aos processos da atenção à saúde, partindo do pressuposto que o usuário deve ter acesso ao sistema de forma qualificada e resolutiva, para assim manter o vínculo permanente que se faz necessário para uma gestão em saúde humanística solidária promovendo a cidadania.

Neste sentido os gestores do grupo de Educação em Saúde estudado, buscam o conhecimento e necessidades de cada indivíduo com um acolhimento humanizado.

2.6 Desafio na Gestão de Grupos de Educação em Saúde

Ao longo do tempo de existência da ESF Estratégia Saúde da Família é comum o relato de inúmeras tentativas de começar um trabalho com grupos. Inicialmente, comparece certo número de pessoas que se vão afastando pouco a pouco e o grupo logo se desfaz, causando certa frustração nos profissionais da saúde envolvidos e o descrédito da população local.

O processo de formação de um grupo comunitário requer inicialmente trabalhar dois aspectos básicos que possibilitem sua sustentabilidade: o caráter orgânico e progressivo de sua constituição. Para que a formação de um grupo na ESF tenha um caráter orgânico um primeiro elemento a se levar em conta é o estudo da territorialização da comunidade no qual se insere.

A territorialização é um processo por meio do qual é possível identificar os equipamentos sociais existentes (escolas, igrejas, associações, unidades de saúde, comércios etc.), as categorias sociais presentes (professores, agricultores, trabalhadores da saúde etc.) e os grupos que compõem a dinâmica comunitária (jovens,

associações, futebol, mães, bordadeiras etc.). O processo de apropriação do território pelos profissionais da ESF permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam, a depender do segmento social em que se situam a organicidade do processo de formação de um grupo comunitário se expressa no respeito ao modo de organização da vida no lugar, sem o qual não é possível estabelecer uma relação dialógica com as pessoas. (BARBOSA, 2009).

Não é todo agrupamento de pessoas que pode ser considerado um grupo. É preciso levar em conta alguns elementos que tornam um agrupamento, de fato, num grupo. Há que se reconhecer uma progressividade que caracteriza um processo de formação de um grupo que deve ser respeitada e compreendida na operacionalização dos trabalhos com grupos. A partir do reconhecimento dessa progressividade é possível identificar um processo gradual, percebido em fases que facilitam a consolidação de um grupo na comunidade. A conciliação do fator tempo entre os profissionais e a dinâmica comunitária como condição prévia para abordagem de grupo é um aspecto que influencia nos processos de organização do serviço. (BARBOSA, 2009).

É a partir de este olhar que os processos de educação em saúde devem ser viabilizados para que os trabalhos sejam sólidos e permanentes e que leve aos usuários o conhecimento de que ele tem sua responsabilidade sobre sua saúde.

A intervenção que ao emergir da iniciativa dos profissionais indica que tal trabalho em saúde os permite conhecer e transformar as vulnerabilidades dos moradores em motivação para o desenvolvimento e fortalecimento de potenciais individuais. (ALMEIDA et al., 2013p.3)

Trabalhar a promoção e educação em saúde, através de grupos na realidade não está proporcionando o efeito esperado, por falta de estrutura no sistema de saúde, a escassez de profissionais, onde os que estão exercendo suas funções se perdem dentro dos atendimentos individuais e não conseguem sair a campo para conhecer a realidade da comunidade, rastreando assim as necessidades locais.

O trabalho com grupo proporciona a atenção integral à saúde, permitindo assim melhor conhecimento da comunidade, desenvolvendo a construção de novos saberes aumentando a resolutividade de problemas de saúde, além de indiretamente influenciar na diminuição da demanda nas unidades de saúde melhorando o acesso de usuários com outros problemas, propiciando a promoção e prevenção à saúde (MAEYAMA, 2007,)

Por decorrência, dessa atitude torna-se desafiante, atender a demanda de grupos. Nas práticas de atendimento observa-se que o indivíduo recebe a orientação sem questionar, e o profissional sem indagar a realidade local. O desafio de envolver o usuário no contexto da educação em saúde parte dos princípios das necessidades e potencialidades da comunidade, buscando o fortalecimento da cidadania, do convívio social para promover a saúde, deve se ter em mente que educar é um processo permanente, onde se aponta seus direitos e deveres para construir assim uma nova percepção de autonomia, de gestores, profissionais de saúde e usuários.

2.7 Agente Comunitário de Saúde e Educação em Saúde (ACS)

As ações educativas fazem parte do dia a dia do ACS e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. (BRASIL, 2009.)

As ações educativas devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e também os vínculos de solidariedade comunitária, contribuindo para o pleno exercício de poder decidir o melhor para a sua saúde. (BRASIL, 2009, p.51)

As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, podendo também ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade, Brasil (2009) ainda considera importante reverenciar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias, estimulando a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus

interesses. Desenvolver atividades educativas faz parte do processo de trabalho de todos os membros da equipe.

Entre as atribuições do ACS está a atividade em educação e saúde, dentro da área de abrangência. Neste contexto de atuação abrem-se novas expectativas, de atividades de promoções de saúde, escuta qualificada e a formação de vínculo.

O fato do ACS habitar na comunidade facilita bastante esse elo entre o profissional e a comunidade, já que compartilha da mesma realidade local, facilitando a atuação do profissional como líder comunitário.

Contribuindo com a atuação de toda a equipe de saúde na prevenção e cuidado da doença oferecendo a resolubilidade necessária, na área de atuação, é que relato a seguir os processos de implantação e manutenção de um grupo de educação em saúde, o qual tornou-se referência no município.

3 METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa foi conduzida por meio de um Relato de Experiência, com objetivo de apresentar um grupo de Educação e Saúde dentro de um contexto da realidade local de uma comunidade coordenado por Agentes Comunitários de Saúde.

Relato de experiência faz parte dos gêneros pertencentes ao domínio social da memorização e documentação das experiências humanas, situando-as no tempo. Servem de exemplos de gêneros dessa natureza: diários íntimos, diários de viagem, notícias, reportagens, crônicas jornalísticas, relatos históricos, biografias, autobiografias, testemunhos etc (ELIAS, 2014).

Realizou-se também uma revisão bibliográfica onde vários conceitos foram aprimorados.

3.1 Caracterização da Unidade Estudada

No município de Joinville/SC, à 8 km do centro da cidade em direção à zona sul, está localizado o bairro Jarivatuba, o qual possui aproximadamente 34 mil habitantes, sendo predominantemente residencial, mas com vários tipos de comércios e alguns pontos industriais.

Neste território está definido como referência em saúde a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que tem seu horário de funcionamento das 07:00 às 19:00hs. Sua estrutura física é praticamente nova, construída para este fim, espaçosa e bem distribuída, e foi inaugurada em 2002. Contém:

- ✓ 2 Consultórios Ginecológicos;
- ✓ 2 Consultórios Odontológicos;
- ✓ 7 Consultórios;
- ✓ 1 Sala De Vacina;
- ✓ 1 Triagem;
- ✓ 1 Farmácia;
- ✓ 1 Sala De Coleta;
- ✓ 1 Nebulização;
- ✓ 1 Expurgo;
- ✓ 1 Sala De Reunião;
- ✓ 1 Sala De Reunião Para Estratégia de Saúde da Família;
- ✓ 1 Copa;
- ✓ 2 Banheiros Para Usuários;

- ✓ 2 Banheiros Para Funcionários;
- ✓ 1 Sala Da Coordenação;
- ✓ 1 Lavanderia;
- ✓ 1 Depósito;
- ✓ 3 Salas Para Arquivos;
- ✓ 1 Recepção;
- ✓ 2 Salas De Espera.

Trata-se de uma Regional de Saúde, ou seja, é também Sede Administrativa, referência para outras cinco Unidades de Estratégia Saúde da Família, totalizando aproximadamente 70 mil usuários do serviço adstritos em sua área de abrangência.

A unidade contém aproximadamente 90 profissionais, sendo 3 médicos clínicos gerais, 3 médicos de Estratégia de Saúde da Família, 1 médico ginecologista, 1 pediatra, 7 odontólogos, 2 psicólogas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 psiquiatra, 2 farmacêuticos, 3 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, 2 enfermeiros assistenciais, 7 técnicos de enfermagem, 8 recepcionistas e 27 agentes comunitários de saúde, 5 auxiliares odontológicos, 1 coordenadora, 1 chefia, 1 nutricionista.

Ainda conta com serviços terceirizados de zeladoria (3 zeladoras) e 1 motorista no período diurno para serviços administrativos e visitas domiciliares dos profissionais.

A unidade básica de saúde da família oferece à população da área de abrangência os seguintes serviços:

- ✓ Ginecologia
- ✓ Tratamento Odontológico
- ✓ Psiquiatria
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Nutrição
- ✓ Puericultura
- ✓ Exame Preventivo
- ✓ Pré-Natal
- ✓ Grupos Em Educação E Saúde
- ✓ Psicologia
- ✓ Teste Rápido (Gravidez, HIV, Sífilis, Hepatite)
- ✓ Pediatria
- ✓ Atendimento HAS E DM
- ✓ Livre Demanda

2.8 Implantação do ACS na UBS

Em 2004 o programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi implantado nesta Unidade Básica de Saúde com o número de 25 Agentes Comunitários de Saúde e um enfermeiro.

No início das atividades dos Agentes na comunidade, com o mapeamento e cadastramento das famílias da área de abrangência, a existência de uma barreira na aceitação pela comunidade em não acreditar no trabalho do agente comunitário dificultou as parcerias entre comunidade e unidade de saúde na época.

Para que pudessem ser desenvolvidas as atividades de promoção à saúde, era necessário conseguir formar com a comunidade, o conselho local de saúde e desta forma, criar grupos de Educação em Saúde como preconiza o Ministério da Saúde.

Em 2005 a UBS organizou grupos de gestantes, ginástica, caminhada; mas por falta de adesão foi interrompido.

Em 2006, foram formados grupos de caminhada com a proposta de quem participasse do grupo teria direito à privilégios no agendamento das consultas médicas. Porém os usuários frequentavam só até ter o benefício e depois desistiam.

Segue-se assim até quando com determinação dos agentes comunitários de saúde junto à unidade básica, consegue-se implantar o primeiro Conselho Local de Saúde com a participação das lideranças do bairro, começando assim o trabalho com a comunidade, com a conscientização da participação dela como peça fundamental na elaboração dos planejamentos locais.

Em 2007, a unidade de saúde sempre empenhada na conquista da comunidade e com a cobrança de que a educação em saúde aconteça, forma-se na unidade os grupos de hipertensos e diabéticos, com enfermeiros e nutricionista. Os Agentes Comunitários de Saúde visitavam a casa dos pacientes para convidá-los à participar de alguns encontros, mas o grupo acabou por fracassar pelo motivo de não ter como dar continuidade aos cuidados ,pela falta de nutricionista em tempo integral.

Em 2008 um grupo de Agentes Comunitários de Saúde resolve fazer um novo projeto; um grupo para mulheres, que se consolidou e é referência no Município.

Ainda em 2010 foi implantada a Estratégia Saúde da Família, dividindo esses Agentes Comunitários de Saúde em três equipes; com 12 Agentes Comunitários, um técnico, um enfermeiro e um médico, que cobriam 100% do território de abrangência conforme preconiza o Ministério da Saúde.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho refere-se à um relato de estratégia de gestão na implantação e implementação de um grupo de educação em saúde, coordenado por um grupo de Agentes Comunitários de Saúde no município de Joinville. O grupo tem como público alvo mulheres de todas as faixas etárias, focando no autocuidado, aumento da autoestima e inclusão social. O grupo está consolidado há sete anos.

4.1 Histórico da Implantação do Grupo de Educação em Saúde

Através do espaço conquistado por meio das visitas domiciliares feitas pelos ACS, percebeu-se a necessidade de uma nova estratégia para garantir a promoção e prevenção de saúde de uma maneira de minimizar os efeitos das vulnerabilidades psicossociais da área de abrangência.

Com esse objetivo, visto a necessidade de atingir um público feminino, de diversas faixas etárias que se encontravam vulneráveis a doenças por conta de uma vida

ociosa, uma rotina monótona, carência afetiva, e ansiosas para serem ouvidas.

O projeto nasceu com o intuito de reunir estas mulheres com queixas semelhantes, proporcionando-lhes ambiente de descontração, experiências que elevam a autoestima, estimulam o autoconhecimento, promovem relacionamentos saudáveis, atividades terapêuticas, de lazer, ações educativas e humanizadas, trazendo também a participação da coletividade nos assuntos relacionados às situações de saúde e doença da comunidade.

O grupo citado tem como lema: resgatar a autoestima e promover o autoconhecimento biopsicossocial espiritual.

No mês de março de 2008 dois Agentes Comunitários de Saúde se reuniram para criar o projeto de um grupo de educação e saúde, com público alvo sendo mulheres de todas as idades.

Devido às experiências anteriores onde não houve grande adesão por parte da comunidade, os Agentes Comunitários de Saúde decidiram mudar a estratégia do grupo do habitual e planejaram um grupo que as atividades a serem desenvolvidas seriam variadas, tendo quatro encontros mensais com atividades diferentes.

Inicialmente buscaram apoiadores para projeto a ser desenvolvido e em parceria com espaços sociais dentro da

área de abrangência, foi firmado um convênio com uma instituição da esfera municipal. Também foram decididos os dias e horários que o grupo se reuniria e o cronograma de atividades a serem desenvolvidas nos próximos três meses.

Para isso os coordenadores convidaram as usuárias para um coquetel de apresentação do projeto, através de folders e das visitas domiciliares, que se realizou no dia três de junho de dois mil e oito, às 14h30min, totalizando 40 participantes.

Após a apresentação do projeto as participantes foram questionadas se gostariam de participar desse projeto e 90% respondeu que iriam aderir. No encontro seguinte estavam presentes 30 participantes. Devido a esse público foi necessária a busca de mais Agentes Comunitários de Saúde para auxílio e continuidade do projeto.

Em 2009 o espaço físico utilizado para os encontros se tornou pequeno e foi necessário buscar novas parcerias. Consolidou-se uma parceria com um apoiador da rede privada onde deram continuidade a seu trabalho em um lugar maior.

Em 2010 o grupo se consolidou cada vez mais, aumentando em 50% o número de participantes e passando a contar com acompanhamento semanal de uma

terapeuta ocupacional, entre outros voluntários ao longo do ano. Ocorreu uma reportagem televisiva pela atuação deste grupo na comunidade e também aconteceram visitas de outros ACS para conhecer a experiência exitosa e multiplicar o conhecimento em outras Unidades Básicas de Saúde.

Em 2012 o grupo contou com a participação de psicólogas voluntárias, com objetivo de contribuir com palestras e atividades para proporcionar o aumento da autoestima das participantes.

Percebeu-se que a participação das mulheres estava cada vez mais acentuada gerando a necessidade de novas atividades. Com o crescimento do grupo, são necessárias novas atividades e novos voluntários, e o grupo retornou as atividades na instituição da esfera municipal.

Em 2013, a nova gestão municipal decide entregar as propriedades privadas que o município aluga e a instituição da esfera municipal fechou suas portas para reabrir em outro local; o grupo ficou sem espaço novamente para os encontros semanais. Então um usuário resolveu fechar sua lanchonete nas terças-feiras e cede este espaço por três meses. Houve uma redução do número de participantes pelas condições apresentadas. As gestoras do grupo buscam outro espaço e conseguiram parceria com uma sociedade privada.

Em 2014, pela persistência dos coordenadores, uma artesã começou a atuar no grupo duas vezes por mês e com isso foi retirado do cronograma o dia destinado à beleza da mulher, atividade importante, mas sem voluntárias para realizá-la.

Em 2015 novamente o grupo ficou sem local pra se reunir. Uma das participantes cede sua garagem até encontrar um novo local, e como o grupo já era conhecido na comunidade, em uma semana foi conquistada uma nova parceria com uma igreja local.

Com o incentivo da Unidade Básica de Saúde, os Agentes Comunitários passam a frequentar a oficina de artesanato no Serviço Organizado de Inclusão Social, com isto os próprios gestores do grupo multiplicam seus conhecimentos com as participantes e há mais interesse de mulheres para participar. Observa-se que aprender a fazer atividades manuais rende a elas elogios, aumentando a autoestima e a independência financeira e chegou-se ao final do ano com cerca de 30 mulheres participando efetivamente das atividades a elas propostas.

4.2 Gestão Atual do Grupo de Educação em Saúde

A gestão desse grupo é executada somente pelos Agentes Comunitários de Saúde, e para que esse grupo aconteça, os mesmos criam um cronograma anual, descrevendo as atividades a serem exercidas a cada encontro.

Para a realização do cronograma é feito um feedback com as participantes com a finalidade de saber quais as programações que as mulheres tem interesse em aprender, não deixando de fora desse cronograma ações diferenciadas semanalmente, como: artes manuais, culinária, palestras de promoção e prevenção em saúde, beleza da mulher, integração social, artesanatos e passeios. Há outros momentos edificantes que acontecem no grupo, que são os eventos temáticos: festa da páscoa, dia das mães, festa junina/julina, dia das crianças e comemorações natalinas.

A gestão do grupo é realizada sempre evidenciando a importância da opinião de cada uma das participantes, valorizando seus saberes e crenças populares, sem um pré-julgamento, criando assim um vínculo afetivo com todas.

Para que todas as atividades aconteçam conforme o programado, os gestores se reúnem uma vez na semana para organizar as atividades a serem executadas. Através do cronograma, os gestores vão atrás de profissionais voluntários para as atividades propostas.

Para suprir a falta de apoio financeiro e material, os gestores organizam bazares com artesanatos realizados no grupo e com doações feitas através de participantes, usuários e servidores.

Existe também uma escala onde em cada encontro um grupo de participantes é responsável por trazer o lanche para o café.

A organização do encerramento de fim de ano é programada com seis meses de antecedência, geralmente em pontos turísticos da área rural de Joinville ou em hotéis fazenda. Para isso são realizadas visitas antecipadas para conhecer a estrutura, são orçados valores envolvidos e organizado a alimentação, o lazer e os entretenimentos do dia.

Atualmente os encontros acontecem todas as terças-feiras das 15h-17h em uma Igreja da comunidade, com 30 participantes assíduas e uma rotatividade de visitantes. O espaço físico é inadequado pelo número elevado de participantes semanalmente. Os gestores relatam algumas dificuldades como omissão dos órgãos municipais, pouco

incentivo das chefias imediatas, inexistência de um espaço fixo adequado, falta de material para as atividades e falta de interesse dos profissionais da saúde em investir em atividades coletivas.

O grupo de Educação em Saúde tem construído alicerces cada vez mais enraizados na comunidade. Apesar das inúmeras dificuldades, o grupo permanece coeso devido à persistência, empenho e organização dos gestores.

Segue abaixo, o cronograma de atividades desenvolvido no ano de 2015.

CRONOGRAMA ANUAL 2015	
03/03	Integração
10/03	Artesanato crochê
17/03	Palestra (saúde mental)
24/03	Artesanato de páscoa
31/03	Artesanato de páscoa e comemoração.
07/04	Palestra cuidados com corpo
14/04	Artesanato Crochê
21/04	Feriado
28/04	Dinâmicas
05/05	Passeio de dia das mães
12/05	Integração
19/05	Artesanato bordado em fita
26/05	Palestra primeiros socorros
02/06	Bordado em fita
09/06	Integração Dança
16/06	Bordado em fita
23/06	Palestra Saúde Mental
30/06	Artesanato vagonite
07/07	Artesanato vagonite
14/07	Festa Julina
21/07	Artesanato vagonite
28/07	Artesanato vagonite
04/08	Palestra com Podóloga
11/08	Artesanato vagonite
18/08	Artesanato bordado oitinho
25/08	Dança sênior
01/09	Artesanato oitinho
08/09	Artesanato oitinho
15/09	Palestra saúde bucal
22/09	Artesanato oitinho
29/09	Alongamento
06/10	Dia da beleza
13/10	Artesanato Feltro
20/10	Artesanato Feltro

27/10	Artesanato guirlanda
03/11	Artesanato guirlanda
10/11	Palestra Hipertensão e diabetes
17/11	Artesanatos bolas natalinas
24/11	Artesanatos bolas natalinas
01/12	Artesanatos bolas natalinas
08/12	Confraternização de encerramento do ano passeio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização e educação em saúde tornaram-se muito relatadas no acolhimento, a escuta qualificada, o entrosamento da equipe de saúde com a realidade local.

Observa-se a importância de se incluir a Política Nacional de Humanização na realidade do Sistema Único de Saúde e de se criar um vínculo com os usuários, profissionais e gestores municipais, possibilitando conhecer as culturas locais e os saberes populares. Para que então possam ser traçadas novas estratégias de enfrentamento e resolutividade das demandas apresentadas na Atenção Básica, enfatizando assim a prevenção e promoção de saúde.

É visto que existem muitas barreiras e fatores que dificultam o trabalho em educação e saúde, como a falta de conhecimento e incentivo dos gestores municipais, ambientes sucateados, profissionais não habilitados, escassez de recursos e falta de tempo dos profissionais de saúde pelo acúmulo de trabalho; e a grande demanda de atendimento, a falta de capacitação e treinamento para servidores e o governo investir pouco em educação.

Apesar de todos os fatores que dificultam a permanência do grupo de Educação em Saúde, a gestão

do grupo aqui citado mostra que é possível a manutenção do mesmo mas se faz necessário investir mais nessa temática, que é preciso um olhar mais atento de gestores municipais, profissionais de saúde e usuários, para que tenham entendimento da importância do vínculo entre as três plurais.

Este estudo desenvolveu-se a partir do desejo e da necessidade de relatar uma prática assertiva que contribua para futuros projetos e estudos.

A gestão do grupo aqui citado demonstra um planejamento estratégico desde o espaço social onde realizam suas atividades criando parceria com igrejas, sociedades, e clubes na comunidade onde estão inseridos.

Uma organização efetiva com cronograma anual, seguindo e planejando cada atividade conforme o estipulado, usando um marketing coletivo para mostrar seu projeto e uma independência de recursos através de bazares, e sempre se colocando no lugar do participante, respeitando aspectos sociais e culturais, escutando cada uma, acolhendo e interagindo, propiciando um envolvimento coletivo.

É notória a falta de apoio, entretanto quando o profissional está disposto, ele cria vínculo e gera recursos da própria comunidade.

É fundamental a existência de projetos como este, para que profissionais de saúde da Atenção Básica conheçam a comunidade na qual estão inseridos, seus espaços sociais, ficando assim mais próximos das vulnerabilidades do seu território, criando maneiras de minimizá-las, promovendo assim educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marlise Capa verde de almeida ,Leticia Silveira Cardoso, Marta Regina Cezar-vaz, valdecir Zavarese da Costa, Clarice alves Bonow. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600018&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 dez.2015

BARBOSA, Maria Idalice Silva. FORMAÇÃO E FACILITAÇÃO DE GRUPOS COMUNITÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 2009. Disponível em: <sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/47/42>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL BRASILIA. Ministério Saúde. Secretaria da Saúde (Org.). **Sistema unico de saude: sus principio e conquista.** 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 24 nov.

BRASIL, Constituição Federal (Artigos 196 a 200) 2015
DISPONIVEL EM
<[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofeder
al.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofeder
al.pdf)> Acesso em : 24 nov. 2015.

BRASIL. Ministerio da Saude. Ministerio Saude (Org.). **SUS
no seu municio garantindo saude para todos.** 2. ed.
Brasília: Editora Ms, 2009. 52 p. Disponível em:
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio
_garantindo_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio
_garantindo_saude.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à
Saúde Departamento e Atenção Básica (Org.). **TRABALHO
DO AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE.** 2009.
Disponível em:
<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual
_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual
_acs.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2015.015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde
(Org.). **CADERNO HUMANIZASUS: ATENÇÃO BASICA.**
2010. Disponível em:
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_hum
anizasus_atencao_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_hum
anizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE**. 2008. Disponível em: <https://intranetsaude.joinville.sc.gov.br/intranet_migracao/intranet_modulos.php?logado=s&pagina;=/noticias/pnh/index.html>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde: Humanização na saúde:: um projeto em defesa da vida?**. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016

CORREIA, Edison José; SENA, Roseni Rosângela de. Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/PLANEJAMENTO/>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

ELIAS, Leila Marcia; Como escrever um bom Relato de Experiência em “Implantação de Sistema de Informações de Custos no setor público” 2014.
Disponível em:
<<http://www.socialiris.org/gerenciador/imagem/arg53274b08b8ec8.pdf>> Acesso em 23 fev. 2016.

ERDMANN, Patricia Guerrero; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Selma Regina de Andrade; Alacoque Lorenzini et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 dez. 2015.

KASPARY, Magda Capellão; SEMINOTTI, Nedio Antonio. **Os processos grupais e gestão de equipes no trabalho contemporâneo::** compreensões a partir do pensamento complexo. 2012. Disponível em: <<https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=54D3D6D75D3AD9B2!128&id=documents&app=WordPdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015

MARCOS AURÉLIO MAEYAMA (Santa Catarina). Secretaria Municipal da Saúde (Org.). **A CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO:** a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas. Bombinhas: Joinville, 2007. 175 p.

NORA, Carlise Rigon dalla; JUNGES, José Roque. **Política de humanização na atenção básica::** revisão sistemática. 2013. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Downloads/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Importancia_humanizacao_SUS.PDF>. Acesso em: 14 nov. 2015.

RIOS, Izabel Cristina. **Humanização**: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013>. Acesso em: 28 nov. 2015.

VENTURA, Magda Maria. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**. 2007. Disponível em: <http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.