

Shirley Pereira de Almeida



A VIVÊNCIA NO GRUPO:
A EXPERIÊNCIA PARA AS PESSOAS DIABÉTICAS

BELO HORIZONTE
2006

Shirley Pereira de Almeida

**A VIVÊNCIA NO GRUPO:
A EXPERIÊNCIA PARA AS PESSOAS DIABÉTICAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidar em Saúde e na Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Maria Soares

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2006

Almeida, Shirley Pereira de
A447v A vivência no grupo: a experiência para as pessoas diabéticas/
Shirley Pereira de Almeida. Belo Horizonte, 2006.
143f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Escola de Enfermagem.
Área de concentração: Cuidar em Saúde e na Enfermagem
Orientadora: Sônia Maria Soares
1.Diabetes mellitus tipo II/psicologia 2.Processos grupais 3.Grupos
de auto-ajuda 4.Relações interpessoais 5.Educação do paciente
6.Psicologia social 7.Pesquisa qualitativa I.Título

NLM: HM 100
CDU: 301.151

Ao meu querido Luiz por compartilhar comigo esta jornada, me escutando e apoiando nos momentos difíceis.

À minha filha Renata, anjo da minha vida, por iluminar todos os meus dias, por me apoiar e compreender as ausências.

À minha mãe, pelo incentivo e exemplo de determinação, por todo amor e compreensão em face das minhas ausências, que sei foram bem sentidas.

Ao meu pai, mesmo longe, sei que sempre torce pelo meu sucesso.

Aos meus irmãos Inácio, Marco e Sheila, aos meus sobrinhos Daniel e Guilherme e minhas cunhadas Dirce e Sheila, pelo apoio, carinho e pelo convívio mesmo que a distância.

*Com gratidão e amor,
Dedico-lhes este trabalho*

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas e instituições contribuíram para a concretização deste trabalho, por isso o considero como fruto do esforço compartilhado, direta ou indiretamente, de todos que tornaram possível a sua realização, e em especial:

À Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares, por suas orientações, incentivos, confiança, apoio constante durante o desenvolvimento deste trabalho e pela paciência com as minhas ansiedades;

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, aos professores, em especial às Prof^a. Dra. Maria Flávia Gazzinelli e Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, pelas contribuições valiosas durante a construção do projeto e pela oportunidade do enriquecimento profissional;

À Secretaria Municipal de Saúde e Distrito Centro-Sul, pelo consentimento na realização deste estudo;

À Gerente do Centro de Saúde onde foi realizado o estudo pelo acolhimento e consentimento na realização deste trabalho;

Às colegas Mara, Arlete, companheiras de profissão, que me acolheram, apoiaram e ajudaram para que este trabalho se concretizasse;

À toda a equipe do Centro de Saúde onde foi realizado o estudo, por ter me recebido tão bem, em especial, a Ilídia e Dr. Nabil, que contribuíram diretamente para a realização deste trabalho.

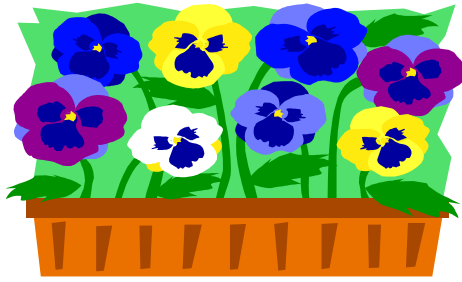
Dr^a. Jaldá Maria Brandão de Castro e equipe do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, pelo apoio, incentivo e palavras de ânimo;

À Dr^a. Zeina Soares Moulin, amiga e colega, por compartilhar as minhas angústias, pelas palavras sábias e de incentivo;

Aos meus colegas da Escola Mineira de Homeopatia, pelo incentivo e por compreenderem meu afastamento temporário;

Aos meus colegas do Curso de Mestrado, em especial o bem-humorado Grupo "Só Jesus", pela convivência, por dividir as angústias e ansiedades, apoio e incentivo, tornando os momentos difíceis mais leves e possíveis de superar;

A todos os informantes que fizeram parte do estudo, pela confiança e por terem permitido que eu compartilhasse um pouco de suas histórias.



NÃO SEI (Cora Coralina)

*Não sei... Se a vida é curta ou longa demais
pra nós, mas sei que nada do que vivemos tem
sentido, se não tocamos o coração das
pessoas.*

Muitas vezes basta ser:

*Colo que acolhe, Braço que envolve, Palavra
que conforta, Silêncio que respeita, Alegria
que contagia, Lágrima que corre, Olhar que
acaricia, Desejo que sacia, Amor que
promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá
sentido à vida.*

*É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura... Enquanto durar.*

RESUMO

ALMEIDA, Shirley Pereira. **A vivência no grupo**: a experiência para a pessoa diabética. 2006. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

Este estudo buscou compreender o significado da vivência no grupo considerando a experiência das pessoas portadoras de diabetes mellitus. Trata-se de um estudo etnográfico desenvolvido junto a 13 pessoas diabéticas que participam de atividade coletiva de grupo voltado aos portadores desta doença. O cenário escolhido, para este estudo, foi uma Unidade Básica de Saúde - Regional Centro-sul da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Como referencial teórico adotou-se a técnica de grupo operativo proposta por Enrique Pichon-Riviére (1998). O trabalho de campo foi realizado por meio de observação participante e entrevista etnográfica preconizadas por Leininger (1998). Para registro das observações foi utilizado o modelo proposto por Olesen (1991). A análise de dados foi realizada com base no referencial de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977) e as informações coletadas foram organizadas em cinco núcleos temáticos: Significado de grupo para a pessoa diabética; O processo de grupo para a pessoa diabética; O coordenador como co-pensador no processo grupal; O grupo como espaço de aprendizagem e transformação; O grupo como meio de controle da doença. A análise desses dados desvelou concepções e significados que traduziram a experiência que as pessoas vivenciaram no grupo, determinando o seu comportamento, sua forma de sentir e pensar que influenciaram a organização e a construção do grupo. Este estudo oferece subsídios para uma reflexão quanto às técnicas de grupo, com finalidade educativa, utilizadas pelos profissionais de saúde no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, considerando a técnica operativa de grupo proposta por Pichon-Riviére. Também aponta para a necessidade de construção de espaços de discussão e operacionalização de grupos operativos destinados à capacitação de enfermeiros, seja em instituições de ensino quanto de serviço.

Palavras-chave: Grupo, diabetes mellitus, atenção básica de saúde.

ABSTRACT

ALMEIDA, Shirley Pereira. ***Group Living: an experiment with diabetic patients.*** 2006. 159f. Dissertation (Master's in Nursing) – Universidade Federal de Minas Gerais – School of Nursing. Belo Horizonte, 2006.

This study searches for comprehension of meanings of living through a group considering the experience of people with diabetes mellitus. Is an ethnographic study with 13 diabetic persons that participated in collective group activities specialized for people living with this disease. Subjects were found at a public center health located in the central/southern area of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Enrique Pichon-Riviére's proposed techniques for operative groups (1998) were the guiding theories of this work. Field work was done through participation/observation and ethnographic interviews as seen in Leininger's work (1998). Olesen's (1991) proposed model for observation registries was also employed. Analysis of the data was guided by the Analysis of Content theory proposed by Bardin (1977) and information gathered was organized into 5 (five) thematic groups: Meaning of group for diabetic persons; Process of group for diabetic persons; The coordinator as an active participant in group processes; The group as a space for learning and transformation; The group as a means to control the disease. Further data analysis brought out conceptions and meanings that helped to reveal the experiences that subjects dealt with in the group, determining their behavior and their feelings and thoughts that shaped the organization and construction of the group. The study offers a unique opportunity to reflect not only on Pichon-Riviére's group techniques incorporated by the health center staff as an educational tool, but also highlights the need for the creation of discussion groups and operative groups in the hopes of extending nursing education, whether in educational institutions or work environments.

Key Words: group, diabetes mellitus, basic health attention

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 Concepções acerca de grupo e grupo operativo	22
2.2 Os grupos operativos com pessoas diabéticas.....	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1 A coleta de dados.....	42
3.1.1 Observação participante.....	43
3.1.2 A entrevista etnográfica.....	45
3.2 Trabalho de campo.....	46
3.2.1 Descrevendo o cenário.....	48
3.2.2 Análise documental.....	52
3.3 Tratamento e análise dos dados.....	52
3.3.1 Apresentação dos núcleos temáticos.....	54
3.4 As questões éticas.....	54
4 O GRUPO E SUA HISTÓRIA.....	57
4.1 A história do grupo.....	57
4.2 Característica do grupo.....	60
4.3 Apresentando o grupo.....	61
4.4 As reuniões do grupo.....	75

5 A VIVÊNCIA NO GRUPO PARA A PESSOA DIABÉTICA.....	96
5.1 Significado de grupo para a pessoa diabética.....	96
5.2 O processo de grupo para a pessoa diabética.....	101
5.3 O coordenador como co-pensador do processo grupal.....	116
5.4 O grupo como espaço de aprendizagem e transformação.....	119
5.5 O grupo como meio de controle da doença.....	129
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXOS.....	152



INTRODUÇÃO

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”
(Anatole France).

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização desta atenção no Sistema Único de Saúde, dada a importância desses agravos como fatores de risco para as doenças cardiovasculares. No ano de 2000, as doenças cardiovasculares, principalmente, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE), foram responsáveis por 27% (255.555) do total de óbitos e 15,2% das internações (BRASIL, 2001).

O diabetes mellitus, em razão de sua crescente prevalência, vem aumentando sua importância como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. No Brasil, dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes mellitus demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo recente, realizado em Ribeirão Preto (SP) demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população. Diante destes dados, vê-se que esta doença é de grande importância epidemiológica, de alto custo social, tendo em vista seu caráter crônico, incapacitante e produtor de seqüelas para o resto da vida (BRASIL, 2001).

Através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a

reorganização da rede de saúde, visando à melhoria da atenção aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, com objetivo de reduzir a morbimortalidade.

Alguns dos objetivos específicos deste plano incluíam, entre outros, ações de prevenção primária para a redução e controle de fatores de risco em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 e NOAS 01/2001; identificação e cadastramento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como sua vinculação às equipes de atenção básica, em 100 % dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 e NOAS 01/2001; implantação do protocolo de assistência ao portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial, nas unidades básicas de saúde (UBS); articulação das iniciativas existentes no campo da promoção e da educação em saúde para contribuir com a adoção de estilos de vida saudáveis pela população (BRASIL, 2001).

Estudos demonstraram que o diabetes mellitus tipo 2 pode ser prevenido ao se promoverem mudanças no estilo de vida de indivíduos em risco. Há também estudos que mostram a redução das complicações crônicas mediante o controle metabólico da doença. No entanto, apesar de todo esse conhecimento científico disponível; a cronicidade dessas doenças, suas complicações e seu impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira tornam-se um desafio para o sistema público de saúde (BRASIL, 2001).

Na determinação da ocorrência destes agravos, além dos fatores físicos e socioeconômicos, são considerados igualmente importantes os estilos de vida, que podem ser modificados mediante ações preventivas, como detecção precoce, controle oportuno e ações educativas (BRASIL, 2001).

No contexto atual da assistência à saúde no Brasil, observa-se que tanto os gestores quanto os profissionais de saúde têm percebido a necessidade de desenvolver ações educativas voltadas para a pessoa portadora de diabetes, considerando toda a complexidade desta doença, por seu caráter crônico e degenerativo, complicações, forma de tratamento, impacto social e familiar.

A implantação do Programa de Saúde da Família em 2002, em Belo Horizonte, surgiu como uma proposta de reorganização da atenção à saúde, na rede básica, pautada por determinados princípios e diretrizes. A reorganização do processo de trabalho deve seguir princípios mínimos e diretrizes assistenciais, quais sejam: acesso universal, estabelecimento de vínculo, autonomização do usuário, atuação em equipe, assistência integral e resolutiva, equidade, participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e de acolhimento (BELO HORIZONTE, 2002).

Com a implantação do Programa, surgiu a necessidade de reorganizar a demanda e o trabalho da equipe. Conforme documento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte sobre a promoção da saúde e organização dos serviços, o estabelecimento de vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade pode ser facilitado com a criação de espaços de escuta e de participação (BELO HORIZONTE, 2002).

O documento sugeriu várias estratégias a serem utilizadas na reorganização do serviço, as quais poderiam ser modificadas ou substituídas, de acordo com a criatividade e contexto das equipes. Algumas destas estratégias se referem à estruturação de grupos operativos para acolher uma demanda espontânea, cujo atendimento seria efetivado em grande parte por ações programadas.

Vale ressaltar que, na implantação do Programa de Saúde da Família, a prática educativa através de grupos é elemento essencial e uma das atribuições básicas das equipes de saúde, tendo por objetivo a recuperação da auto-estima das pessoas, a troca de experiências, o apoio mútuo e a melhoria do autocuidado, além de funcionar como mecanismo orientador da demanda, com melhoria do acesso para o usuário, e de incorporar o trabalho de equipe (BELO HORIZONTE, 2001; 2002).

Assim, atividades educativas em grupos, direcionadas a determinada clientela, como portadores de doenças crônicas, de hanseníase, de obesidade, gestantes, adolescentes e outros, têm sido desenvolvidas já há alguns anos, nas UBS em Belo Horizonte, como estratégia de prevenção e promoção de saúde, o que é corroborado por Mello Filho (1986) quando afirma que “é uma das direções revolucionárias de nossa prática em saúde a possibilidade de atender em grupos doentes portadores de doenças crônicas”.

Rabelo e Padilha (1998) esclarecem que os programas de ações educativas em saúde têm como propósito informar, esclarecer e orientar, objetivando o seguimento da terapêutica. Para as pessoas diabéticas, esses programas visam a abordar questões sobre dieta; conhecimento e detecção de sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia; preparo, controle e administração de insulina; higiene e cuidado corporal; manejo de complicações.

De acordo com Pereira e Lima (2002), a utilização da tecnologia de grupo operativo, com desenvolvimento de atividade educativa, é um importante instrumento de ação do enfermeiro para o enfrentamento de doença crônica degenerativa de grande prevalência, como o diabetes mellitus, permitindo educar o usuário da UBS participante de grupo operativo, para o autocuidado, favorecendo

uma maior adesão ao tratamento e aumentando o vínculo deste com a unidade de saúde, através da integração entre os participantes do grupo e a união de interesses e motivações.

Neste sentido, a proposta de grupo operativo é promover um processo de aprendizagem, o que pressupõe a necessidade de os integrantes realizarem uma tarefa em comum. No caso do usuário participante de grupo e portador de diabetes, a tarefa do grupo é aprender a viver com a doença, desenvolver em seus participantes a autonomia, o autocuidado, melhorando, assim, a adesão ao tratamento (ZANETTI, 1990; PEREIRA; LIMA, 2002; TORRES *et al*, 2003).

Durante minha vida profissional em uma UBS, tenho desenvolvido ações de cuidado voltadas para pessoas diabéticas, seja através de consultas individuais, seja através de atividades coletivas, como é o caso dos grupos. No acompanhamento dessa clientela, observei que esses usuários conviviam com limitações impostas pela doença, com dificuldades no manejo e adesão ao tratamento. Fui compreendendo a necessidade e a importância de desenvolver atividades educativas que pudessem estimular no paciente o autocuidado, levando-o a uma maior autonomia no manejo da doença.

No Centro de Saúde em que trabalhei a atividade de grupo operativo era precedida da verificação de glicemia capilar, medição do peso e pressão arterial, sendo avaliadas e identificadas as alterações, definidas algumas condutas, seguidas de orientações ao paciente e agendamento de consultas individuais com o médico generalista ou clínico, com o enfermeiro, o nutricionista e o fisioterapeuta.

Após esse primeiro momento, as pessoas se dirigiam a um espaço próprio para a realização de atividades, como dinâmicas, técnicas de relaxamento e orientações quanto aos aspectos fisiopatológicos da doença, suas complicações e

forma de manejo desta, contando com a participação de uma equipe multiprofissional.

As reuniões dos grupos eram normalmente planejadas pela enfermeira e pela assistente social, em concordância com outros profissionais. Para a maioria das reuniões, a estratégia de abordagem era centrada em palestras, desenvolvendo-se conteúdos temáticos básicos sobre a doença, de modo a estimular a reflexão sobre a necessidade de mudanças no estilo de vida, de forma a promover uma melhor qualidade de vida.

Ao término da atividade do grupo, os participantes ou se dirigiam à farmácia para receber a medicação prescrita ou, conforme a necessidade, eram encaminhados para consulta médica.

Mesmo percebendo a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais envolvidos na coordenação dos grupos, com o objetivo de maior aproveitamento do valor terapêutico deste espaço, ainda assim, eu acreditava no grupo como meio de promover mudanças no modo como estas pessoas compreendem o processo de adoecimento e se responsabilizam por sua saúde.

Vale ressaltar que havia uma diversidade de conhecimentos e habilidades dos integrantes do grupo no manejo da doença. Algumas pessoas sabiam descrever os sinais e sintomas das alterações provocadas pelo diabetes mellitus, suas causas, formas de tratamento e cuidados; mas outras não. Algumas demonstravam maior cuidado no manejo da doença; outras não.

Entretanto, percebi que apenas o conhecimento em si em relação à saúde e a doença não era suficiente para motivar a adesão ao tratamento ou resultar em autonomia, constatação esta corroborada por Zanetti (1990) ao afirmar que as mudanças de atitude e valores não ocorrem pelo simples ensino dos fatos a respeito

da doença. Portanto, apesar de as pessoas participarem de atividades educativas, com orientações sobre a manutenção da terapêutica, objetivando manter a glicemia em níveis normais, isto não resulta em maior adesão ao autocuidado.

É importante, também, compreender que o comportamento da pessoa pode determinar estilos de vida e que estes estão intimamente relacionados ao aparecimento e complicação do diabetes. Ressalto ainda que o autocuidado do portador de diabetes mellitus envolve uma série de atitudes cotidianas e freqüentes que são muito importantes no controle e tratamento da doença, quais sejam: bons hábitos alimentares, prática de atividades físicas, cuidado com os pés, uso correto da medicação. Tais atitudes estão profundamente vinculadas a seu estilo de vida, que é bastante diferenciado do cotidiano da maioria das pessoas não portadoras de diabetes mellitus.

Um aspecto que chama muito a atenção é o fato de a participação nas reuniões do grupo estar vinculada ao recebimento de medicamentos e acesso às consultas com médicos ou outros profissionais, constituindo-se em razão motivadora para a participação das pessoas no grupo. Neste aspecto, Carneiro Silva *et al* (2003) alertam para o fato de que a criação de uma obrigatoriedade em participar do grupo, ao se condicionar esta participação ao recebimento de algum benefício, pode, ainda assim, acabar constituindo fator de desinteresse, se a pessoa não compreender o valor do trabalho realizado no grupo ou não estiver suficientemente motivada.

Com tudo isso, no entanto, percebi que grande parte dessas pessoas mostravam-se disponíveis para participar dos grupos, mesmo que algumas delas não questionassem, nem participassem ativamente. Pude ainda constatar a existência de um grande vínculo entre os participantes e destes com os profissionais da unidade de saúde.

No convívio com essas pessoas, foi possível perceber que o espaço do grupo era um lugar muito mais abrangente do que apenas um espaço onde eram desenvolvidas ações educativas.

A partir destas observações, surgem outros aspectos a serem considerados, como, por exemplo, as referências que os participantes dos grupos construíram a respeito da doença, a forma como eles a percebiam, que significados davam à experiência de ser diabético, a maneira como reorganizaram suas vidas para enfrentar a doença.

Assim, embora o objetivo do grupo fosse inicialmente o desenvolvimento de ações educativas, percebi que algo mais existia, algo que foi construído ao longo de anos de convívio. Diante disso, algumas inquietações emergiram, impulsionando a um questionamento sobre que comportamentos, atitudes, valores e crenças surgiram a partir deste convívio. Que relações foram construídas? Que significados foram compartilhados? Que significado tem o grupo para estas pessoas?

Buscando respostas para essas inquietações, surgiu o interesse em desenvolver este estudo com pessoas diabéticas participantes de grupos, procurando compreender a experiência no grupo para estas pessoas. Para tanto, optei por delinear este estudo apoiada na seguinte questão norteadora: Qual o significado da vivência no grupo para as pessoas diabéticas?

O presente estudo busca, portanto, compreender o significado da vivência no grupo para a pessoa diabética, significado este que, de acordo com Gualda e Bergamasco (2004), tem como referência o mundo constituído da experiência humana, formulado e apreendido através de formas simbólicas e da compreensão das palavras e expressões. Portanto, associar o significado à linguagem implica reconhecer o seu caráter social, que, para Afonso (2002), é dado pelo encontro de

subjetividades em um contexto, não pertencendo aos indivíduos isoladamente, pois é construído na interação.

Estas interações são determinadas, em parte, por um contexto social definido e estruturado, podendo ser este o espaço do grupo que é caracterizado por permitir uma conjugação de trocas sociais, simbólicas e afetivas que abrange relação e comunicação, possibilitando a sensibilização, a vivência e a revivência de situações.

1.1 OBJETIVO

Compreender o significado da vivência no grupo para as pessoas diabéticas.



REFERENCIAL TEÓRICO

“Hoje, sabemos e desconhecemos muitas coisas. Uma alegria conjunta nos visita, bem cedo, bem vinda, anunciando o rumo cardeal de nossos passos. Arco íris leste ou tempestade oeste, não importa, a estrela guia, em nossos corações, clareia” (Rita Espechit).

2.1 Concepções acerca de grupo e grupo operativo

O ser humano, por natureza, tem uma atitude gregária, ou seja, tendência a viver em grupo para trabalhar, estudar, divertir-se, estabelecendo uniões duráveis, adotando os modos de pensar, sentir, agir e reagir do grupo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p.119).

Desde o nascimento, o homem torna-se membro de um grupo, em função de sua dependência para crescer e desenvolver-se até atingir a maturidade, tendo sua estrutura hereditária pouca utilidade sem o auxílio de um adulto. Assim, ser membro de um grupo deixará impressões que irão se refletir por toda a vida (GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Desta forma, devido à sua natureza, viver em grupos e ser reconhecido neles é condição básica do desenvolvimento do ser humano, e é neste espaço do grupo que o ser humano reafirma sua identidade, como pessoa responsável pelos próprios atos e onde aprende a ver o mundo em que vive (GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Ferreira (1999, p.1013), conceituando grupo, afirma que este pode ser compreendido como um "conjunto de objetos que se vêem de uma vez, reunião de coisas que formam um todo ou reunião de pessoas unidas para um fim comum".

No presente trabalho, no entanto, busquei usar a palavra grupo em um sentido específico, que é o da experiência de grupo planejada e intensiva. Neste sentido, de acordo com Rogers (1978), o grupo é a invenção social do século que mais rapidamente tem se difundido, podendo receber várias denominações de acordo com suas finalidades, podendo funcionar em inúmeras situações e ser realizado por instituições diversas.

Existem várias formas e modalidades diferentes de realizar grupos, algumas delas são os T-groups (grupo de treinamento), grupos de encontro (ROGERS, 1978), grupos centrados na tarefa (PICHON-RIVIÉRE, 1998; BION, 1991), psicodrama (MORENO, 1993), grupos de percepção corporal, grupos de criatividade, grupos de desenvolvimento organizacional, grupos de formação, grupos de equipe, grupos gestálticos, dentre outros.

Certas características são comuns a quase todas essas modalidades de grupo. Por exemplo, quanto à composição, geralmente são constituídos por de oito a dezoito membros. Além disso, são relativamente não-estruturados e escolhem os próprios objetivos e direções. A responsabilidade do coordenador nestes grupos é a de facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos por parte dos membros. Tais grupos se caracterizam também por concentrar-se no processo e na dinâmica das interações pessoais entre coordenador e membros do grupo, bem como entre estes últimos (ROGERS, 1978).

A idéia de trabalhar com um tipo de educação, que é o treino das capacidades em relações humanas, foi desenvolvida por Kurt Lewin, psicólogo do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, em 1947, que propôs os T-groups, ou grupo de treinamento, onde os indivíduos eram ensinados a observar a natureza das

suas interações recíprocas e do processo de grupo (ROGERS, 1978; PORTARRIEU; OKLANDER, 1986; MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Porém, percebe-se uma mudança qualitativa na concepção e desenvolvimento destes grupos com a introdução de parâmetros psicanalíticos no referencial teórico e na interpretação dos processos grupais feita pelo psicanalista argentino Enrique Pichon-Riviére, em 1957, quando propôs os grupos operativos (PORTARRIEU; OKLANDER, 1986).

Segundo Pichon-Riviére (1998, p.234), grupo operativo é “um conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita ou implícita a realizar uma tarefa, que constitui sua finalidade”.

Entretanto, ao se trabalhar com o conceito de grupo proposto por Pichon-Riviére (1998), um aspecto que merece ser explorado é o das representações internas que temos de grupo e que, segundo Kães (1986) são afetadas por organizações culturais e pelas crises de nossa modernidade, que geram múltiplas desordens, afetando nossas relações de vinculação e nossas identificações.

Neste contexto, Berstein (1986, p.132) afirma que “através da noção de vínculo, aborda-se a relação entre a estrutura social e a configuração do mundo interno do sujeito. O sujeito é um ser de necessidade que somente se satisfaz socialmente através de relações que o determinam”.

A partir da interação continuada e dos processos de comunicação e aprendizagem, os integrantes do grupo vão estabelecendo vínculos, em que cada um vai internalizando os demais, ou seja, ocorre a passagem do “eu” para o “nós”, a partir de um processo de horizontalidade. Isto ocorre na medida em que o grupo desenvolve a mútua representação interna, na qual cada integrante, ao ser

internalizado pelos outros, passa a tomar parte do grupo interno, e cada um sabe que pode contar com os demais (BERSTEIN, 1986).

Desta forma, a técnica de grupo operativo, fundamentada na Psicologia Social de Enrique Pichon-Riviére, constitui um instrumento de intervenção grupal, sustentado na concepção de sujeito, que é social e historicamente produzido. Neste caso, grupo é considerado a unidade básica de interação entre os sujeitos, em constante dialética com o ambiente em que vivem, ou seja, constroem o mundo e nele se constroem, com a interrelação entre os sujeitos valorizando a experiência da aprendizagem (PICHON-RIVIÉRE, 1998; GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

A aprendizagem ocorre a partir da leitura crítica da realidade, de uma constante investigação, em que a resposta alcançada possibilita o iniciar de novas perguntas, em que a capacidade de compreensão e de ação transformadora de uma realidade envolve mudanças nas pessoas integradas entre si e no contexto no qual as mesmas estão inseridas (PICHON-RIVIÉRE, 1998).

Neste caso, não só o resultado é importante, como também o processo que possibilitou a mudança dos sujeitos. Desta forma, o grupo operativo não está centrado nas pessoas individualmente, nem no grupo, mas no processo de inserção dos sujeitos no grupo, na noção de vínculo e na tarefa que estes se propõem a realizar em conjunto, buscando alcançar os objetivos comuns (PORTARRIEU; OKLANDER, 1986; MINICUCCI, 1997; GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Segundo Pichon-Riviére (1998), tarefa pode significar a operatividade do grupo, os *insights* ou saltos qualitativos que os integrantes dão juntos; um instrumento de trabalho e um recurso de aprendizagem ou apropriação ativa da realidade; a mobilização de estruturas estereotipadas ou dificuldades que surgem na comunicação e na aprendizagem, em decorrência de ansiedades que impedem a

mudança (dinâmica implícita) e o motivo da constituição do grupo (dinâmica explícita).

Um aspecto que merece atenção na realização da tarefa é o seu motivo implícito, que resulta da elaboração de ansiedades que impedem a mudança. Estas ansiedades podem surgir em todo o processo de apropriação ativa da realidade, como o temor da perda do equilíbrio conquistado e o medo da situação nova para a qual ainda não se está instrumentalizado, ou quando emergem os primeiros indícios de mudança (PICHON-RIVIÉRE, 1998; GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Portanto, a técnica de grupos operativos, proposta por Pichon-Riviére (1998), caracteriza-se por estar centrada, de forma explícita, em uma tarefa, que pode ser a aprendizagem. A esta tarefa subjaz outra, implícita, que aponta para a ruptura, através do esclarecimento das pautas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação, significando um obstáculo frente a toda e qualquer situação de progresso ou mudança.

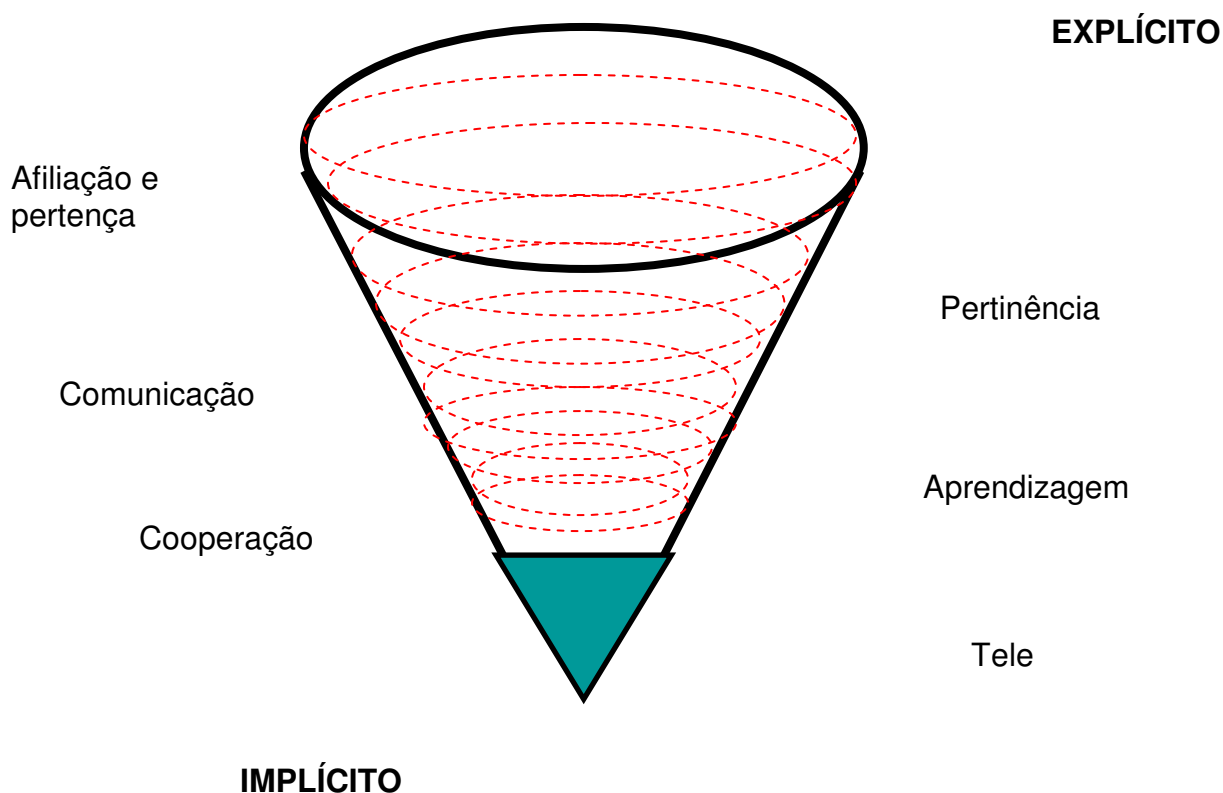
Ao se trabalhar com grupos, é importante que, desde o início, seja acordado o contrato grupal que compreende o compromisso firmado entre os seus integrantes de estarem presentes às reuniões em um local, data e horários definidos, bem como seja garantida a liberdade de expressão a todos do grupo. Outro aspecto fundamental é a questão ética, ou seja, é preciso que a regra do sigilo seja esclarecida e acordada entre os seus integrantes (AFONSO, 2002).

Para Pichon-Riviére (1998), é possível captar no campo grupal, no *aqui-agora-comigo* e na tarefa do grupo, um conjunto de experiências, afetos e conhecimentos com os quais os integrantes do grupo pensam e atuam, em nível tanto individual quanto grupal. O acontecer do grupo está centrado no fenômeno

universal da interação, de onde surge o reconhecimento de si e do outro, em um diálogo e intercâmbio permanente, que segue uma trajetória em espiral.

Destarte, o campo de grupo operativo está povoado por papéis prescritos ou estabelecidos, que Pichon-Riviére (1998) define em termos de *pertença, afiliação, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele*. No decorrer do processo de grupo, algumas pessoas irão assumir estes papéis correspondentes, de acordo com suas características pessoais.

Pichon-Riviére (1998) propôs uma representação gráfica, para melhor elucidar o processo grupal, denominado de cone invertido (Figura 1). Neste cone, é possível observar uma **base**, onde se localizam os conteúdos emergentes ou “explícitos”; um **vértice**, em que se localizam as situações básicas ou universais “implícitas” (medos básicos: perda e ataque, medo e resistência à mudança; sentimento de insegurança; processo de aprendizagem e comunicação; e fantasias básicas: doença, tratamento e cura); e uma **espiral dialética**, representando o movimento dialético de indagação e esclarecimento, que vai do “explícito ao implícito”, com objetivo de desvelar o conteúdo implícito no campo grupal (PICHON-RIVIÉRE, 1998, p. 67).

**Figura 1**

Fonte: PICHON-RIVIÉRE, 1998, p.67.

Neste acontecer grupal, Pichon-Riviére (1998) constatou, de forma sistemática e reiterada, a presença destes papéis, observando-os como fenômenos grupais que permitiram construir uma escala de avaliação básica através de modelos de conduta grupal. Esta escala é o ponto de referência para a interpretação do processo grupal. Nela, os papéis assumidos são utilizados por Pichon-Riviére (1998) como indicadores da análise do processo grupal, como descritos a seguir:

- Afiliação ou identificação: É um dos primeiros momentos básicos que ocorre em toda história de grupo. Neste instante, as pessoas deixam de ser um agrupamento para constituir um grupo, construindo uma rede de vínculos, unidas em prol de um mesmo objetivo. Entretanto, elas ainda guardam entre si uma determinada distância, sem incluir-se totalmente no grupo. Esse

primeiro momento de afiliação, próprio da história de todo grupo, converte-se mais tarde em pertença.

- **Pertença:** É um grau mais profundo de identificação, quando ocorre uma maior integração do grupo, permitindo aos membros elaborar a tarefa. Assim, a partir das interações das pessoas, vínculos são estabelecidos, e cada integrante passa a fazer parte do grupo interno do outro, cada um conta com o outro. Ocorre então a passagem do “eu” para o “nós”, ou seja, no decorrer do processo grupal, a afiliação converte-se em pertença. A afiliação e a pertença são os princípios básicos para o desenvolvimento dos outros processos no grupo. É neste vetor, pertença, que é possível a planificação.
- **Cooperação:** Consiste na contribuição, ainda que silenciosa, para a tarefa grupal. Estabelece-se sobre a base de papéis diferenciados, em um interjogo de papéis onde ocorre a verticalidade e a horizontalidade. A verticalidade acontece quando as pessoas apontam aspectos de sua personalidade, de sua história pessoal no âmbito do grupo. A horizontalidade é o acontecer grupal, onde se pode perceber a relação entre os seus membros e a sua dinâmica interna composta por suas verticalidades, em um espaço e tempo comuns, tornando-se o denominador comum que os unifica. Neste interjogo, em que acontecem mecanismos de assunção e adjudicação de papéis, há que se destacar três papéis principais, por sua importância no processo grupal, que são o porta-voz, o bode expiatório e o líder, lembrando que estes papéis não são fixos, mas funcionais e rotativos. O papel de porta-voz, considerado pilar de toda a teoria de grupo, é aquele que denuncia o acontecer grupal, as fantasias, as ansiedades e necessidades de todos do

grupo. O porta-voz não fala apenas por si, mas por todos, e os problemas que enuncia são formulados tendo por referência a sua própria história pessoal, sua verticalidade. O fato de enunciá-los durante o acontecer grupal é que indica a horizontalidade. O bode expiatório é o depositário dos aspectos negativos do grupo ou da tarefa. Por outro lado, o depositário dos aspectos positivos do grupo configura-se como o líder.

- **Pertinência:** É definida como sendo a capacidade do grupo de centrar-se na tarefa, implícita e explícita, e no seu esclarecimento. A qualidade da pertinência é avaliada de acordo com o montante da pré-tarefa (ansiedades e resistências à mudança trabalhadas), da criatividade e produtividade do grupo e suas aberturas para um projeto.
- **Comunicação:** É a que ocorre entre os membros do grupo, podendo ser verbal ou pré-verbal (através de gestos). No processo de comunicação, as mensagens serão decodificadas a partir das relações entre os esquemas referenciais do emissor e do receptor, ou seja, tendo por base o conjunto das experiências, conhecimentos, atitudes e afetos com os quais pensamos, agimos e atuamos. Este é um importante indicador da situação grupal, sendo possível, através dele, a construção de um esquema conceitual referencial operativo (ECRO) grupal que possibilitará a realização da tarefa. A partir deste indicador, há um intercâmbio de significados, e as pessoas se influenciam. Há várias formas de ocorrência de comunicação: de um para todos, sendo aqui caracterizado o papel do líder; de todos para um, quando surge o bode expiatório; entre todos, em que a comunicação acontece de forma fluida e distribuída; entre dois, com o aparecimento de subgrupos;

entre vários simultaneamente, com presença de fala paralelas, situação de confusão, caracterizando o monólogo paralelo. Neste indicador, são considerados o conteúdo da mensagem e o como e quem desta mensagem (metacomunicação). Quando os dois elementos entram em contradição, configura-se um mal-entendido dentro do grupo.

- **Aprendizagem:** É um dos indicadores de fundamental importância no processo grupal. A partir do processo interacional, estabelece-se uma situação de aprendizagem, que permite aos integrantes apropriarem-se da realidade, mutuamente, e aprenderem a pensar em uma co-participação do objeto de conhecimento, ou seja, compartilhando os pensamentos e conhecimentos que cada um tem, compreendendo estes como produções sociais. A aprendizagem é obtida pelo somatório de informações dos integrantes do grupo, cumprindo-se, em dado momento, a lei da dialética de transformação de quantidade em qualidade, ou seja, produzindo uma mudança qualitativa no grupo, que se traduz em termos de resolução de ansiedades, adaptação ativa à realidade, criatividade, projetos. A adaptação ativa à realidade e a aprendizagem estão indissolúvelmente ligadas.
- **Tele:** Este indicador pertence ao âmbito do implícito e está presente em todo o processo de comunicação e aprendizagem. Refere-se à disposição que os membros do grupo têm de atuar em conjunto, a qual pode ser positiva ou negativa em relação a algum membro, coordenador ou tarefa. Ele deriva da sensação subjetiva que se tem do outro, apesar de não se conhecê-lo. Esta sensação pode ser desencadeada pelo tom de voz, cor da pele ou alguma característica do sujeito que nos remete a um outro tempo da nossa história,

que se atualiza no *aqui-agora*, em decorrência de uma falsa conexão com os vínculos atuais, ou seja, a partir de processos transferenciais e com atribuições de papéis. Para Pichon-Riviére (1998), todo encontro é um reencontro e, a partir do processo transferencial, que pode ser positivo ou negativo, irá se configurar o clima presente entre os membros do grupo e na disposição destes para com a tarefa.

A técnica operativa de grupo, sejam quais forem os objetivos nele propostos (diagnóstico, curativo, institucional, aprendizagem), tem como finalidade que seus integrantes aprendam a pensar em uma co-participação do objeto de conhecimento, entendendo-se que pensamento e conhecimento não são fatos individuais, mas produções sociais (PICHON-RIVIÉRE, 1998).

2.2 Os grupos operativos com pessoas diabéticas

A concepção de grupo operativo foi desenvolvida por Pichon-Riviére (1998), consistindo em uma técnica de trabalho coletivo cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem direcionado a um grupo específico, que se propõe a realizar uma tarefa a qual se constitui em sua finalidade.

Assim, os grupos operativos tornaram-se uma estratégia apropriada para a abordagem de pessoas com doenças crônicas, uma vez que possibilitam a interação de seus membros no aprendizado do manejo da doença (SOARES, 1996). Este é o caso dos grupos que são organizados com frequência para atender a pessoas diabéticas.

Por meio do grupo é possível estabelecer uma comunicação entre os participantes, promover a aprendizagem e a resolução de determinada tarefa (BERSTEIN, 1986).

Zimerman (1997) vem também afirmar que grupos operativos possuem várias ramificações, e dentre essas se encontram os grupos terapêuticos, sendo os grupos de auto-ajuda ou mútua ajuda a forma mais utilizada. Desses grupos participam pessoas que têm algo em comum, ou seja, compartilham de um mesmo problema ou necessidade, como, por exemplo, ser portador de diabetes.

Carneiro Silva *et al* (2003, p. 18) destacam que “a utilização de grupo operativo como estratégia de assistência, em saúde coletiva, tem-se constituído em uma alternativa para o desenvolvimento de atividades educativas”, sendo amplamente empregada nos programas de doenças crônicas (diabetes e hipertensão), de grupos de risco (DST e AIDS) e grupos de gestantes e crianças.

Nas atividades educativas direcionadas a pessoa portadora de diabetes mellitus, realizadas individualmente e em grupo, devem-se considerar, além dos aspectos informativos, educativos, orientadores (quanto ao conhecimento da doença, sinais e sintomas) e terapêuticos (tratamento com o objetivo de controle glicêmico e redução das complicações), os aspectos culturais, crenças e valores dos indivíduos e as motivações para mudança comportamental e de estilo de vida frente ao cuidado com a saúde (ZANETTI, 1990; BAPTISTA; VALLE, 1992; SOARES, 1996; BARBUJ; COCCO, 1999; TORRES *et al*, 2003; PEREIRA, 2006).

Outro aspecto que deve ser considerado, em se tratando de grupos operativos, é que esta técnica pressupõe a participação de um sujeito social, ativo que, ao interagir com a realidade, é estimulado a reconstruir processos, que permitem ter uma apreensão ativa da mesma, conforme mostra Pichon-Rivière

(1998), e assumir, assim, a responsabilidade perante a doença, contribuindo para a adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida.

Este aspecto é reforçado por Carneiro Silva *et al* (2003, p.23) ao afirmarem que “grupo operativo é um recurso que possibilita mudanças no modo como o ser humano compreende e se responsabiliza por sua saúde, melhora sua qualidade de vida e amplia a efetividade das relações entre os usuários e a instituição”.

Pereira e Lima (2002, p. 152) destacam que, a partir da utilização de grupo operativo de diabéticos, “a tarefa do grupo consistia em educar o usuário visando ao autocuidado, buscar a sua adesão ao tratamento da doença e aumentar o seu vínculo com o serviço de saúde”. Além disso, observa-se a participação ativa dos sujeitos, que expõem suas opiniões, questionam, expressam emoções, em que prevalecem sentimentos de simpatia, de pertença, de serem parte integrante de um grupo. Também é possível identificar a aprendizagem que o grupo realiza em relação à tarefa observada através da mudança de atitudes que ocorrem.

Ademais, em se tratando de pessoas diabéticas, é bastante pertinente saber sobre o ambiente físico e social, sobre a influência da cultura na compreensão da doença e das atitudes para com ela, uma vez que as atitudes pessoais frente ao tratamento e manejo da doença estão fundamentalmente relacionadas ao estilo de vida, que é, por sua vez, determinado por fatores sócio-culturais e características pessoais (GUALDA & BERGAMASCO, 2004).

Alves e Minayo (1994) enfocam a necessidade de compreender o processo de saúde e doença enquanto fenômeno sócio-cultural, pois, para os autores, este fenômeno decorre do fato de que “*a doença é uma realidade construída e a pessoa doente um personagem social*”.

Isso é corroborado por Oliveira (2002), que afirma que “*a doença é um fenômeno social superando os limites do biológico do corpo*” e, enquanto tal, é influenciada pelo contexto cultural em que ocorre. E mais: as concepções a respeito de saúde e doença variam de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade determinando a forma pela qual o indivíduo se percebe doente, o modo como ele relata a evolução de sua doença e como entende o diagnóstico e tratamento.

Para compreender o processo de saúde e doença é necessário que os comportamentos individuais ou de grupos, as interações e a estrutura social sejam observados em um contexto cultural que, segundo Helman (1994), abrange um sistema de idéias compartilhadas, conceitos, regras e significados expressos no modo como o ser humano vive. Neste contexto, estão incluídos os conhecimentos, as crenças, as artes, a moral, as leis, os costumes e hábitos adquiridos pelo ser humano em uma dada sociedade.

Leininger (2001) considera as dimensões da estrutura social, quais sejam, os fatores tecnológicos, filosóficos e religiosos, sociais, valores culturais e costumes, os fatores políticos, econômicos e educacionais, presentes no contexto do ambiente, como parte da cultura, afirmando que esta influencia a visão de mundo e cuidado, seja de pessoas individualmente, seja de famílias, grupos, comunidades e instituições.

A condição de doença é aprendida, paulatinamente, a partir do encontro com os profissionais de saúde, da discussão com pessoas portadoras da mesma condição, através da literatura popular e da própria experiência. Assim, as pessoas vão aprendendo a visualizar a doença através da perspectiva dos outros e através

de sua própria história ao compartilhar a experiência do adoecer (GUALDA E BERGAMASCO, 2004).

De acordo com Helman (1994), o relato das histórias permite que as pessoas possam dar significado à experiência em si, situando-a no contexto histórico da vida, bem como, relacioná-la a questões mais abrangentes da sociedade e da cultura em que vivem.

Em se tratando de portadores de doenças crônicas, são necessários esforços cognitivos e comportamentais para o enfrentamento da doença. Isto requer a utilização de estratégias, busca de informações, recursos para aquisição de habilidades que possam auxiliá-las no processo de adaptação e manejo da doença, ou seja, será exigida uma mudança de hábitos e estilo de vida.

Leininger (2001) afirma que as ações e decisões de cuidado são influenciadas pela interação entre as pessoas, grupos e instituições de forma a preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado.

Freitas e Mendes (2004) consideram estas ações e decisões de cuidado como um sistema de cuidado em saúde constituído pela interação de três setores: profissional, tradicional e popular, cada um transmitindo as suas crenças e normas de conduta específicas. Para Collière (1999), o cuidar está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas, inserido na vida cotidiana das pessoas.

Assim, é inegável a influência da cultura sobre muitos aspectos da vida das pessoas, bem como sobre suas crenças, comportamentos, percepções, hábitos alimentares e, principalmente, sobre as atitudes em relação à saúde e à doença e às formas de cuidado.



PERCURSO METODOLÓGICO

“È bom ter um objetivo para a jornada à frente, mas, no fim, o que importa é a jornada” (Ùrsula K. Le Guin).

Diante das múltiplas metodologias e práticas de pesquisa, a abordagem qualitativa foi a escolhida por representar a possibilidade de compreender o mundo real das pessoas, suas subjetividades, experiências e significados a partir das informações dadas por elas. Encontrei, também, nos pressupostos que orientam a pesquisa qualitativa, sintonia com minha forma de pensar e minha visão de mundo. O meu despertar no campo das pesquisas qualitativas surgiu ao ingressar no mestrado.

Para compreender o fenômeno em estudo, qual seja, o significado da vivência no grupo para pessoas diabéticas, optei pela abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2001, p. 21), “responde a questões muito particulares, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço muito mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”.

Esta abordagem me permitiu investigar o objeto em estudo em seu contexto natural a partir do trabalho de campo realizado, inicialmente, através da aproximação com o grupo, seguida da coleta de dados, na qual foram utilizadas a observação participante, a entrevista etnográfica e a análise documental. Concomitantemente, procedi ao tratamento e análise dos dados, de onde emergiram os núcleos temáticos.

A opção pela abordagem qualitativa fundamenta-se em alguns pressupostos descritos por Bogdan e Biklen (1994), dentre os quais destaca-se, primeiramente, o foco de atenção do pesquisador no significado que as pessoas dão às coisas e às suas vidas, buscando capturar a maneira como os informantes encaram as questões focalizadas.

Em segundo lugar, o pesquisador deve se preocupar mais com o processo do que com o produto, ou seja, procurar estudar como determinado problema se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas.

Em terceiro lugar, relativamente à coleta de dados, o pesquisador tem como fonte direta de dados o ambiente natural e tem a si mesmo como principal instrumento de coleta. Os dados coletados são predominantemente descritivos, ou seja, ricos em descrições de pessoas, situações e acontecimentos.

A abordagem qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, e busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, aprofundando-se no mundo dos significados destas relações e das ações humanas, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Esta abordagem procura trabalhar com a vivência, com a experiência, com o cotidiano e com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetiva (MINAYO, 2001).

Leininger (1998) considera a pesquisa qualitativa tanto método quanto técnica de observação, análise e interpretação de atributos, padrões, características e significados do fenômeno em estudo, permitindo uma nova perspectiva na descoberta de realidades e verdades extremamente cobertas, sutis e subjetivas da

saúde dos indivíduos, tanto em instituições de saúde quanto em ambientes comunitários.

Assim, dentre as abordagens qualitativas, optei pela etnografia como caminho metodológico para a realização deste estudo, fundamentando-me em seu sentido próprio que, segundo Leininger (1998), é um processo sistematizado de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura, possibilitando ao pesquisador compreender o modo de viver do grupo estudado, dentro de seu ambiente natural.

De acordo com Geertz (1978, p.15), "etnografia é muito mais do que uma questão de métodos; é uma prática que estabelece relações, seleciona informantes, transcreve textos, levanta genealogias, mapeia campos, mantém um diário, e assim por diante". Porém, não são as técnicas e os processos que a definem e sim o tipo de esforço intelectual que ela representa, ou seja, uma descrição densa de determinado contexto cultural (GEERTZ, 1978).

Tendo demonstrado, ao longo da minha trajetória profissional, interesse pela compreensão que o usuário, como sujeito ativo do processo grupal, tem a respeito do significado de grupo, sua procura pelos meios de intervenção, qual seja, a atividade coletiva de grupo e as crenças e valores embutidos no espaço desta relação, para mim o estudo etnográfico tornou-se a opção que permitiu esta compreensão.

Esta opção metodológica tem por objetivo conhecer o ponto de vista do outro (LUDKE; ANDRÉ, 1986). No presente estudo, o enfoque foi dado na perspectiva da pessoa diabética.

Segundo Kleinman *et al* (1978), a experiência da doença é determinada pela cultura, que vem influenciar a maneira como percebemos e buscamos superá-

la. Neste sentido, Oliveira (2002, p.66) vem afirmar que nós “aprendemos a ficar doentes”, de acordo com o nosso meio social, pois este influencia “a forma como sentimos as doenças, expressamos os sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição”.

As concepções das pessoas a respeito do que seja estar doente são de uma experiência que ultrapassa o próprio aspecto biológico e que serve de substrato para uma construção cultural. As formas como as pessoas e sua rede social compreendem os sintomas e vivenciam a doença revelam-se nos comportamentos que estas assumem, bem como, nos significados que atribuem à doença. Desta forma, diante da situação de doença, a pessoa desenvolve mecanismos ou busca dar respostas, que envolvem tanto aspectos individuais quanto sociais e culturais à experiência de estar doente (OLIVIEIRA, 2002).

Para Oliveira (2002), tanto as crenças quanto os padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte do sistema de atenção à saúde e são, em grande parte, derivados de regras culturais. Desta forma, torna-se necessário definir o que seja cultura. Geertz (1978, p.15) defende a idéia de cultura “como sendo uma teia de significados”, um contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma inteligível, com densidade.

Para Leininger (2001, p.47) cultura é definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam seu pensamento, suas decisões e ações de maneira padronizada”.

Desta forma, considerando o grupo estudado, onde ações educativas de saúde são desenvolvidas regularmente, um olhar mais aproximado fez-se

necessário, principalmente, em se tratando de pacientes portadores de diabetes mellitus cujos estilos de vida e comportamentos se constituem de crenças e valores, ou seja, aspectos culturais que interferem no processo saúde-doença.

Portanto, a proposta deste estudo teve como referência os pressupostos da etnografia, que preconiza serem as ações humanas carregadas de significados sociais, que não podem ser entendidos fora de um contexto cultural (GEERTZ, 1978).

3. 1 A coleta de dados

A coleta de dados em etnografia pressupõe a convivência do pesquisador com o grupo em estudo, por um determinado período de tempo, no ambiente cultural do grupo, com a finalidade de ampliar a escuta do mesmo, a observação e a participação em seu mundo.

De acordo com Spradley (1979), o pesquisador é o principal instrumento para a coleta de dados, e este deve aprender a selecionar os dados que possam responder às suas questões e encontrar a melhor forma de acesso a estes.

Cada pesquisador etnográfico deverá, portanto, buscar ou criar o seu próprio caminho, ao longo do qual percorrerá os vários passos da metodologia, objetivando alcançar a compreensão da cultura em estudo.

Os métodos fundamentais para a coleta de dados na etnografia são a entrevista e a observação participante, embora se considere o uso concomitante de outras técnicas, como a análise documental (GUALDA *et al*, 1995).

Neste estudo, utilizei a observação participante e a entrevista etnográfica preconizadas por Leininger (1998), com a elaboração concomitante de notas de

campo e notas pessoais, entendidas como estratégias apropriadas e pertinentes para a coleta de dados.

O registro das observações das reuniões do grupo foi realizado em um diário de campo logo após o término de cada uma das reuniões, em um local distante sem a presença dos participantes. O modelo utilizado para estas anotações foi o proposto por Olesen (1991), assim sistematizado:

- Notas de observação (NO): Descrição imediata da situação observada;
- Notas teóricas (NT): Reflexões pessoais a respeito da situação observada, considerando o referencial teórico;
- Notas metodológicas (NM): Reflexões pessoais a respeito da situação observada, considerando o referencial metodológico; e
- Notas pessoais (NP): Referentes aos meus sentimentos perante a situação observada.

3.1.1 Observação participante

Leininger (1998) considera a observação participante como o principal método para estudar pessoas em seus ambientes naturais, dividindo-a em quatro fases, como se segue:

Primeira fase – Observação:

Momento inicial de entrada no campo, em que o pesquisador realiza as principais tarefas desta fase, ou seja, observa e escuta tudo a sua volta. Nesta fase, o pesquisador também é observado pelo informante. É possível ao pesquisador ter uma visão geral do contexto, sendo importante que os aspectos observados sejam registrados antes da interação com os informantes.

Segunda fase – Observação com alguma participação:

O pesquisador continua a observar, porém, alguma participação já ocorre, com o pesquisador passando a interagir com as pessoas e a observar suas reações. Neste momento, os focos de observação são os informantes no contexto cultural.

Terceira fase – Participação com alguma observação:

Consiste no momento em que há uma maior participação do pesquisador junto aos informantes, tornando-se aquele um participante ativo das atividades. Neste momento, torna-se difícil realizar observações detalhadas, porém, o envolvimento permite ao pesquisador apreender os sentimentos e as experiências vividas pelos informantes, no seu cotidiano, estabelecendo vínculos e relação de confiança. Nesta fase, podem ser realizadas as entrevistas, tendo por foco o fenômeno de estudo em seu contexto cultural.

Quarta fase – Observação reflexiva:

Momento em que o pesquisador recapitula as situações e os acontecimentos, avaliando todo o processo e as informações encontradas. O pesquisador faz uma reflexão sobre as vivências junto aos informantes, considerando a complexidade e a interrelação dos resultados na análise das etapas anteriores, sintetizando os encontros em um todo, de forma seqüencial e específica, obtendo uma visão exata e elaborando um relatório apropriado.

De acordo com Leininger (1998), o caminho a ser percorrido parte da observação para a participação e a reflexão, ou seja, a observação conduz à reflexão, sendo um processo muito interessante, pois possibilita o desenvolvimento da relação de confiança entre o pesquisador e o informante.

3.1.2 A entrevista etnográfica

A outra técnica para coleta de dados utilizada no estudo foi a entrevista etnográfica, segundo a proposta de Leininger (1998), pois permite a descoberta de significados culturais do grupo.

O pesquisador considera, assim, duas perspectivas: a *emic*, que é a forma pela qual os membros da cultura percebem o seu mundo; e a *etic*, que são as explicações e interpretações das experiências daquela cultura, no momento em que analisa os dados encontrados, para entender por que os membros de um grupo mantêm um determinado comportamento (ROSA *et al*, 2003).

Leininger (1998, p. 55) propõe a entrevista individual semi-estruturada, pois esta privilegia o significado do fenômeno a ser investigado a partir da vivência dos informantes. Assim, a fala dos informantes deve ser livre, sem interrupções, “permitindo ao pesquisador interpretar, demonstrar, esclarecer, verificar ou confirmar os dados”.

Rosa *et al* (2003, p. 19), utilizando-se do referencial de Leininger para pesquisa etnográfica, esclarece que a entrevista etnográfica possibilita aos informantes expressarem seus sentimentos e percepções, relatando suas histórias em estilo próprio, permitindo que as situações de interesse que surgirem possam ser exploradas e discutidas, com o objetivo de compreender os significados conhecidos pelos informantes. Outro aspecto considerado por Rosa *et al* (2003) é a possibilidade de retomar e aprofundar as discussões que surgem no período das observações, recomendando-se, entretanto, que o pesquisador faça uma leitura prévia do relatório das observações sobre o informante, antes de entrevistá-lo.

3.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo constituiu-se das seguintes etapas: aproximação com os grupos, coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise documental. A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2005. O campo de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Regional Centro-Sul do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Antes da entrada no campo, foi feito contato inicial, via telefone, com a Gerente da UBS, para apresentação da proposta e obtenção de sua concordância. Em um segundo momento, foi agendada uma visita ao campo para a apresentação do projeto e assinatura do termo de consentimento pela gerente da UBS (ANEXO II). Foi realizado o mesmo procedimento junto à Gerência do Distrito Centro-Sul, para obtenção de autorização (ANEXO III).

Os informantes foram aqueles que participavam de grupos de diabéticos há pelo menos três anos, período de implantação da Estratégia de Saúde da Família no Município, sendo muitos deles participantes do grupo anterior à implantação dessa estratégia. Todos os integrantes dos grupos foram convidados a participar da pesquisa durante as reuniões em que estive presente com a finalidade de conhecer o campo. Após esses primeiros contatos, procurei informar a todos sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa, bem como sobre a garantia de anonimato do informante e sigilo quanto às informações fornecidas. Aceitaram fazer parte do estudo 13 integrantes dos grupos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família verde e azul, sendo dez mulheres e três homens com idade entre 40 a 82 anos, moradores das áreas adscritas às duas equipes.

As reuniões dos grupos aconteciam uma vez por mês e, durante estas, foram realizadas as observações, que foram, logo em seguida, anotadas em um diário de campo, com registro e descrição detalhados das impressões, notas de campo e notas pessoais. Ao iniciar a reunião, o coordenador do grupo pedia que eu me apresentasse para as pessoas, esclarecendo a minha presença naquele espaço e o objetivo de eu estar ali. Ao término da reunião, reforcei o convite às pessoas, que se dispuseram a participar do estudo.

O local de realização da entrevista foi definido em conjunto com a Gerente da UBS, de modo a garantir um ambiente reservado, confortável, agradável, neutro, não-constrangedor, que assegurou a privacidade do informante, apesar da dificuldade encontrada quanto à infra-estrutura, pois a UBS comporta duas Equipes de Saúde da Família (ESF), além da equipe de apoio, o que gerava falta de espaço para todos os profissionais.

Assim sendo, os horários disponíveis para utilização das salas eram bastante escassos. Portanto, para melhor organização de todos, as entrevistas foram agendadas previamente, durante as reuniões dos grupos, em horários e datas acordadas com os informantes. Entretanto, devido ao não-comparecimento de alguns informantes, foi necessário agendar novas datas e horários, o que prejudicou, em parte, o bom andamento da pesquisa e o cronograma estabelecido.

Antes de iniciar as entrevistas, foram anotados os seguintes dados a respeito do informante extraídos de prontuários e do livro de relatório dos grupos: nome completo, nº. do prontuário na UBS, ESF a que pertence, data de nascimento, idade, diagnóstico, tempo de diagnóstico, tratamento, complicações decorrentes do diabetes, tempo de participação no grupo, crença religiosa, endereço completo e telefone.

Para fins deste estudo, antes de iniciar a entrevista, comuniquei aos informantes quais eram os objetivos e finalidades do mesmo, os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I). Em seguida, orientei-os sobre a necessidade de usarem nomes fictícios, para preservação do anonimato, diante do que os informantes escolheram para si nomes de flores.

Além disso, solicitei dos mesmos autorização para que as entrevistas fossem gravadas em fita cassete, sendo estas, posteriormente, transcritas, na íntegra, com o objetivo de preservar a fidedignidade e confiabilidade do conteúdo. A validação das entrevistas foi realizada com a apresentação de uma cópia de sua transcrição aos informantes do estudo, juntamente com um documento explicativo (ANEXO VI).

Para iniciar a entrevista, foi realizada a seguinte pergunta descritiva, considerada como questão norteadora da entrevista:

“Fale pra mim o que significa esse grupo para você?”

3.2.1 Descrevendo o cenário

Apesar de trabalhar em uma das UBS da Prefeitura de Belo Horizonte que desenvolve grupo de diabéticos, optei por realizar o estudo em outra unidade, com o propósito de atender à orientação metodológica da etnografia. A abordagem etnográfica enfatiza a necessidade de estranhamento do pesquisador ao entrar no campo, com o objetivo de apreender aquilo que está implícito nos comportamentos, atitudes, valores e crenças de determinado grupo cultural.

Porém, desde o início houve certa inquietação da minha parte, tendo em vista a minha experiência com grupos de diabéticos. A preocupação em me deparar com situações familiares ao meu cotidiano de trabalho me fez questionar: Como seria possível o distanciamento necessário desta realidade?

Buscando refletir a respeito desta questão, encontrei em Rosa *et al* (2003) informações que me tranqüilizaram, pois, segundo a autora, o pesquisador que já possui algum conhecimento sobre a cultura do grupo torna-se melhor ouvinte e observador do que aquele que não tem nenhum conhecimento. O desenvolvimento de uma atitude de humildade por parte do pesquisador e sua capacidade de estar aberto para aprender com as pessoas possibilitarão a ele captar informações preciosas que, de outra forma, poderiam se perder. Isso me exigiu disciplinar o olhar para que eu pudesse compreender o que estava acontecendo com o grupo estudado.

Optei ainda por realizar o presente estudo na referida UBS, porque, além da receptividade demonstrada pela Gerente à proposta da pesquisa, a unidade já desenvolve atividades de grupo de diabéticos há pelo menos dez anos.

A infra-estrutura da UBS é constituída, a partir de sua entrada, por um jardim na frente; à esquerda, um espaço com bancos disponíveis para os usuários aguardarem a marcação de consulta. O acesso ao interior da unidade é possível a partir de duas entradas localizadas em frente ao jardim. No espaço interno, estão localizados sala de recepção e arquivo de prontuários, acolhimento, copa, almoxarifado, sala de enfermagem, farmácia, sala de curativo, consultório de pediatria, consultório de clínica médica, consultório de ginecologia, consultório odontológico, sala de vacina, sala da assistente social, dois banheiros para usuários, um banheiro de funcionários. Existe uma área anexa localizada na parte externa da

unidade que é acessada seguindo pelo jardim à direita. Nesta área, estão localizados a sala de apoio e da gerência, dois banheiros e uma área coberta por um telhado de amianto, porém, aberta nas laterais, ou seja, sem paredes, onde são realizadas as atividades de grupo e reuniões de equipes. Seguindo por esta área anexa, vemos os fundos do centro de saúde, onde existem algumas plantas ornamentais, goiabeira e pés de capim cidreira plantados.

A área física desta UBS é destinada às atividades das ESF e equipe de apoio. Estão lotadas nesta UBS três ESF, cada uma composta por um médico generalista, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Além disso, existe uma equipe de saúde bucal e uma equipe de apoio constituída por uma enfermeira, uma assistente social, um médico pediatra, um ginecologista e três auxiliares de enfermagem. Fazem parte também do corpo de funcionários da unidade a gerente, um agente administrativo, uma funcionária de serviços gerais e um porteiro.

A equipe de apoio tem por finalidade ser a referência para uma ou mais ESF, realizando o atendimento de casos encaminhados pelas equipes que estejam além da capacidade clínica delas. Além disso, a equipe de apoio tem a função de realizar a educação continuada dos profissionais generalistas, por meio da discussão de casos, realização de interconsultas, promoção de seminários, construção de fluxos e protocolos de encaminhamentos (BELO HORIZONTE, 2002).

Cabe ressaltar que a UBS em que foi realizado este estudo localizava-se, anteriormente, em uma vila. Porém, em 1999, em virtude da ocorrência de vários casos de violência, esta unidade precisou mudar de local, sendo transferida para uma rua de um dos bairros próximo à vila, situada em área de baixo risco.

Em 2002, com a implantação do Programa BH Cidadania, o espaço anteriormente utilizado pela UBS na vila foi reativado, após muitas discussões entre gestores locais, distritais e do nível central. Neste local, foi implantado um Núcleo de Apoio à Família (NAF), que é um centro de assistência social, juntamente com o Programa BH Cidadania. Este programa, implantado em áreas piloto situadas em nove regiões administrativas de Belo Horizonte, foi estruturado a partir dos princípios de descentralização, intersetorialidade, territorialidade e participação popular, sendo coordenado pela Secretaria Municipal de Coordenação Social (SCOMPS), com participação de sete secretarias a ela subordinadas, quais sejam: Secretaria Municipal de Abastecimento, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Cultura, Secretaria Municipal de Direitos de Cidadania, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Esportes e Secretaria Municipal de Saúde. Estas áreas pilotos do Programa BH Cidadania foram escolhidas para iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2002).

A UBS em questão, local deste estudo, constitui-se, portanto, do espaço original do projeto piloto, localizado na citada vila, que hoje abriga, além do NAF, uma das Equipes de Saúde da Família da UBS. No total, estão lotadas na UBS três ESF, identificadas como equipe azul, equipe verde e equipe amarela (esta última funcionando no anexo da vila).

Participaram deste estudo os grupos de diabéticos desenvolvidos pelas equipes azul e verde, que funcionam na UBS onde são desenvolvidas as reuniões.

3.2.2 Análise documental

A análise documental foi realizada com o objetivo de caracterizar o grupo alvo deste estudo. Os documentos utilizados para essa análise foram os prontuários dos integrantes do grupo de diabéticos arquivados na recepção da UBS, de onde se extraíram informações a respeito do tempo de diagnóstico, tratamento, registro de complicações em virtude do diabetes. Outra fonte de informação foi o livro de registro das reuniões do grupo, onde foram coletados dados sobre tempo de inserção no grupo, assiduidade às reuniões, registro das atividades desenvolvidas.

3.3 Tratamento e análise dos dados

A análise de dados foi realizada com base no referencial de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), a partir do detalhamento proposto por Rodrigues e Leopardi (1999).

Segundo Bardin (1977), o método permite o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências. O autor define o método como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que objetiva, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não. Estes indicadores permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Minayo (2001) destaca duas funções na aplicação deste método, quais sejam: verificar hipóteses e/ou questões e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Neste sentido, as duas funções podem ser aplicadas em pesquisa quantitativas e qualitativas, respectivamente.

Bardin (1977) descreve as seguintes fases para a realização da análise de conteúdo:

1ª Fase - Pré-análise: Fase de leitura flutuante, com ênfase na exaustividade (abrangência dos elementos explícita e implicitamente contidos no texto), pertinência (adequação do texto aos objetivos da análise), representatividade (tamanho e abrangência da amostra) e homogeneidade (abordagem do mesmo tema).

2ª Fase - Exploração do material. Compreende quatro etapas: 1. decomposição do texto, conforme critério semântico; 2. demarcação de redes isotópicas e categorias de base; 3. reagrupamento semântico; e 4. categorias temáticas.

3ª Fase - Inferência e interpretação dos resultados

A primeira fase, ou pré-análise, compreendeu a fase de leitura flutuante com o objetivo de sistematizar as idéias e direcionar o desenvolvimento das próximas etapas.

Na fase seguinte, de exploração dos dados, realizei a decomposição do texto, sob a forma de agrupamento de expressões com o mesmo sentido, ou seja, por isotopias, resultando em um inventário de categorias de base, com posterior reagrupamento semântico, que desvelou cinco núcleos temáticos.

Nessa última fase, procedi à inferência e interpretação dos dados com o intuito de estabelecer relação entre os significados emergentes e o objetivo do estudo.

3.3.1 Apresentação dos núcleos temáticos

Após a leitura e releitura exaustivas dos depoimentos, foi feita a análise, que seguiu um processo indutivo, possibilitando que categorias e temas emergissem dos dados das entrevistas e observações realizadas. A partir de um sistema de codificação e categorização dos dados, identifiquei cinco núcleos temáticos, a saber:

- o significado de grupo para a pessoa diabética;
- o processo de grupo para a pessoa diabética;
- o coordenador como co-pensador no processo grupal;
- o grupo como espaço de aprendizagem e transformação;
- o grupo como meio de controle da doença.

3.4 As questões éticas

Antes de iniciar o trabalho de campo, o projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme Parecer nº. ETIC 022/05 (ANEXO IV), e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conforme Protocolo nº. 0092005 (ANEXO V).

Atendendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 196/96, de 10 de Outubro de 1996, todos os participantes do estudo foram devidamente informados pelo pesquisador quanto ao objetivo e finalidade do mesmo. (BRASIL, 2000).

Os informantes participaram voluntariamente da pesquisa, tendo assinado em conjunto um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I), em que

autorizavam também a utilização científica dos resultados. Foi garantido o anonimato dos informantes em todas as etapas do estudo, com a utilização de nomes fictícios escolhidos por eles mesmos. Os participantes do estudo também receberam esclarecimentos quanto ao direito de se recusarem a participar da pesquisa, a qualquer tempo, se assim o desejassem. O termo de consentimento foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo informante e uma arquivada pela pesquisadora.



O GRUPO E SUA HISTÓRIA

“Foi sempre necessário muito mais imaginação para apreender a realidade do que para ignorá-la” (J. Giradoux).

4.1 A história do grupo

A compreensão do comportamento de um grupo e de suas vivências remete necessariamente ao conhecimento da sua natureza e da sua história. Assim, para compreender a vivência do diabético no grupo em estudo, busquei, por meio de depoimentos dos entrevistados e das informações prestadas pelos coordenadores, descrever um pouco desta história.

Trata-se de um grupo que existe há mais de dez anos na mesma comunidade, com aproximadamente 80 integrantes, que foi constituído com o objetivo de orientar as pessoas diabéticas quanto ao manejo do tratamento da doença.

Os entrevistados mostraram dois momentos distintos na história do grupo. Em um primeiro momento, o grupo funcionou nas dependências antigas da Unidade Básica de Saúde, localizada na vila onde funciona o que hoje é denominado Anexo. Este grande grupo foi desativado quando o Centro de Saúde teve de mudar de sede, em decorrência de violência praticada por marginais contra a equipe de saúde. A comunidade ficou pesarosa com a mudança, mas apoiaram e entenderam a necessidade.

Em um segundo momento, o grupo foi reorganizado tendo como referência a implantação da Estratégia de Saúde da Família, vindo a se reorganizar,

a partir de então, em três grupos de acordo com a área adscrita a cada uma das ESF. Desta forma, as pessoas diabéticas que integravam o grupo anterior foram redistribuídas nestes três novos grupos, cada um sob a responsabilidade de uma equipe. Como a delimitação é feita por setor censitário, as pessoas de um mesmo grupo convivem muito próximas, em uma mesma comunidade.

Com o reagrupamento destas pessoas, o grupo antigo e anterior à mudança da sede do centro de saúde e da implantação do PSF passou a ser identificado como “o grupo lá de cima”. Os entrevistados contaram que “o grupo lá de cima” era um grupo grande, falaram das pessoas do grupo que saíram por motivos diversos, como óbito, mudança de endereço ou por estarem participando do grupo de outra ESF. Comentaram sobre o contato que têm na comunidade, na vizinhança e a relação entre si nestes espaços.

A reorganização dos grupos, realizada pelas ESF, possibilitou, para algumas pessoas, a continuidade do convívio em um mesmo grupo. Para outras pessoas, entretanto, isto não foi possível, pelo menos no espaço do grupo de diabéticos.

Como a UBS mantinha outras modalidades de grupo, como, por exemplo, o grupo da terceira idade, observou-se uma sobreposição, na medida em que as pessoas diabéticas também integravam estes outros grupos do serviço. Por isso, em alguns depoimentos, os entrevistados fizeram referência às atividades realizadas no grupo da terceira idade, como parte das atividades do grupo de diabéticos.

A partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família e com a reorganização dos grupos, a inserção das pessoas passou a se dar por meio de convite feito pelas Equipes de Saúde da Família, com o concurso dos agentes comunitários de saúde, que têm um papel fundamental na busca ativa de casos

identificados, sensibilizando e motivando as pessoas a participarem de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas.

Assim, aquelas pessoas identificadas como diabéticas eram convidadas a participar do grupo, por meio de convite entregue nos domicílios pelos agentes comunitários, que sempre os lembravam da data e horário da próxima reunião do grupo.

As atividades do grupo eram organizadas e planejadas pela assistente social, que compõe a equipe de apoio, pela enfermeira e pelo médico generalista das equipes. Na maioria das vezes, as atividades foram coordenadas pela assistente social e, poucas vezes, pela enfermeira ou médico das equipes.

No presente estudo, acompanhei as reuniões dos grupos de diabéticos, pertencentes às equipes verde e azul, que eram realizadas uma vez por mês, sendo as reuniões da equipe azul às quintas-feiras e as da equipe verde às segundas-feiras, no horário da manhã, com duração de duas horas cada. Acompanhei as reuniões dos grupos durante o período de fevereiro a outubro de 2005, de acordo com a programação das equipes verde e azul (ANEXO VII).

Foi interessante observar que duas pessoas, apesar de não serem diabéticas, participam desses grupos de diabéticos há muitos anos, uma delas acompanhando um familiar que é diabético e a outra por ter apresentado episódios freqüentes de hipoglicemia e, portanto, manifestado o desejo de participar do grupo. Esta última, muito embora tenha sido orientada sobre não ser necessário participar do grupo, insistiu em integrá-lo, motivada pelas discussões sobre os cuidados com alimentação realizadas neste espaço. O motivo de participação da primeira pessoa mencionada foi a necessidade de acompanhar a irmã diabética que apresenta limitações.

4.2 Características do grupo

A proposta de trabalhar com grupos de pessoas com necessidades especiais, como o diabetes, surgiu por iniciativa de profissionais de saúde de abordar esta doença a partir de atividades educativas em grupo, buscando atender a uma clientela que precisa aprender a conviver com a doença.

Por se tratar de um grupo constituído há mais de dez anos, só foi possível observar o processo inicial de construção do mesmo, através dos depoimentos dos entrevistados e das informações prestadas pelos coordenadores. Foi possível observar também que já existia nos grupos uma identificação - afiliação, e sentimento de pertença, que são aspectos presentes em todo processo grupal.

O trabalho com grupos comporta duas dimensões ou potencialidades: uma terapêutica, na medida em que se favorecem os *insights* e a elaboração de questões subjetivas, interpessoais e sociais; e outra pedagógica, na medida em que se desencadeia um processo de aprendizagem partindo de reflexões sobre a experiência e elaboração do conhecimento sobre si mesmo no mundo e com o mundo (AFONSO, 2002).

Nos grupos estudados, foi possível identificar a presença destas duas dimensões, sendo o aspecto pedagógico desenvolvido ao se articularem as informações trazidas pelo coordenador com as experiências relatadas pelos membros quanto ao tema em discussão. O aspecto terapêutico foi dado pela existência de uma abertura no grupo para falar de sentimentos, ansiedades,

temores, do que as pessoas pensavam a respeito de determinada questão e a forma como agiam com relação a ela.

Os grupos têm características diversas, podendo ser abertos ou fechados quanto permitir ou não, respectivamente, a admissão de novos membros e a saída de outros ao longo do processo. Podem ser homogêneos ou heterogêneos, de acordo com as características dos integrantes, ou seja, se eles compartilham de um mesmo objetivo ou problema ou não, respectivamente. Estas características são definidas pelo coordenador ao propor um trabalho com grupos de acordo com a pertinência e objetivos do mesmo e de acordo com a metodologia e modelo de interpretação a ser utilizado (AFONSO, 2003).

Neste estudo, os grupos de diabéticos observados apresentaram-se homogêneos quanto a seus integrantes e objetivos. Entretanto, certa heterogeneidade acontecia quando novos membros se integravam ao grupo. Trata-se de um grupo aberto, em que se aceita a entrada de novos membros e a saída de outros ao longo do processo. Essas saídas aconteciam em função de as pessoas mudarem de área de abrangência ou por óbito, situações estas muito sentidas pelos que ficavam.

4.3 Apresentando o grupo

No presente estudo, foram contatados 13 pessoas diabéticas, moradores da área adscrita às ESF, que participavam do grupo há pelo menos três anos. Das pessoas contatadas, nove eram integrantes do grupo da ESF verde e quatro eram da ESF azul.

O quadro 1 a seguir apresenta algumas características de cada informante deste estudo, identificados por nomes fictícios, escolhidos por eles mesmos. A seguir, é feito um breve histórico sobre cada um dos informantes, descrevendo um pouco do que foi apreendido da vida pessoal de cada um deles, a partir de suas narrativas, das minhas observações e da análise documental.

QUADRO 1 – Informações a respeito dos entrevistados

	INFORMANTE	SEXO	IDADE (em anos)	TEMPO DE DIAGNÓSTICO	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO
01	Rosa	Fem.	82	2 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
02	Margarida	Fem.	62	2 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
03	Jasmim	Fem.	45	3 anos	2 anos e 8 meses
04	Violeta	Fem.	40	5 anos	2 anos e 8 meses
05	Acácia	Fem.	52	3 anos	2 anos e 8 meses
06	Beijo	Fem.	66	27 anos	2 anos e 8 meses
07	Cravo	Masc.	62	22 anos	3 anos
08	Lírio	Fem.	69	9 anos	3 anos
09	Hortênci	Fem.	76	26 anos	3 anos
10	Copo de Leite	Fem.	54	24 anos	2 anos e 9 meses
11	Orquídea	Fem.	68	3 anos	2 anos e 9 meses
12	Flor do Campo	Masc.	71	3 anos	13 anos
13	Flor de Ipê	Masc.	68	10 anos	3 anos

Fonte: Dados retirados das entrevistas e dos prontuários da UBS/ 2005.

Rosa (E1)

Esta informante do sexo feminino tem 82 anos, viúva há três anos, teve 15 filhos, sendo oito falecidos e sete vivos. Ela tem 42 netos, 26 bisnetos e dois tataranetos. Uma das filhas é funcionária da UBS, local do estudo. Atualmente, mora com uma neta, que é auxiliar de enfermagem. Porém, todos os filhos moram muito próximos a ela. Ela trabalhava em uma fábrica de botões, mas aposentou-se há mais de 10 anos. Informou sobre sua história familiar de diabetes, dizendo que não lembra do pai ou mãe terem sido diabéticos, porém, comentou que tem duas filhas que são diabéticas, tendo sido diagnosticadas antes dela. É diabética há três anos e, desde o início do diagnóstico de sua doença, participa das reuniões do grupo. É

também portadora de hipertensão arterial, doença reumática e artrose no joelho. Apesar de ter filhos diabéticos, seu conhecimento a respeito da doença era muito precário. Por isso, o diagnóstico de diabetes a deixou apavorada diante do que poderia acontecer, preocupada quanto a se havia tratamento ou não. Informou ter tido um derrame há alguns anos, porém, sem seqüelas. Relata ter sido submetida a cirurgia no joelho direito há um ano, para colocação de prótese, necessitando de apoio de bengala para deambular. Informou que está programada uma próxima cirurgia do joelho esquerdo para colocação de prótese e, por este motivo, terá de se ausentar das reuniões do grupo. A respeito do tratamento, diz que faz dieta para diabético e uso de Daonil, Clorana e Nifedipina. Em sua fala, ficava evidente a religiosidade perante o controle da doença, pois Rosa dava graças por conseguir estar com a glicose sob controle. A entrevista de Rosa aconteceu logo depois da reunião do grupo de diabéticos. Apesar de ter sido nosso primeiro contato, ela demonstrou boa vontade e interesse em participar da pesquisa. Mostrou-se, durante a entrevista, muito comunicativa e bem à vontade. Contou que nasceu e cresceu na vila e, por esse motivo, conhece várias pessoas que participam do grupo de diabéticos que são seus vizinhos e outras que freqüentam a mesma igreja evangélica que ela. Durante as reuniões do grupo, Rosa falava pouco, mas participava do que era proposto. Observei que estava sempre atenta às discussões e, com gestos de cabeça, concordava com o que está sendo dito.

Margarida (E2)

Mora só com o marido; não se casou, apenas “ajuntou” [como ela mesma disse]. Tem 62 anos. É aposentada há sete anos, após 25 anos de trabalho em casa de família. Teve uma filha, que faleceu ainda criança, de gastroenterite. Demonstrou um profundo pesar por essa perda e por não ter conseguido mais engravidar. Mora

perto da irmã e dos sobrinhos; uma das sobrinhas trabalha na UBS, local deste estudo. Margarida foi diagnosticada há dois anos e oito meses como portadora de diabetes e, desde então, foi convidada a participar do grupo de diabéticos. Também é hipertensa e tem hipercolesterolemia. Já apresentou complicações devido à artrite reumática; mas nunca devido ao diabetes. Seu tratamento restringe-se à dieta específica para diabético e ao uso de medicamentos. Desde o primeiro contato, na reunião de grupo, percebi que Margarida é muito comunicativa e desenvolta. Durante a entrevista, mostrou-se descontraída e tranqüila, porém, no início, fez referências às atividades do grupo da terceira idade como sendo atividades do grupo de diabéticos. Nas reuniões do grupo, mostrou-se muito participativa, bastante assídua, chegava sempre antes do horário de início, sendo umas das primeiras a chegar. Sempre contribuía com as discussões, fazendo questionamentos pertinentes ao tema discutido e compartilhando as dúvidas no espaço do grupo.

Jasmim (E3)

É uma das informantes mais novas; tem apenas 45 anos de idade. É solteira, mora com o irmão e tem um filho adotivo, com 17 anos de idade. Possui 12 irmãos, todos vivos, mas os pais são falecidos. Informou que a mãe era diabética e que tem uma irmã também diabética que participa do grupo. Desde seu diagnóstico de diabetes, há três anos, foi convidada a participar do grupo e o faz efetivamente. Contou que o diagnóstico lhe trouxe preocupação e medo diante da possibilidade de vir a ter complicações, como cegueira e amputação de membros, a exemplo da história de outras pessoas diabéticas que apresentaram tais complicações. A inserção no grupo possibilitou-lhe o conhecimento sobre o cuidado com a doença e a possibilidade de se manter saudável, apesar do diabetes, o que lhe trouxe tranqüilidade. Ela foi aposentada por causa de tendinite e lesão por esforço

repetitivo (LER). É portadora de glaucoma, fibromialgia, artralgia e artrite reumatóide. Seu tratamento do diabetes consiste em dieta, uso de hipoglicemiante oral e prática de atividade física. Apesar de todos os problemas de saúde, demonstrou ser uma pessoa otimista e alegre. Quanto à crença religiosa, informou ser católica, crente em Deus, embora não freqüente a igreja. Nas reuniões do grupo, é uma das que mais participa das discussões, comentando e trazendo dúvidas a serem compartilhadas no espaço do grupo. Está sempre presente nas reuniões, chegando antes do horário de início. É muito comunicativa, alegre e respondeu com desenvoltura às perguntas durante a entrevista.

Violeta (E4)

Essa informante é também uma das mais novas, com apenas 40 anos de idade. Há cinco anos recebeu o diagnóstico de diabetes, em Ipatinga (MG), sua cidade natal. É solteira e mora em Belo Horizonte com a irmã e dois sobrinhos. Foi através desta irmã que ficou sabendo do grupo de diabéticos, do qual participa desde 2003. Trabalha como babá e só não comparece às reuniões do grupo quando viaja com a patroa. Tem 11 irmãos e foi criada por uma irmã mais velha que, atualmente, está com 70 anos de idade e mora em Ipatinga. Comentou que seus pais são falecidos. A mãe teve derrame e diabetes. É portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e obesidade. Contou não ser muito religiosa. É católica não-praticante. Seu tratamento consiste no uso de hipoglicemiante oral, dieta e atividade física regular. Durante a entrevista, mostrou-se muito receptiva, mas sucinta nas respostas. Nas reuniões do grupo, é assídua, chega sempre antes do horário de início, porém, mantém-se calada, pouco participativa, demonstrando certa timidez.

Acácia (E5)

Acácia já trabalhou de carteira assinada durante muito tempo; atualmente, trabalha como diarista. Fez curso de cabeleireira, costureira, manicure, mas não foi possível aperfeiçoar-se e não conseguiu emprego nestas áreas. Ela tem 52 anos, é casada há 26 anos, teve seis filhos, mas perdeu dois deles. Revelou com muita tristeza e lágrimas nos olhos que uma das filhas morreu, tragicamente, assassinada por traficantes. Comenta que este fato prejudicou muito a sua saúde. Seus outros filhos moram próximo e ela cria um dos netos desde quando este nasceu. É muito emotiva quando fala da morte dos filhos e dos problemas que tem com o neto que cria. Ela tem três irmãos, sendo dois homens e uma mulher, que moram no município de Contagem (MG). A mãe era hipertensa, teve derrame com seqüela; foi internada devido à ressecamento intestinal e morreu de infecção hospitalar há sete anos. Seu pai faleceu com 39 anos de idade, quando ela tinha apenas 10 anos. Não soube informar sobre história familiar de diabetes. Comentou que, há três anos, o médico da ESF diagnosticou seu diabetes e a convidou a participar do grupo; desde então, ela tem freqüentado as reuniões. Contou sobre o medo e receio de perder a visão ou ter algum membro amputado, pois conhece pessoas que tiveram estas complicações do diabetes. Relatou que, além de ser diabética, é hipertensa e portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Disse ser asmática desde os 15 anos de idade, após ter sido picada por uma cobra venenosa. Relatou que já apresentou “reações”, tendo tido parada cardíaca por quatro vezes. A primeira foi em 1974, quando estava internada no Hospital Sara Kubsticheck (BH-MG) devido a um derrame pleural e foi-lhe dado um remédio de uma paciente que era hipertensa, o que aparentemente fez com que sua pressão baixasse, com conseqüente parada cardíaca. A segunda vez foi em São Paulo. Ela estava grávida de sete meses, e a enfermeira aplicou-lhe uma injeção destinada a outra paciente, após o que ela teve

parada cardíaca. Segundo ela, tiveram de fazer o parto a fórceps e a criança ficou asmática. A terceira vez ocorreu no Hospital da Santa Casa (BH – MG), ao ser-lhe ministrada uma injeção de aminofilina, que, segundo ela, foi aplicada rápido demais. A quarta vez aconteceu no Hospital de Pronto Socorro João XXIII (BH – MG), quando lhe aplicaram injeção de Flebocortide para conter sua crise asmática. Seu tratamento atual consiste no uso de hipoglicemiante oral, anti-hipertensivos, dieta e atividade física. Contou que era católica, mas tornou-se evangélica. Nas reuniões do grupo, era sempre assídua, chegava antes do horário de início. Apesar de participar pouco das discussões, sempre que tinha alguma dúvida, ela a expressava para o grupo. Durante a entrevista, mostrou-se tranqüila ao responder às questões.

Beijo (E6)

É uma senhora de 66 anos, portadora de diabetes e com passado de alcoolismo. É solteira e mora sozinha. Disse que não tem família, não conheceu os pais, porém, informou ter tido 16 irmãos, mas não sabe do paradeiro deles. Nasceu em Braúnas (MG) e foi criada por uma senhora no município de Coronel Fabriciano (MG). Porém, saiu de casa aos 13 anos de idade. Comentou que trabalhou como doméstica desde os cinco anos de idade e que já foi “fichada” em restaurante, mas hoje está aposentada, descansando. Não soube informar sobre sua história familiar de diabetes. É diabética desde os 39 anos de idade e participa do grupo de diabéticos há três anos. Seu tratamento consiste de restrição dietética e uso de hipoglicemiante oral. Quanto à crença religiosa, informou que é evangélica. Nas reuniões do grupo, estava sempre presente, porém participava pouco, quase não falava nem fazia questionamentos. Ao ser convidada para a entrevista e informada sobre propósito da mesma, prontificou-se a realizá-la. Porém, mostrou-se um pouco

tímida e confusa quanto à questão levantada, sendo necessário alguns esclarecimentos.

Cravo (E7)

É um senhor de 62 anos de idade. Antes de se aposentar, trabalhava como pintor de paredes. No momento, trabalha em uma mercearia, como ajudante. Seu diagnóstico de diabetes foi feito durante um período em que esteve internado. É portador de diabetes desde os 39 anos de idade e de hipertensão arterial sistêmica. Seu tratamento consiste no uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiante oral, dieta e atividade física. Porém, atualmente, não está conseguindo fazer caminhadas devido a um problema no joelho. É casado, tem cinco filhos vivos. Teve relacionamentos com outras mulheres, mas não se casou com nenhuma delas. Do primeiro relacionamento teve um filho. Do segundo teve três filhos, dos quais apenas um está vivo. Mora, atualmente, com a esposa, três filhos, dois sobrinhos e uma cunhada. Tem três netos, dois dos quais do filho mais velho. Contou que os pais morreram por volta dos 88 anos. A mãe tinha problema cardíaco, e o pai, que sempre teve boa saúde, morreu “de velhice”. Tem sete irmãos, um mora em Vespasiano (MG), uma irmã mora em Contagem (MG) e os outros moram em Baldim (MG), sua cidade natal. Um dos irmãos era diabético, muito obeso e morreu assassinado. Nas reuniões, ele sempre vinha acompanhado por um filho, adolescente, que havia apresentado um resultado de glicemia capilar acima dos valores normais. Chegava, muitas vezes, ou em cima da hora ou quando a reunião do grupo já havia começado, mas mostrava-se bastante participativo, alegre, contribuindo com as discussões, levantando dúvidas e socializando as informações. Relatou a história do grupo desde o início, ou seja, desde quando este funcionava na vila, dizendo da importância que tinha, das pessoas que conheceu através dele e da relação de

amizade entre elas. Contou que costuma convidar outras pessoas da comunidade a participarem do grupo e que participa do grupo há três anos. Durante a entrevista, mostrou-se comunicativo e brincalhão, porém, objetivo nas respostas.

Lírio (E8)

É uma senhora de 69 anos de idade, casada com o Sr. A.H.C., de 72 anos. Ambos são diabéticos e freqüentam o mesmo grupo. Ela é diabética há nove anos e participa deste grupo há pelo menos três anos. Informou que participava do grupo anterior, quando este funcionava na vila. Relatou que a mãe era diabética. Lírio tem quatro filhos e 13 netos. Está aposentada há alguns anos e hoje só toma conta da casa. Contou sobre as pessoas que freqüentam o grupo, que também são seus vizinhos na vila. Sempre quando vem às reuniões do grupo, ela os convida para virem juntos. Foi convidada pela enfermeira da UBS a participar do grupo quando de seu diagnóstico de diabetes mellitus. Antes, participava do grupo apenas para acompanhar o marido. Porém, em uma das reuniões do grupo, ao ser feita a glicemia capilar, a enfermeira observou que a de Lírio se apresentou além do nível normal. Ela foi encaminhada para a consulta médica, sendo realizado o diagnóstico. O tratamento proposto foi hipoglicemiante oral, orientação dietética e atividades físicas regulares, como caminhadas. Como ela tinha conhecimento do tratamento, buscou mudar os hábitos alimentares, restringindo açúcares, e passou a fazer caminhada. Contou também que fez uso de chás, que prepara para si e para o marido. Afirmou que, com o uso dos chás, a glicose baixou muito e ela não precisou mais tomar medicamentos. Hoje a glicose mantém-se no nível normal, ela continua com a dieta, pois diz não estar em idade de abusar. Porém, não usa mais os chás. Apesar de estar “controlada”, continua participando das atividades do grupo para acompanhar o marido e pelo que representa o grupo para ela. Nas reuniões, ela se

mostrava muito participativa, brincando com as pessoas, discutindo e comentado sobre o tema proposto. Chegava sempre antes da hora marcada e logo estabelecia conversação com as outras pessoas presentes, demonstrando uma relação de amizade, carinho e intimidade. No dia da entrevista, chegou na hora marcada, falou com desenvoltura e, ao se referir ao marido, demonstrou que há um bom relacionamento entre eles. Contou sobre os cuidados que o marido requer quanto ao diabetes e também que ele muitas vezes ficava “confuso”.

Hortência (E9)

É diabética desde os 50 anos. Hoje está com 76 anos, é viúva, teve oito filhos, mas apenas quatro estão vivos. Mora sozinha, próximo a um dos filhos. Tem 12 netos e quatro bisnetos. Não soube informar sobre história familiar de diabetes, porém, tem uma filha que também é diabética. Sempre foi cuidadora do lar, por isso não tem aposentadoria, mas recebe pensão do marido falecido. É também hipertensa e seu tratamento consiste em restrição dietética, uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiante oral. Informou que uma vez apresentou um quadro de hipoglicemia, único episódio de complicação. Participa do grupo desde quando este funcionava na vila. Algumas de suas amigas são integrantes do grupo, como Azaléia, Lírio, Sra. O.R.C. e a Sra. Z.M.S. Ela sempre compareceu às reuniões do grupo com pontualidade, mas mostrava-se pouco participativa. Apesar de receptiva à entrevista, mostrou-se tímida e foi muito sucinta nas respostas.

Copo-de-Leite (E10)

Tem 54 anos, é desquitada, teve 10 filhos - quatro faleceram e seis estão vivos. Mora com um dos filhos, a nora e três netos. Uma de suas filhas é vizinha bem próxima, “parede com parede”. Trabalhava como faxineira em condomínio, mas

está aposentada há três anos em decorrência de vários problemas de saúde. Informou que é hipertensa, diabética, tem “problema no ombro”, hipertireoidismo e “problema de nervo”. Relatou que seu diagnóstico de diabetes foi feito quando ainda tinha 30 anos de idade. Disse ter participado de grupo de diabético em outro centro de saúde, mas mudou-se para a vila e, desde então, participa do grupo nesta unidade de saúde há três anos. Seu tratamento consiste em uso de hipoglicemiante oral, anti-hipertensivo, restrição dietética e atividade física. Contou que faz uso de chás para diminuir a glicose e a pressão. Negou história familiar de diabetes. Durante a entrevista, foi muito comunicativa, emocionando-se durante os relatos sobre a família, as mortes que aconteceram e seu sofrimento. Muitas vezes divagava e era prolixa nas respostas, sendo necessário que se fizessem algumas intervenções, buscando reconduzir as respostas para a questão de pesquisa. Demonstrou, durante a entrevista, uma valorização dos laços familiares, quando se referia aos filhos e netos. Informou que frequenta a Igreja do Evangelho Quadrangular. Mostrou em seus relatos uma evidente religiosidade, recorrendo às suas crenças religiosas nos momentos de angústia e tristeza em virtude de problemas com a família. Comparecia com frequência às reuniões do grupo e, na maioria das vezes, chegava bem antes do horário de início, estabelecendo conversação com as demais colegas e expondo seus problemas pessoais e familiares. Nas reuniões do grupo, estava sempre com o semblante triste e preocupado, expondo seus problemas pessoais e familiares, demonstrando confiança nas pessoas do grupo.

Orquídea (E11)

É uma senhora de 68 anos de idade, diabética há três anos, participando do grupo desde seu diagnóstico de diabetes mellitus. É portadora de hipertensão

arterial, cardiopatia hipertensiva e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Seu tratamento consiste no uso de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiante oral e restrição dietética. Tem história passada de infarto agudo do miocárdio. Informou que trabalhava como costureira, não se aposentou, mas recebe pensão do marido falecido. Relatou que teve oito filhos, dos quais apenas cinco estão vivos. Tem seis netos. Contou que mora com três filhos e três netos. A respeito da história familiar de diabetes, mencionou que tem duas irmãs também portadoras desta doença, mas, no que se refere aos pais, ela desconhece a existência de diabetes. Contou que o tratamento proposto, quando do diagnóstico, foi apenas restrição dietética, mas, com o passar do tempo, os níveis glicêmicos foram aumentando, sendo necessário o uso de tratamento medicamentoso, por meio de hipoglicemiante oral. Orquídea comparecia com frequência às reuniões do grupo, sempre na hora marcada, e disse faltar às reuniões apenas quando não estava informada da data. Participava pouco das discussões, mas estava sempre atenta aos assuntos em debate. Durante a entrevista, mostrou-se receptiva, respondendo com tranquilidade às perguntas feitas, embora com certa timidez.

Flor do Campo (E12)

É um senhor de 71 anos de idade, diabético desde os 58 anos. Contou que é divorciado da primeira esposa, com quem teve sete filhos. Há 20 anos, vive com uma companheira, mas não tem filhos com ela. Trabalhava como representante comercial e aposentou-se há seis anos. O trabalho exigia que ele viajasse muito, por isso tinha grande dificuldade de seguir uma dieta adequada a diabéticos. Relatou que seu diagnóstico de diabetes mellitus foi feito quando de uma internação devido a um infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial. Após o diagnóstico, foi orientado a fazer o acompanhamento com um endocrinologista do PAM Padre

Eustáquio, e assim o fez até quando foi transferido para a UBS, local de realização desta pesquisa. Comentou que participa do grupo de diabéticos desde quando este funcionava na vila. No grupo atual, após a implantação do PSF, faz três anos que participa. Seu tratamento consiste no uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiante oral, restrição dietética e atividade física. Durante a entrevista, contou alguns fatos a respeito da história do grupo, revelando que muitas pessoas que participam deste são seus vizinhos e amigos da comunidade, como o Sr. T.F. C e o Sr. M.C.F. Mostrou-se solícito em participar da coleta de dados, sendo muito comunicativo e respondendo com desenvoltura às questões da entrevista. Não era muito assíduo às reuniões do grupo, e sua falta era sentida pelos demais membros do grupo. Porém, participava ativamente das discussões com o objetivo de esclarecer suas dúvidas e as dos demais. Sempre que possível, contribuía trazendo informações pertinentes ao tema em discussão, orientando e auxiliando as pessoas recém-chegadas ao grupo.

Flor de Ipê (E13)

É um senhor de 68 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. É diabético desde os 58 anos de idade, tendo participado durante cinco anos do grupo antigo, que funcionava na vila. Participa há três anos deste grupo. Relatou que, há alguns anos, apresentou problema cardíaco, tendo se submetido à cirurgia de ponte de safena. Seu tratamento se constitui em seguir orientação dietética, uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiante oral. Contou que é casado há 37 anos, tem três filhos e criou mais cinco da atual esposa; tem três netos consangüíneos. Mora com a esposa e dois netos, que ele cria. Trabalhou como pedreiro e como motorista na Construtora Mendes Júnior a 18 anos atrás. Precisou se aposentar devido aos problemas de saúde. Informou que a mãe morreu

e era diabética, mas não sabe se o pai era também ou não. A entrevista foi agendada inicialmente em data e horário convenientes para Flor de Ipê. Entretanto, ele não pôde comparecer à entrevista, justificando-se posteriormente, sendo necessário agendar outra data. Durante a entrevista, mostrou-se receptivo, comunicativo e claro nos relatos a respeito do grupo. Não comparecia com freqüência às reuniões do grupo, porém, era bastante participativo nas discussões.

Ao final da descrição das características dos informantes e refletindo sobre estas penso que a todo instante, estamos nos relacionando com outras pessoas, constituindo grupos em que são construídas relações, umas mais intensas e duradouras, outras menos intensas e passageiras. Entretanto, todas estas relações nos marcam de alguma forma, deixam-nos algumas impressões, muitas vezes determinando vínculos.

A inserção que fazemos nos grupos, durante a nossa vida, pode ser consciente ou não. Em alguns, participamos por opção, de forma rotineira e sem atentar para tal. Outras vezes somos convidados a nos inserir em grupos organizados com finalidades específicas. Porém, a leitura que cada um faz sobre o grupo ou o significado que lhe atribuem e o entendimento de cada um a respeito da finalidade do mesmo podem ser concordantes ou não, variando de pessoa para pessoa conforme a visão de mundo que cada um tem.

De acordo com Gayotto e Domingues (2001), todos nós possuímos modelos internalizados de relações. Tivemos vínculos que foram significativos e que se constituíram em modelos internos do nosso aprender. Desta forma, vamos incorporando-os em nosso argumento interno que, muito embora não seja totalmente consciente, orienta a nossa maneira de perceber a realidade.

4.4 As reuniões do grupo

As reuniões dos grupos de diabéticos das ESF verde e azul aconteciam com a presença de dez a quinze pessoas. Do total, freqüentavam o grupo assiduamente em torno de treze pessoas. O número de encontros do grupo não era estabelecido *a priori* pelo coordenador, por isso, o que se percebeu foi uma duração prolongada dos mesmos (o grupo anterior funcionou por dez anos e o atual por três anos). Este aspecto foi comentado pelos coordenadores, sendo objeto de inquietações e questionamentos quanto ao contrato do grupo, sua finalidade atual e necessidade de avaliação e mudanças.

O contrato dos grupos das equipes verde e azul foi estabelecido pelos coordenadores quando da reorganização dos mesmos, após implantação das ESF, com definição quanto à periodicidade dos encontros, horário de início e término de cada encontro, local de realização, participação e compromisso de todos em estar presentes, sendo este contrato acordado com todos os integrantes. Assim, ficou definido que os encontros aconteceriam uma vez por mês, pela manhã, no horário de 7h30min às 9h30min horas, na área coberta existente na UBS.

Quanto ao planejamento das reuniões, estas, em sua maioria, eram programadas pela assistente social, juntamente com o médico e a enfermeira da equipe, com agendamento de datas e horários e definição de temas a serem discutidos nas palestras educativas.

Inicialmente, foram estabelecidos apenas as datas e horários; os temas discutidos foram sendo elaborados a cada encontro, que muitas vezes se iniciavam com o grupo recordando o que havia sido discutido no mês anterior.

Nas reuniões dos grupos, foi possível distinguir vários momentos comuns a todos os encontros, quais sejam: a avaliação individual com medição de glicemia capilar de jejum, verificação da pressão arterial e do peso, que ocorre concomitantemente à realização da atividade do grupo; atividades educativas com utilização de painel, *folders* e cartilhas explicativas; atividade de alongamento; e, algumas vezes, realização de dinâmicas. Ao final era servido um lanche, os dados das medições eram avaliados e anotados em cartão próprio, sendo os participantes do grupo encaminhados a consulta médica nos casos em que os níveis glicêmicos estavam muito alterados. Geralmente, as reuniões eram coordenadas pela assistente social e, algumas, vezes, pela enfermeiras ou médicos da equipes.

Outro aspecto comum a todas as reuniões foram as conversas que os participantes estabeleciam logo ao chegar, antes de iniciar as reuniões, em que falavam sobre suas vidas pessoais, seus problemas e angústias, comentando seus temores e dificuldades pessoais, inclusive no manejo do diabetes. Observei os vínculos existentes entre eles, as palavras de apoio manifestadas, os esclarecimentos que cada um fazia quando as dúvidas eram expressas, a troca de experiências, principalmente, em relação à questão alimentar, ponto fundamental no manejo do diabetes.

Durante o período de observação das reuniões do grupo, acompanhei ao todo seis reuniões do grupo da ESF verde e quatro reuniões do grupo da ESF azul. Como eram grupos pertencentes a duas equipes, organizei os encontros observados por ordem cronológica de realização, considerando que os mesmos apresentavam uma história em comum, conforme apresentado no Quadro 2.

QUADRO – 2 – Distribuição dos temas das reuniões das equipes

ENCONTRO	EQUIPE VERDE			EQUIPE AZUL		
	TEMA	DURAÇÃO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	TEMA	DURAÇÃO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
Primeiro	- Apresentando o cronograma, a proposta, o objetivo e desenvolvimento do grupo. - Conhecendo sobre a doença e seu controle no ambiente doméstico. - Formas de tratamento e adesão	2h15min	- Assistente social - Médico - Auxiliar de enfermagem - Agente Comunitário de Saúde (ACS)	- Trabalhando aspectos psico-educativos no grupo. - Dinâmica: Batata quente. - Cantando no grupo: Peixe vivo.	1h50min	- Assistente social - Auxiliar de enfermagem - ACS
Segundo	- Discutindo sobre os hábitos alimentares	2h00min	- Assistente social - Médico - Auxiliar de enfermagem - ACS	- Hábitos alimentares: ontem e hoje. - Aprendizado do cuidado	1h30min	- Assistente social - Enfermeira - Aux. Enferm.
Terceiro	- Condições e estilo de vida - Inovações no tratamento do diabetes; - Dinâmica com a flor e alongamentos	2h00min	- Assistente social - Auxiliar de enfermagem - ACS	- Desapego - Aquisição de novos hábitos. Autocuidado. - Dinâmica da fogueira.	1h30min	- Assistente social - Auxiliar de enfermagem
Quarto	- Discutindo propostas de atividades a serem realizadas no grupo - Depressão e estresse e sua relação com o diabetes	1h40min	- Assistente social - Enfermeira - Auxiliar de enfermagem	- Descoberta do diabetes. - Forma de cuidados e tratamentos.	1h35min	- Enfermeira - Auxiliar de enfermagem - ACS
Quinto	- Refletindo sobre o que foi aprendido no grupo: Hábitos alimentares e cuidados. - Alcoolismo e diabetes. - Toque e automassagem	1h45min	- Assistente social - Auxiliar de enfermagem - Médico			
Sexto	- Relembrando sobre diabetes: Etiologia, sinais e sintomas, forma de tratamento e cuidados.	2h25min	- Médico - Enfermeira - Aux. Enferm. e ACS			

Fonte: Anotações das observações realizadas durante os encontros.

Encontros da Equipe Verde

1º Encontro: A reunião teve início com a assistente social apresentando o cronograma com as datas e lembrando como seria o desenvolvimento do grupo, o contrato, sua proposta e objetivo, a importância da presença e participação de todos. Procedeu, então, à apresentação dos novos membros. Logo após, foi realizada pela assistente social uma palestra educativa abordando a importância de conhecer a doença para ter condições de fazer seu controle no ambiente doméstico e redefinir a alimentação. Houve o envolvimento de todos os participantes. Nesse encontro, foi discutido como escolher e preparar os alimentos: os que são permitidos, os que podem ser usados com moderação, os que não devem ser usados e as formas de preparo. Cada participante contribuiu com troca de experiências e receitas, o que nos possibilitou perceber os aspectos culturais ligados aos hábitos alimentares de cada um e as dificuldades de mudança.

Outros temas discutidos foram os processos de diagnóstico da doença vivenciados por cada um - quais foram os sinais e sintomas apresentados; a forma de tratamento e importância da adesão ao mesmo; e a organização do SUS e do PSF.

Ao discutir sobre os sinais e sintomas do diabetes, cada um relatou como percebeu a doença e como ela se manifestou. Observou-se a participação de todos, que contribuíram com informações e experiências, ajudando a esclarecer as dúvidas expostas pelos novos membros.

2º Encontro: Nesse dia a assistente social, utilizando cartilhas fornecidas pela Secretaria Municipal de Abastecimento, iniciou uma discussão em torno dos hábitos alimentares, como o uso de verduras e frutas na alimentação, seus valores

nutritivos, a escolha e forma de preparo, o que faz bem ou não, a quantidade que pode ser consumida pelo diabético. Durante esta discussão, um dos membros comentou: *“Cada um tem que perceber o que faz bem e o que faz mal para si”* (Jasmim).

Houve participação de todos na discussão, inclusive quanto ao cultivo da couve e seus benefícios para a saúde.

Antes de finalizar a reunião, as pessoas apresentaram ao médico os cartões com os resultados das medições anotadas, gerando comentários motivadores por parte do mesmo, que enfatizou a possibilidade de todos os participantes conquistarem padrões mais adequados para os níveis glicêmicos e pressóricos.

Ao final da reunião, sob a orientação da assistente social, foram realizadas atividades de alongamento.

3º Encontro: A reunião se iniciou com todos fazendo alongamento corporal sugeridos pela assistente social.

Logo após, um membro do grupo chegou trazendo uma flor para a assistente social, que aproveitou o momento para fazer uma dinâmica com a flor, sugerindo que cada um, ao segurá-la, dissesse o que ela representava para si. Houve a expressão de vários sentimentos como alegria, satisfação. Esse momento proporcionou uma descontração em todos do grupo.

A seguir, a assistente social passou a discutir com o grupo as inovações no tratamento do diabetes, procedendo à leitura de um artigo sobre a utilização do veneno de lagarto no tratamento da doença. Um participante do grupo, também, trouxe informações sobre a experiência com células tronco no tratamento do

diabetes, o que gerou algumas discussões quanto às aplicações e utilização deste recurso. A assistente social comentou que a disponibilidade deste recurso dependia ainda de mais pesquisas e que o acesso, inicialmente, será restrito a poucas pessoas em virtude dos custos.

Outro assunto discutido foram as condições de estilos de vida, condições de trabalho e como estas interferem com o processo de saúde e doença, o que provocou o seguinte comentário: *“Só se parar de trabalhar”* (Jasmim).

Na discussão quanto ao estilo de vida, os participantes fizeram comparações entre os estilos de vida na época dos pais e o de hoje, entre os estilos de vida no meio urbano e rural. Nesse momento, várias pessoas manifestaram suas opiniões, dizendo, por exemplo, que antes quase todas as pessoas tinham horta em casa, que a comida era feita em fogão de lenha, que os alimentos e animais não eram *“entupidos de medicamentos”*, que as pessoas caminhavam mais e quase não usavam carro ou ônibus.

Outros assuntos trazidos para a discussão foram o espaço do grupo como oportunidade de aprender sobre o diabetes e a necessidade de mudança dos estilos de vida e os fatores de risco associados com a doença, inclusive os emocionais. Além disso, mais uma vez, o grupo discutiu sobre a alimentação, associando-a aos problemas de aumento do colesterol e triglicérides.

4º Encontro: Nesse encontro a assistente social trouxe para o grupo a informação quanto ao estabelecimento de uma parceria com o grupo da terceira idade localizado em um bairro nobre de Belo Horizonte. Assim, esse encontro foi marcado pelas discussões em torno das propostas de atividades levantadas junto à

comunidade, a serem desenvolvidas junto com o grupo da terceira idade de um bairro nobre de Belo Horizonte.

As propostas trazidas foram realizações de ioga, atividades de lazer, alfabetização de idosos. Em relação à ioga, a assistente social comentou sobre os benefícios desta como, por exemplo, possibilidade de relaxamento, diminuição de ansiedade, exercícios respiratórios e alongamentos.

Em seguida, a assistente social, utilizando um artigo sobre depressão, promoveu uma discussão com o grupo, relacionando este fator e as condições de estresse ao diabetes. O artigo citado acima trata de uma pesquisa desenvolvida na cidade de Alberta, no Canadá, que associa o fator depressão ao diabetes.

Complementando as informações sobre estes fatores psíquicos e sua relação com a saúde, o coordenador comentou sobre a atividade física e alguns alimentos que têm a função de liberar o hormônio endorfina, que é importante na melhora do humor.

Ao final da reunião, os membros do grupo refletiram sobre a importância do grupo como um espaço de aprendizagem. E um dos participantes comentou o seguinte: *“Cada um falando sobre o seu problema, no grupo, vai aprendendo com o outro”* (Margarida).

A assistente social lembrou que, no mês de Julho, por ser um período de férias, as reuniões do grupo não aconteceriam, sendo, porém, retomadas no mês seguinte. As interrupções dos encontros eram previstas e planejadas pelos coordenadores com o objetivo de atender a uma necessidade das ESF, e geralmente aconteciam devido ao período de férias dos mesmos. Observei que isto era previsível na programação do serviço, porém, sem uma discussão prévia com os integrantes do grupo sobre se concordavam ou não com a interrupção.

Observei, ainda, que várias pessoas manifestaram sentimentos de pesar em virtude desse intervalo, o que me inquietou pelo fato de estes sentimentos não terem sido explorados naquele momento e por não terem sido discutidas outras possibilidades de continuidade. Isto me levou a refletir sobre a minha própria experiência com grupos de pessoas diabéticas e sobre o fato de ter adotado esta atitude sem avaliar os sentimentos das pessoas do grupo perante estes momentos.

Percebo que as interrupções ou finalizações de qualquer grupo, muito mais do que estar previsto em um cronograma, devem ser trabalhadas com antecedência, principalmente quanto aos sentimentos de satisfação e insatisfação com a produtividade em torno da tarefa e quanto aos sentimentos de tristeza, ansiedade e perda das relações.

Como coordenadores de grupo, devemos buscar abrir espaços para que o grupo perceba e expresse estes sentimentos e elabore seus ganhos e perdas, seu processo de crescimento, o que foi incorporado, o que será levado para outros contextos e vivências.

Ademais, perante estas observações, torna-se crucial uma reflexão em torno do papel que cabe ao coordenador como àquele que apoia e incentiva o grupo na busca por sua autonomia.

Andaló (2001) afirma que a reflexão sobre o papel do coordenador de grupo tem sido objeto de preocupação ao se abordar a temática grupal e propõe que se busque entender este papel como o de um mediador entre o nível vivencial e a compreensão crítica no contexto do grupo.

Alerta, ainda, para o fato da banalização dos trabalhos com grupos, desenvolvidos com um cunho tecnicista, quando se utiliza de técnicas grupais de forma isolada e descontextualizada. Ressalta também a preocupação com o fato de

se entender o papel do coordenador apenas como “uma atividade simples que não requer maiores conhecimentos” (ANDALÓ, 2001, p. 135).

A autora comenta ainda sobre algumas pesquisas experimentais realizadas na década de 40 em que foi possível observar as influências dos tipos de coordenação (autocrático, democrático, *laissez-faire*) no clima grupal, bem como no alcance dos objetivos e no rendimento do grupo. Conclui que o clima democrático, apesar de o rendimento ser mais lento, favoreceu um rendimento mais consistente e duradouro, mesmo na ausência do líder.

Andaló (2001, p.141), tecendo comentários e estabelecendo analogias entre o papel do coordenador de grupo e a função do educador, afirma que, mais do que buscar estabelecer os “atributos desejáveis para o desempenho do papel de coordenador”, é fundamental buscar compreender as “funções implícitas no exercício deste”.

5º Encontro: A reunião aconteceu com o retorno das atividades após a interrupção dos encontros do grupo, devido ao período de férias. Nesse dia, alguns membros faltaram, sendo esta ausência sentida e comentada pelas pessoas presentes. O coordenador iniciou o encontro propondo que todos refletissem sobre o que haviam aprendido até então. Assim, com participação de todos, os integrantes relembrou as questões discutidas nas reuniões passadas, quais sejam: os estilos de vida, hábitos alimentares, problemas emocionais e como estes interferem com a doença, a necessidade de cuidados com o diabetes e a importância de perceber quando ocorre alguma alteração na glicemia. Os participantes fizeram referência à falta de cuidado que as pessoas têm com a saúde, comentando que apenas quando adoecem é que elas buscam se cuidar.

Em seguida, outras discussões foram realizadas, abordando atividades físicas, como dançar – que traz sentimento de alegria e bem-estar – e a importância desta para a saúde. Nesse momento, um membro do grupo estabeleceu uma relação entre essas atividades e as realizadas em sua igreja, dizendo: *“Na hora do louvor, eles cantam, batem palmas e dançam”* (Acácia). A assistente social aproveitou o comentário para fazer observações sobre a liberdade de expressão de sentimentos.

Outros temas trazidos e discutidos pelos membros do grupo envolveram histórias familiares de alcoolismo, suas relações com a saúde e influência deste sobre o diabetes, principalmente, possibilitando que os participantes expressassem a tristeza e as dificuldades de conviver com este problema, como demonstra o seguinte comentário: *“Dá uma tristeza; meu marido era alcoólatra”* (Margarida). Observaram-se manifestações de apoio dos participantes para com a pessoa que expôs no grupo a história do alcoolismo, e uma atitude de resignação por parte da mesma. Foram feitos alguns questionamentos quanto à relação entre depressão e diabetes por um dos membros, dúvidas essas prontamente esclarecidas, pelo médico.

Observou-se ainda que manifestações de fé em relação ao quadro de depressão e as alterações da glicemia foram expressas através dos seguintes comentários: *“Deus há de me ajudar”* (Acácia), *“Só Deus para ajudar”* (Copo-de-leite). A possibilidade de mudança de estilo de vida e a influência desta sobre a doença também foi comentada: *“Estou com vontade de ir para a roça. Lá não tem nada disso e nem preciso tomar medicamento”* (Copo-de-leite). O médico orientou que os quadros de depressão necessitam ser avaliados.

Ao final da reunião a assistente social convidou-os a se posicionarem de pé em uma roda, um de costas para o outro, e pediu que cada um fizesse uma massagem no colega da frente. Nesse momento, foi trabalhada a importância do toque, sendo os participantes também orientados quanto à automassagem. Para finalizar, foram realizados vários alongamentos.

6º Encontro: O encontro deste dia foi coordenado pelo médico da equipe, pois a assistente social, em virtude de problemas pessoais, não pôde comparecer. Essa ausência foi sentida e comentada pelos membros do grupo: *“É tão ruim quando ela não está”, “A gente sente falta dela”, “Ela é alegre e diverte muito a gente”*.

A partir desses comentários observa-se o vínculo que os participantes têm com o coordenador.

A reunião desse dia foi marcada pela presença de um novo membro, que se mostrou cheio de dúvidas, expondo-as para o grupo, que as foi esclarecendo de acordo com as experiências de cada um. Tendo em vista a presença deste novo membro, o médico da equipe propôs que eles discutissem sobre o que é o diabetes, como acontece e os cuidados para com esta doença, solicitando que cada um comentasse sobre a sua experiência com a doença.

Houve participação de todos os presentes, comentando ou trazendo as próprias dúvidas, expressas nos seguintes comentários e questionamentos: *“Sentia muita sede e urinava bastante à noite”, “Qual o valor normal da glicose?”, “Conseguo manter a glicose normal por causa da alimentação”*. Os esclarecimentos foram feitos pelo médico, que enfatizou a necessidade de todos aprenderem a se cuidar.

O desenvolvimento do grupo seguiu num processo dialógico, que possibilitou a participação de todos, com reflexão sobre os aspectos abordados, o que pôde ser demonstrado a partir do comentário de um membro: *“Quem não tem saúde tem que cuidar e quem têm saúde quer acabar”* (Jasmim), fazendo referência às pessoas que só dão valor à saúde quando a perdem e passam a precisar de cuidados.

Encontros da Equipe Azul

1º Encontro: A assistente social iniciou a reunião, lembrando o que foi discutido no último encontro. Logo após, estabeleceu-se uma discussão quanto aos aspectos psíquicos que interferem com a condição saúde/doença. Nesse momento, a assistente social propôs algumas dinâmicas, tais como fazer caretas, provocar risos, socar travesseiros e fazer rabiscos em papéis, explicando os objetivos das mesmas, quais sejam, a importância de expressar os sentimentos de raiva, mágoa, em vez de guardá-los. Além disso, sugeriu aos membros do grupo que, para cada pensamento negativo, eles pensassem dois positivos.

A reunião prosseguiu com a discussão sobre os sinais e sintomas do diabetes, sendo utilizada a dinâmica da batata quente com o objetivo de promover uma reflexão sobre as experiências dos participantes, sobre o conhecimento de cada um na identificação dos sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia e sobre como proceder no manejo destas ocorrências.

Ao final da dinâmica, o coordenador convidou todos a cantar a música “Peixe Vivo”, levando-os a refletir sobre a necessidade que todos nós temos um do outro, reforçando a idéia de que ninguém vive sozinho.

2º Encontro: Neste dia, mais uma vez, a reunião teve início com a assistente social recordando o que foi discutido no último encontro.

Em seguida, foi abordada a questão da alimentação sob outro enfoque, ou seja, em relação ao preparo dos pratos, à importância do aspecto visual dos alimentos preparados e de arrumar a mesa, ao modo como devemos nos alimentar, mastigando bem e devagar, degustando os alimentos.

Discutiu-se sobre o aprendizado do cuidado, importância de dar mais atenção a nós mesmos, de buscar melhorar a auto-estima.

Durante a reunião, logo após a medição dos dados de glicemia e pressão, uma pessoa do grupo apresentou o cartão com os dados anotados para a enfermeira, que os avaliou e parabenizou a participante, solicitando que a mesma relatasse para o grupo o que tinha feito para manter os níveis glicêmicos e pressóricos normais. A participante comentou que o aprendizado de novos hábitos alimentares, conquistado com a sua participação no grupo, foi o que contribuiu para o controle destes níveis.

A assistente social aproveitou o momento para fazer com que as pessoas refletissem sobre o objetivo da realização do grupo, enfatizando o aprendizado no manejo da doença.

Nessa reunião houve, também, discussão sobre o estabelecimento de uma parceria com o grupo da terceira idade localizado em um bairro nobre de Belo Horizonte, que desejava realizar um trabalho social junto à comunidade da vila. Assim, a assistente social solicitou a todos que colhessem propostas junto à comunidade para atividades e ações que pudessem ser desenvolvidas com esta parceria.

Durante a discussão, foi possível observar que os integrantes do grupo desenvolviam atividades junto a outros grupos da comunidade, como o grupo da terceira idade, durante as quais são realizadas várias oficinas (crochê, tricô, costura, pintura) e atividades de lazer, como hora dançante e passeios.

3º Encontro: A assistente social iniciou a reunião deste grupo trazendo a temática da mudança de hábitos de vida e sua importância para a qualidade de vida do diabético. Discutiram-se as dificuldades de mudança, a mania e apego que temos às coisas e aos hábitos, bem como, a necessidade aliada ao desejo de mudar.

Foram abordados a prática de atividades físicas, o autocuidado e automassagem, com exposição de técnicas de massagem e exercícios para os braços e mãos utilizando bolas.

Na questão alimentar, enfatizou-se a observação da qualidade e quantidade do que se come e discutiu-se a relação da pessoa diabética com a comida. Essa discussão gerou comentários da seguinte natureza: *“O diabético tem muita fome”, “não se deve ter o olho maior do que a barriga”*. O coordenador falou sobre a medicação que é prescrita para adequar o apetite, comentando também sobre a ansiedade que leva as pessoas a comerem sem vontade. O aspecto emocional foi mais uma vez abordado, gerando discussão em torno das situações cotidianas que nos aborrecem. O coordenador comentou: *“Tem pessoas que gostam de bater de frente com as pessoas”*

A partir dessa discussão, a assistente social propôs a dinâmica da fogueira, convidando todos a jogarem na fogueira aquilo que os estivesse aborrecendo. E assim os participantes se expressaram: *“Jogo todo o nervosismo”, “jogo toda a raiva”, “jogo toda a preocupação”, “jogo toda a tristeza”*. Alguns jogavam

água na fogueira; outros colocavam mais lenha, o que gerou comentários por parte dos outros membros, que disseram que, daquela forma, a fogueira apagaria. Quando uma pessoa comentou que jogaria batata para assar, os outros disseram: *“Ele só pensa em comida”*.

Assim, observa-se que no grupo havia espaço para que as pessoas expressassem suas angústias, ansiedades e tristezas, em um clima descontraído. Outros temas discutidos nesse encontro relacionaram-se aos fatores de risco, como hereditariedade, obesidade, hipertensão arterial.

Ao finalizar a reunião, a assistente social propôs que os integrantes do grupo trouxessem para o próximo encontro um desenho ou algo escrito que expressassem os sentimentos e as modificações percebidas por eles. Ao final comentou: *“Não é difícil mudar a vida; o importante é começar pelas pequenas coisas”*.

4º Encontro: O encontro desse dia foi coordenado pela enfermeira da equipe, que propôs que eles recordassem como se descobriam diabéticos, abrindo espaço para que todos falassem.

Em seguida, a enfermeira, utilizando-se de um quadro-mural, realizou uma palestra sobre o diabetes, etiologia, sinais e sintomas, com interação de todos os membros do grupo, que contribuíram, fazendo comentários ou trazendo as dúvidas para serem esclarecidas.

Quando se discutiu sobre fatores de risco, uma pessoa do grupo comentou que deu à luz um filho pesando 4,8 kg, sendo esclarecido pela enfermeira que recém-nascidos com peso acima de quatro quilos são uma condição que deve ser investigada, pois pode se tratar de diabetes gestacional. A enfermeira perguntou

se durante o pré-natal, a participante não teve acompanhamento. Ela respondeu que teve dezessete filhos e todos na “roça”, com parteira. A enfermeira enfatizou então a importância do pré-natal.

Neste dia, foram discutidas também a importância da prática de atividades físicas, como caminhadas, e a importância da dieta voltada para a pessoa diabética. Essas discussões geraram vários comentários, e cada participante relatou sua experiência relacionada aos hábitos alimentares adquiridos com o advento do diabetes, inclusive com troca de receitas culinárias entre eles.

Ao final da discussão, a enfermeira lembrou quais eram os objetivos das reuniões do grupo de diabéticos, que, além de ser um espaço de discussão e reflexão sobre o diabetes visando a que seus membros aprendam a se cuidar, é também um espaço onde eles podem conversar, distrair-se.

No final da reunião, um membro do grupo, em tom de desabafo, comentou: “*Ser diabético é muito triste*” (Flor de ipê), fazendo referência às restrições e à possibilidade de complicações que podem ocorrer com o diabetes.

Ao refletir e analisar essas observações realizadas durante os encontros dos grupos, percebi a riqueza dos momentos vivenciados por estas pessoas, que contribuíram para construção de significados e o fortalecimento de vínculos. Ademais, foi possível observar, no espaço do grupo, a forma como as pessoas se expressavam sobre a doença e o modo como buscavam enfrentá-la, ou seja, aspectos culturais que foram compartilhados no grupo.

As doenças crônicas se caracterizam por períodos de instabilidade com riscos de reagudização e aparecimento de sinais e sintomas das complicações. Isso exige da pessoa portadora de diabetes viver em estado de alerta constante, o que

demanda cuidados diários específicos e contínuos, gerando, muitas vezes, situações de estresse. Assim, sentimentos como medo, receio, insegurança e tristeza estavam presentes e foram manifestados pelas pessoas.

Para Trentini *et al* (1990), as pessoas portadoras de doenças crônicas poderão alcançar a meta de redução da severidade da doença ou a detenção de seu progresso a partir do momento em que enfrentarem de maneira positiva a sua condição. Para tanto, faz-se necessário, segundo este autor, que a pessoa conheça a respeito da doença, modifique suas rotinas diárias, adapte-se às mudanças no papel social, siga o tratamento e mantenha a esperança.

Durante as reuniões dos grupos, a partir da observação participante, percebi que as atividades desenvolvidas pelos coordenadores tinham por objetivo orientar as pessoas quanto ao manejo da doença. Para tanto, eram realizadas palestras informativas com auxílio de folhetos ou quadro-mural para apresentação de algum tema específico.

O coordenador, durante as reuniões, procurava sempre estimular os membros dos grupos a participarem ativamente das discussões, dando oportunidades para que eles manifestassem suas experiências e dúvidas, possibilitando a interação entre eles e se utilizando, em alguns momentos, de dinâmicas.

Quanto às dinâmicas realizadas, observei que foram utilizadas como atividades que tinham por objetivo motivar a ação e comunicação, promovendo a interação dos membros do grupo entre si e com o coordenador, facilitando e esclarecendo o processo grupal e abrindo possibilidades de o grupo expandir seu conhecimento.

Afonso (2002) recomenda, entretanto, que tais dinâmicas não sejam realizadas aleatoriamente, seguindo o desejo do coordenador, mas que devam ser contextualizadas na experiência do grupo, estimulando-o à reflexão para realização da tarefa.

O coordenador também costumava solicitar que os participantes sugerissem atividades a serem desenvolvidas no espaço do grupo. Entretanto, muito embora as pessoas fizessem algumas propostas, a iniciativa da execução dessas ficava a cargo do coordenador, ou seja, o grupo funcionava centrado na figura do coordenador, que o direcionava.

Observei, também, que existia um espaço para expressão de emoções e sentimentos, porém, havia uma necessidade de trabalhar melhor estes aspectos subjetivos, de modo a favorecer um processo de elaboração mais efetivo.

Outro aspecto evidenciado foi a oportunidade de reflexões e trocas de experiências que o grupo propiciou, contextualizadas nas discussões, permitindo a construção de um saber a partir do próprio grupo.

Desta forma, observa-se que, nestes grupos, o aspecto educativo esteve sempre presente, direcionado às questões ou sócio-culturais ou psíquicas.

Uma questão amplamente discutida, em vários momentos dos grupos, diz respeito aos hábitos alimentares, constituindo-se como a principal dificuldade de mudança observada nos relatos e discussões das pessoas dos grupos.

Helman (1994) constatou que os alimentos desempenham múltiplas funções na sociedade humana, como as de criar e sustentar relações sociais. Para este autor, os alimentos configuram-se como “uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre as pessoas”, seja de indivíduos, seja de membros de grupos, possuindo, neste caso, qualidade de “símbolos rituais”.

Assim, para Helman (1994), o alimento vai além de uma mera fonte de nutrientes, ou seja, constitui uma parte essencial no modo como as sociedades se organizam.

Desta forma, muitos grupos culturais diferem entre si em muitas crenças e práticas referentes aos alimentos, como por exemplo, quanto à forma de cultivo, colheita, preparo do alimento, bem como a forma como é servido e ingerido. Estes aspectos foram observados durante as reuniões dos grupos, quando as pessoas comentavam sobre os hábitos alimentares que cada uma tinha, antes e após o advento do diagnóstico do diabetes, e discutiam a necessidade de outros hábitos alimentares.

Para Lunardi et al (2000), a dificuldade de portadores de diabetes em mudar ou manter hábitos alimentares condizentes com a nova situação reside “na experiência imposta pelo próprio corpo”, tendo em vista que o “hábito expressa um conhecimento radicado, apreendido e incorporado”, ou seja, arraigado ao próprio corpo que, muitas vezes, resiste ou dificulta o enfrentamento de hábitos que estão fixados.

Helman (1994) complementa que estas resistências e dificuldades em modificar crenças e práticas alimentares consistem, principalmente, no fato de estas ocuparem um papel central na vida diária e nas relações sociais do ser humano, carregando consigo uma série de simbolismos para as diversas sociedades, propiciando relações de homem para homem, entre o homem e as divindades e entre o homem e seu meio ambiente natural.

Para as pessoas deste estudo, a possibilidade de discutir novas informações, o questionamento de mitos e preconceitos, a oportunidade de tirar dúvidas foram elementos importantes que possibilitaram a mudança dos significados que para elas tem o processo saúde/doença.

Considerando os aspectos citados, o coordenador tem, portanto, um papel fundamental, assemelhado ao papel de educador. Porém, este papel fez com que o conhecimento ficasse muito centralizado na figura do coordenador, criando certa dependência do grupo para com ele, contribuindo com uma autonomia apenas relativa das pessoas, a despeito da participação destas nas discussões e desenvolvimento do grupo.

Em todo o processo do estudo, foi possível identificar a presença de determinados elementos básicos comuns a qualquer abordagem de grupo, como os propostos por Pichon-Riviére (1998), embora os grupos do estudo, em sua estrutura e dinâmica, tenham sido desenvolvidos sem considerar os pressupostos deste autor.

Neste contexto, Domingues (1994, p. 28) comenta que a “técnica de grupo operativo não é o mesmo que grupo operativo”, ou seja, existem grupos que podem ser operativos sem serem coordenados com a técnica de grupo operativo. Isto acontece quando os grupos alcançam os seus objetivos sem se utilizarem desta técnica.

Assim, a presença destes elementos permitiu analisar os grupos a partir dos indicadores propostos por este autor e observar a operatividade dos mesmos ao realizar a tarefa.



CAPÍTULO 5

A VIVÊNCIA NO GRUPO PARA A PESSOA DIABÉTICA

“Sou uma parte de tudo aquilo que encontrar” (Ortega Y. Gasset).

5.1 Significado de grupo para a pessoa diabética

A partir das entrevistas realizadas, identifiquei alguns dos significados de grupo expressos pelos participantes do estudo. Trata-se de significados que traduzem a experiência que estas pessoas vivenciaram nos grupos do estudo e até mesmo em outros grupos, determinando a organização e construção do mesmo e também seu comportamento em relação à doença e, sua forma de sentir e pensar.

O grupo, enquanto forma de existir, de manutenção de convívio e expressão de cuidado, foi assim descrito no depoimento de uma das entrevistadas:

O grupo pra mim significa vida. Porque eu não sabia, exatamente como cuidar e hoje, agora, que eu estou sabendo como cuidar. (Jasmim)

A concepção que a entrevistada tem do grupo, relacionando-o com vida, corrobora o modo pelo qual ela apreendeu o seu processo no grupo e o seu estar nele. Ela expressou seus sentimentos de medo, pavor e insegurança, quando foi surpreendida pelo diagnóstico de diabetes, em virtude de sua concepção a respeito desta doença.

O grupo, como estímulo ao cuidado e à preservação da vida, possibilitou uma mudança em sua concepção do que é ser diabético, trazendo um novo sentido para sua vida. A partir de então, a entrevistada mostrou-se otimista, alegre e participativa.

Para Waldow *et al* (1995), cuidado humano e cuidar decorrem de esforços que se desenvolvem nas relações humanas no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. Nesta perspectiva, Mayeroff (1990) considera que o cuidado/cuidar favorece a auto-realização, bem como permite o ser humano viver o significado de sua própria vida.

Merece ser destacada também outra concepção de cuidado, proposta por Leininger (2001), que toma como base os hábitos culturais, os comportamentos e modo de ser de cada um, considerando a relevância destes aspectos ao se abordar a pessoa portadora de doença crônica.

Um outro significado, expresso em alguns depoimentos, vê o grupo como sendo uma família:

É uma família. Através do conhecimento de uma e da outra [pessoa], a gente se torna uma nova família. (Margarida)

Sinto, assim, como se fosse uma família sabe? Porque a gente vem aqui e faz mais amizade, né? Com as pessoas. Quer dizer que todo mundo é amigo. (Lírio)

Pra mim significa uma família [...] porque ali [na reunião do grupo], você está tendo aquele contato de 30 em 30 dias com a pessoa. Você sabe, dialogando com um, dialogando com outro, com a senhora, com o senhor. (Flor de Ipê)

Nesses depoimentos, observo que, a partir das interações entre os participantes do grupo, permeadas pelos diálogos e conversas, um vai conhecendo o outro, construindo laços afetivos, estabelecendo vínculos e compromissos.

Percebe-se com clareza que as referências que os entrevistados fazem ao grupo estão relacionadas às concepções que têm de família, que traduzem o modo como eles se estruturam, funcionam e agem, configurando a situação grupal que, segundo Pichon-Riviére (1998), tem seu modelo natural no grupo familiar.

Berstein (1986) corrobora este fato quando afirma que é a partir do grupo familiar, primeiro espaço de relações, que se constitui o grupo interno, com a internalização dos vínculos, servindo como modelo de aproximação a cada nova experiência com outros grupos, durante a vida.

Observa-se que estas concepções sobre grupo como sendo uma família vêm seguidas da expressão do sentimento de amizade que os participantes nutrem uns pelos outros. Este sentimento é também compartilhado por outros entrevistados:

Esse grupo representa muita coisa. Representa amiga. Apanha amizade aqui. Às vezes, uma que a gente não conhece começa a conversar; daqui a pouco a gente está amiga. (Rosa)

São todas minhas amigas. A gente fica conhecendo assim, através desses grupos. [...] O conhecimento das pessoas que a gente às vezes passa a conviver com elas. Eu acho muito bom. (Margarida)

Pra mim é muito importante estar ali no grupo. Não é só porque eu estou recebendo novas orientações, como também estou no meio dos meus amigos. [...] O grupo significa uma parte de grande valor entre nós todos. (Flor do Campo)

A importância do grupo reside no fato de este permitir conhecer outras pessoas e construir novas amizades. A partir do convívio entre estas pessoas, um vai conhecendo o outro, suas histórias, estabelecendo relações e fortalecendo vínculos.

Observam-se, nos depoimentos abaixo, os sentimentos de confiança traduzidos na possibilidade de contar com o outro em diferentes situações, a existência do vínculo construído e a manifestação de solidariedade percebida através do compartilhar as tristezas, as alegrias:

E hoje eu vou sair daqui, vou para casa. Acho que eu sinto assim, aliviada delas ali conversando [...] Uma fala, a outra fala. Uma ri, a outra ri. Então, eu acho bom. Eu acho que representa uma coisa boa. Porque já é uma coisa que a gente sente que tem alguém dando força para nós ali. (Copo-de-Leite)

Para outros entrevistados, o grupo significa segurança, apoio, ajuda:

Agradeço a Deus por estar no meio de uma ajuda. [...] Porque eu acho que para mim é bom. Porque dá assim um alívio, assim... Muitas vezes que a gente vem de lá com aquele pesadelo na mente. Pensando uma coisa, pensando outra. Aí, estou passando isso por mim. Está passando pela minha família. [...]. Então, eu acho, assim, que é um apoio maravilhado que a gente tem. (Copo-de-Leite)

Deixa eu ver... segurança. Uma segurança, uma tranquilidade para a gente. Tranqüiliza a gente muitas coisas. (Orquídea)

O significado de grupo para algumas entrevistadas relacionou-se com o desejo ou motivação de estar no mesmo, por ser um espaço disponível para a discussão da saúde e da doença:

As pessoas têm que procurar ter uma vida melhor, uma saúde melhor, pra gente mesmo. (Jasmim)

O grupo representa a minha atividade em saúde. (Margarida)

Percebe-se que nesses depoimentos, as entrevistadas vêem o grupo como um canal aberto para discussão dos seus processos de saúde e doença. Porém, apesar de as discussões serem expressas em torno da doença, a compreensão que estas pessoas têm é a de um processo dinâmico, deixando transparecer que há um desejo, uma motivação em direção ao foco da saúde. Talvez, isso decorra do fato de os profissionais de saúde apontarem a possibilidade de ter saúde ou de promover a saúde, apesar da condição de cronicidade da doença, como ressaltam Gualda e Bergamasco (2004).

Outros significados que emergiram referem-se ao sentimento de estar no grupo, sentir-se bem com aquelas pessoas e, também, as facilidades de acesso à tecnologia e recursos e à forma como os membros do grupo são tratados:

Me sinto bem. Sinto bem com as colegas de grupo. [...]. São todas minhas amigas. (Margarida)

Acho que sou bem tratada. [...]. Me sinto bem. Gosto de vir. Só não venho quando não dá. (Violeta)

Gosto demais. Gosto dos médicos. Eu gosto dos remédios [...] que eles receitam. Eu gosto de tudo. [...] Sinto bem. Eu sei que tem, assim, uma pessoa que está me atendendo direito. (Beijo)

O ser humano tem a necessidade de viver em grupo, seja para trabalhar, estudar, seja para divertir-se, em decorrência de sua natureza gregária. Assim, ele vai assumindo os modos de pensar, sentir e reagir do grupo. A constituição de grupo acontece a partir do momento em que as pessoas, em um processo interacional, compartilham as angústias, ansiedades, medos, tristezas e trocam experiências (ZIMERMANN, 1997).

O significado de grupo para os participantes deste estudo emergiu a partir de suas vivências no mesmo, suas interações, o compartilhar de sentimentos, as atitudes de uns para com os outros e o desejo e as motivações que os levaram a estar neste espaço. Segundo Charon (2004), o significado tem sempre como referência o mundo constituído da experiência humana, formulado e apreendido através de formas simbólicas e práticas interpretativas.

Assim, o contexto das reuniões de grupo mostrou-se repleto de significados das expressões humanas, interpretações e interações sociais que, como menciona George (2000), são determinados culturalmente, incluindo os valores religiosos, de companheirismo (social), políticos, econômicos, educacionais e tecnológicos.

Cabe ressaltar, que estes são aspectos primordiais no processo de saúde e doença na medida em que capacita as pessoas a terem controle sobre os fatores determinantes da saúde, a fim de melhorar sua saúde e poder gozar de uma melhor qualidade de vida, o que é corroborado por Antonovsky (1987), quando, ao propor o modelo salutogênico, explica que “as pessoas têm à sua disposição recursos de caráter interno e externo, o que lhes facilita administrar a vida”.

O referido autor, ao lidar com este modelo, trabalha com conceitos funcionais, quais sejam: como as pessoas concebem sua realidade, o que dá às pessoas sentido e significado para a vida e como as pessoas manejam a vida sendo capazes de criar uma coerência e fazer com que a realidade tenha um sentido (ANTONOVSKY, 1987).

Assim, foi possível apreender das falas dos entrevistados que estes conceitos são pertinentes ao espaço das relações construídas no grupo, emergindo destas os significados e os sentidos do grupo para estas pessoas.

5.2 O processo de grupo para a pessoa diabética

A assistência à pessoa diabética nas Equipes de Saúde da Família por meio de grupos tem por objetivo promover condições de aprendizagem no manejo do diabetes, visando a prevenir complicações e a dar suporte para as mudanças de hábitos e comportamentos que são imprescindíveis no controle da doença. Entretanto, os depoimentos demonstraram que os processos intragrupais foram tão ricos na construção do vínculo que extrapolaram o objetivo inicial do mesmo.

Observa-se que, nestes processos, os aspectos tanto da horizontalidade quanto da verticalidade favoreceram a mobilização de ações capazes de modificar conceitos, crenças e valores em relação à doença.

A partir das observações de campo, foi possível analisar os grupos, considerando as situações vivenciadas pelos seus integrantes e perceber um conjunto de processos relacionados entre si. Segundo Pichon-Riviére (1998), a ocorrência repetida destes processos nos permite considerá-los como fenômenos

universais de todo grupo, em sua estrutura e dinâmica. Tomando como referência os indicadores do processo grupal propostos por este autor, quais sejam: afiliação, pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e *tele*, foi possível conhecer a operatividade do grupo.

Afiliação ou Identificação

Alguns entrevistados identificaram-se com o grupo por ser um espaço onde eles se reconhecem como seres de necessidades, compartilhando de um mesmo problema, qual seja, serem portadores de diabetes. Neste sentido, eles expressam que têm algo, significativamente, em comum:

A gente, no lugar que tem mais pessoas que está fazendo a mesma coisa, a gente anima,... Quer dizer que não é só eu que tenho. [diabetes]. (Rosa)

A minha participação [no grupo] começou quando eu apresentei com diabete e eles [médicos] me falaram que eu tinha que fazer um acompanhamento [...]. E eu continuei no grupo e estou no grupo até hoje. (Flor do Campo)

Durante as reuniões, este fato também pôde ser observado, encontrando correspondência em Afonso (2003), que menciona que a identidade do grupo, ou o se sentir “nós no grupo”, está relacionada aos objetivos e demandas do mesmo, determinando assim o grau de coesão ou de dispersão no grupo. Portanto, a identidade do grupo terá mais força quanto maior a sua integração.

Quanto à identificação que os entrevistados fazem com o grupo e como o compreendem, os depoimentos revelaram que eles o consideravam como uma *turma*, manifestando a evolução que ocorreu desde o momento em que se inseriram no mesmo até quando, posteriormente, sentiram-se parte dele, como demonstrado nas falas abaixo:

No início, assim, custei a enturmar. Mas agora estou enturmada com eles.
(Jasmim)
Uma conta uma coisa, o outro fala outra coisa. Você sabe que está no meio
dessa turma. (Copo-de-Leite)

Uma das formas de avaliar a afiliação neste grupo foi a assiduidade das pessoas às reuniões. Elas, em sua maioria, compareciam freqüentemente, chegando antes do horário previsto, dirigindo-se ao espaço destinado à realização das mesmas e estabelecendo conversações entre si.

Pertença

Existe, nas histórias de cada um, a descrição de situações que mostram como foi ocorrendo a pertença no grupo. Durante a observação, percebi que, a partir das interações e envolvimento das pessoas, vínculos foram construídos ao longo dos anos de existência do grupo. Observei que sentimentos de simpatia prevaleciam no grupo, favorecendo os diálogos entre as pessoas sobre suas histórias de vida, dificuldades com a doença, com a manifestação explícita ou implícita de sentimentos de pertença com relação ao grupo:

Eu gosto muito desse grupo. Quando não fico sabendo [não é informada sobre a reunião] fico até triste [...]. Mas eu não falto. (Rosa)

Uma conversa com outra, a outra conversa com a outra. Cada uma vai sentindo assim, vendo que está melhorando. (Rosa)

É cada um falando o seu problema, o que está sentindo. A gente vai conhecendo cada um o seu problema, dando palpite com o outro. (Jasmim)

Nos relatos que se seguem, é possível observar a relação de confiança que se estabeleceu entre eles:

Tem que tentar fazer pela gente e pelas pessoas. Acho que um pouquinho, um dá uma palavra dali, outra palavra daqui, vai ajudando. (Jasmim)

Este fato pode ser observado com freqüência no grupo, quando as pessoas traziam para esse espaço seus problemas com familiares, as dificuldades de cada um para manter os níveis glicêmicos. Nesses momentos, percebi manifestações de apoio, de reforço positivo e, durante os esclarecimentos dos membros do grupo, os participantes demonstravam sentimentos de solidariedade uns para com os outros.

Observei que, no grupo, as pessoas compartilhavam seus problemas mais íntimos, suas histórias pessoais, manifestando sentimentos de inquietude ou preocupação; outras vezes demonstravam sentimentos de identificação e solidariedade diante do sofrimento do outro, conseqüentemente refletindo sobre seus próprios problemas e dificuldades:

Uma fala, outro fala. Uma ri, outra ri. Uma conta o problema dela; o meu problema está mais do que o dela. Outra vem, conta o problema dela, o problema dela está mais do que o meu. Eu falo: Graças a Deus não é eu só que tenho problema. (Copo-de-Leite)

A partir da afiliação e pertença, pode-se observar como as pessoas vão se tornando habitantes do mundo interno do outro e vão tendo o sentimento de pertencer ao grupo. À medida que as pessoas vão se conhecendo, a qualidade do vínculo transforma-se (GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Observei que este sentimento de pertença se manifestava em várias situações, como demonstrado em um dos momentos ricos do grupo, quando o coordenador convidou todos a cantar uma marchinha, sendo sugerida a música “Peixe Vivo”.

Todos se puseram a cantar e, durante o refrão – “Como poderei viver, como poderei viver, sem a tua, sem a tua, sem a tua companhia”, todos apontavam o dedo indicador em direção a cada um dos outros membros.

Ao final, o grupo fez uma reflexão, concluindo que ninguém consegue viver sozinho, que sempre precisamos um do outro, do apoio, do auxílio de cada um.

Durante a minha experiência com grupo de diabéticos, percebi, entretanto, que o compromisso e a identidade que cada um demonstrava eram diferentes, ou seja, o grau de coesão era diversificado, sendo percebido e manifestado pelos integrantes do grupo, principalmente, no momento de realização da tarefa.

Foi possível perceber que o grupo deste estudo foi se construindo a partir de um processo evolutivo, em que sentimentos de simpatia e calor humano foram manifestados, tornando os participantes muito mais próximos e criando intimidade para o compartilhamento de sentimentos e angústias, em um clima de acolhimento e escuta. Este fenômeno encontra ressonância em Rogers (1978), que afirma que os integrantes sentem-se próximos e com intimidade que lhes permitem se revelar, neste espaço, tomando conhecimento de si mesmos e dos outros.

Cooperação

Os membros do grupo, ao se articularem para realizar determinada tarefa, fazem-no em uma base de cooperação. Neste momento, há um interjogo de papéis diferenciados. A partir da articulação com o outro, acontece a discriminação de si mesmo e do outro, com o objetivo de complementá-lo, daí emergindo a verticalidade e a horizontalidade.

O papel de porta-voz do grupo foi manifestado quando um dos integrantes do grupo questionou sobre os direitos dos diabéticos de receberem a vacina de gripe, perguntando: "*A gente tem direito à vacina de gripe ou teremos que brigar por este direito?*" (T.F.C.). Em outra reunião, o coordenador, durante a leitura do folheto educativo sobre o diabetes, teve a sua fala interrompida por este integrante, que

questionou: *"Mas o grupo não é para discutir e conversar?"* (T.F.C.) Este membro, freqüentemente, controlava o seguimento da ordem de chegada para verificação das medições, o que contribuía para um clima de mal-estar no grupo, desencadeando comentários por parte dos outros membros, que revelavam uma antipatia para com o mesmo.

Durante as reuniões do grupo observei, de acordo com os papéis assumidos pelos seus integrantes, que estes interferiam com o desenvolvimento do grupo em virtude da presença de conflitos que, segundo Afonso (2002) são inerentes ao mesmo e podem ser entendidos a partir da tensão entre o interesse de cada um e o interesse do grupo. Neste particular, Pichon-Rivière (1998) contribui dizendo que o grupo, ao buscar realizar a tarefa interna, ou seja, trabalhar com os processos vividos pelo grupo, assim o faz no sentido de rever os seus conflitos e as formas de organização, envolvendo um processo grupal em constante estruturação e desestruturação desse campo e dos sujeitos envolvidos, em um movimento dialético.

Em outros momentos, porém, observei que os papéis assumidos originavam respostas no grupo no sentido da cooperação, o que foi demonstrado quando um dos membros expressou, para o grupo, sua ansiedade e preocupação quanto a seus problemas familiares, gerando uma inquietação nos outros participantes. Percebi que esta pessoa foi o porta-voz de uma situação incômoda, motivo de questionamento por outros membros, que é a influência dos aspectos emocionais, gerados por conflitos familiares, no controle da glicemia. Este fato pôde ser observado nas questões levantadas por outros membros do grupo, quais sejam: *"O diabetes pode ser emocional?"*. *"A depressão causa diabetes?"*

Muitas vezes, os participantes do grupo atribuíam a responsabilidade pelo controle inadequado da glicemia à existência de problemas emocionais, como demonstrado na seguinte fala: *“Tristeza! Tristeza não tem cura. Não estou entendendo isso. A realidade do que eu como, isto estou fazendo. Estou ficando seca de tão magra”* (Copo-de-Leite).

Assim, a capacidade de elaborar as ansiedades no grupo revela que este espaço propicia a reconstrução de significados acerca dos fatores que interferem com o diabetes.

Observei, ainda, que a flexibilização dos papéis que cada um assume no grupo possibilita a cooperação, a partir da elaboração conjunta dos obstáculos, ou seja, da elaboração das ansiedades, o que leva à realização da tarefa.

A capacidade de ajudar-se mutuamente, de discordar ou não do que está sendo dito ou do que está acontecendo no grupo foi um aspecto observado nos depoimentos:

Às vezes, uma pessoa fala uma palavra, aquilo intromete no coração da gente. Cada um dá um palpite. Quando dá um palpite errado a outra ri. A outra fala uma coisa certa, nós todas apoiamos que está certo. Num tá certo? Tá certo. (Copo-de-Leite)

Porque as coisas que acontece, muita gente, muitos amigos meus aqui já, até assim, já desabafou as coisas deles. Quer dizer, o que ele não gosta, eles desabafam ali pra mim na reunião, né? Eles [pessoas do grupo] falam aquilo que eles não estão gostando, mesmo do grupo que eles não estão gostando. (Orquídea)

As pessoas compartilhavam suas experiências, auxiliando no entendimento e manejo da doença. Outras vezes, expressavam as dúvidas e expectativas, possibilitando o apoio mútuo:

Eu poderia estar em situação pior [referindo-se ao enfarte] [...], se eu não procurasse acolher o conselho de outros que são diabéticos. [outros membros do grupo]. (Flor do Campo)

A gente discuti sobre isso [manejo do diabetes]. O importante é a gente manter o peso, evitar doce, açúcar. O risco que o diabetes traz pra gente, se a gente não se cuidar. (Acácia)

Percebi que há uma liberdade, conquistada, entre os membros do grupo, de apontarem questões que devem ser trabalhadas no manejo da doença:

O grupo ajuda muito a gente, a mostrar o quê que está errado. (Jasmim)

Buscar identificar as dificuldades que cada um tem e ajudar uns aos outros a compreender e avançar na tarefa é uma das funções que as pessoas assumem no processo grupal. Segundo Zimmerman (2004), esta situação representa uma vantagem ao se trabalhar com grupos, pois permite a conquista de uma franqueza natural e sem agressividade, que predispõe uns a alertar e a denunciar os movimentos falsos dos outros.

Assim, a cooperação acontecia no grupo durante a realização da tarefa. Além disso, durante as reuniões verifiquei que um buscava conhecer o outro, suas experiências e histórias:

As pessoas reúnem, quer saber o que que a gente é, o que a gente não é. O que você passa, o que você faz. Então, o que a gente sabe a gente explica, né? O que não sabe, não sabe, mas o que a gente sabe a gente explica. (Copo-de-Leite)

A receptividade do grupo para com novos membros e a cooperação com eles pôde ser observada durante uma das reuniões. Um novo membro se apresentava cheio de dúvidas, expondo-as para o grupo que se dispôs a esclarecê-las. Nesse momento, um dos outros integrantes, tentando tranquilizar o recém-chegado, comentou: *“No início é difícil, mas depois se acostuma e aprende o que pode e não pode comer”* (Copo-de-Leite).

Observei que, em muitos momentos do grupo, as pessoas mostravam interesse nas falas dos colegas que complementavam o que estava sendo dito, principalmente quando o tema em discussão eram os hábitos alimentares e a orientação alimentar voltada para a pessoa diabética. Percebi que, mesmo por parte daquelas pessoas que se mantinham em silêncio, a concordância ou não com o que estava sendo dito era expressa através de gestos de cabeça afirmativos ou negativos.

Pertinência

O grupo, para as pessoas diabéticas, tem a tarefa explícita de proporcionar, a partir da informação, da troca de experiências e dos esclarecimentos, o aprendizado do manejo da doença. Em um nível implícito, entretanto, sua tarefa é a resolução das ansiedades decorrentes das concepções que cada um tem sobre o diabetes e suas implicações, frente à necessidade de mudanças no estilo de vida e hábitos.

Considerando que a tarefa do grupo era aprender o manejo da doença, o que ajuda na superação do medo das complicações do diabetes, foi possível observar na fala dos entrevistados a insegurança pelo que estava por vir:

Porque quando a gente descobre que está diabético... dá um pavor na gente, né? Mete muito medo. Porque a pessoa pensa se não cuidar vai perdendo parte do corpo, perde perna, pé, perna. É muito triste. (Acácia)

Agora, depois de apanhar uns trinta acima, tudo aparecendo em mim. Igual esse negócio de diabetes mesmo. Isso foi um susto para mim quando eu comecei. (Copo-de-Leite)

Essa sensação de insegurança, entretanto, foi mudando, na convivência com grupo e à medida que a tarefa foi sendo internalizada:

Agora estou sabendo conviver com este problema. Pra mim, eu fiquei apavorada quando eu descobri. Porque eles falavam: 'Ah, vai ficar cega, perde membro do corpo'. E eu não sabia como que era. [...] Mas aí, eu vi que era totalmente diferente. [...]. Antes eu estava ruim mesmo. Hoje eu estou boa... Acho que é a convivência. (Jasmim)

Durante a observação, percebi a participação das pessoas trazendo as dúvidas, levantando questões pertinentes ao assunto, buscando conhecer sobre o diabetes e suas complicações. As informações e esclarecimentos, na maioria das vezes, eram prestados pelo coordenador. Entretanto, ficou evidente para mim que alguns membros do grupo participavam mais ativamente, contribuindo com os esclarecimentos, auxiliando os outros, a partir de suas próprias experiências.

O reconhecimento da importância do grupo no aprendizado do manejo da doença e perante a própria vida pode ser evidenciado a partir do seguinte depoimento:

Eles passam as orientações, as explicações como a gente deve comportar com a doença. A alimentação é a parte principal. E o remédio que a gente não pode deixar de não tomar. Se a gente tomar o remédio e fizer a alimentação correta, não tem problema. A gente tem a vida pra muitos anos. (Flor do Campo)

Assim, a convivência no grupo propiciou a construção de um novo esquema referencial considerado por Pichon-Riviére (1998) como o conjunto de experiências, conhecimentos, atitudes e afetos com os quais pensamos, agimos e atuamos na relação com o mundo e com nós mesmos. Este esquema referencial adquire unidade a partir do trabalho grupal, favorecendo o surgimento de um esquema conceitual referencial operativo (ECRO), de caráter dialético, que possibilita a adaptação a uma nova realidade.

Observei que, ao longo do processo, com a participação das pessoas no grupo, houve uma diminuição das ansiedades e dos medos existentes em função da

mudança de concepções sobre o diabetes, possibilitando que estas pessoas se adaptassem à realidade com maior aceitação do seu diagnóstico.

Percebi ainda a capacidade que as pessoas desenvolveram de centrar-se na tarefa proposta no grupo, que, segundo Pichon-Riviére (1998), constitui-se, junto com a cooperação e a pertença, um dos princípios básicos de grupo, qual seja, a pertinência. Portanto, ao se conjugarem estes três vetores, diz-se que o grupo está em situação de tarefa.

Comunicação

A partir da expressão verbal e pré-verbal (gestual) foi possível observar o indicador comunicação entre os membros do grupo, considerando tanto o conteúdo da mensagem quanto o como e o quem emite e recebe essa mensagem.

Durante as observações, percebi algumas diferenças nos vários momentos do grupo e entre os dois grupos observados. Algumas vezes, esses se apresentavam mais dinâmicos, as pessoas estavam mais comunicativas, participando mais ativamente das discussões e trazendo as suas contribuições. Outras vezes, as pessoas se mostravam mais caladas, menos participativas, as falas eram mais centradas no coordenador.

De acordo com Berstein (1986), é muito importante para a compreensão da dinâmica do grupo observar como as pessoas se comunicam. A comunicação é um dos aspectos que mais possibilita detectar e visualizar as perturbações nos vínculos entre as pessoas.

Outros aspectos a serem considerados no processo de comunicação são seu conteúdo e forma, que vêm definir a natureza do relacionamento entre as pessoas, durante a interação. Segundo Wright e Leahey (2002), a comunicação

consiste não apenas no que está sendo dito (conteúdo), mas também no tom do conteúdo, o que irá determinar o tipo particular de relacionamento, que pode ser carinhoso, cordial, conflitante, entre outros.

A forma como os membros do grupo deste estudo se relacionavam era muito variável. Observei que havia maior afinidade entre algumas pessoas que entre outras, a partir das expressões e da maneira carinhosa com que se tratavam. Também, a maneira como se comportavam no grupo era diferenciada: algumas pessoas eram mais falantes e expressavam mais as opiniões, enquanto outras eram mais tímidas. Quando o comportamento de alguma delas era diferente do habitual, como, por exemplo, estar mais calada, era percebido e comentado pelos outros membros, que indagavam o porquê daquele comportamento, com atitude acolhedora e manifestando interesse em ajudar e apoiar.

Observei na interação das pessoas a maneira como emitiam suas opiniões, o comportamento durante as falas, seja do coordenador, seja dos outros membros do grupo, muitas vezes manifestando a maneira de pensar de forma clara e objetiva, outras vezes de forma acalorada, veemente e entusiasmada e outras, ainda, de maneira insegura e tímida. Percebi que alguns, mesmo em silêncio, estavam atentos, concordando ou discordando do que estava sendo dito, através de gestos de cabeça afirmativos ou negativos.

Wright e Leahey (2002) afirmam que toda comunicação não-verbal é significativa, sendo percebida pelo comportamento e gestos das pessoas e que este comportamento é relevante quando se considera o contexto em que ocorre.

Outras pessoas, no entanto, se mostravam cabisbaixas ou com o olhar vago. Estas atitudes coincidiam com a abordagem de um tema repetitivo, o que gerava neles um desinteresse. Percebi, porém, que quando o tema discutido eram

os hábitos alimentares ou os sinais e sintomas do diabetes, havia uma participação maior das pessoas, que contribuíam cada uma com sua experiência e suas concepções.

Nesses momentos, observei que eles compartilhavam crenças, como a utilização de plantas, comentando a forma de preparo e suas aplicações, escolha de alimentos e forma de preparo para adequação às orientações alimentares voltadas às pessoas com diabetes e hipercolesterolemia.

Um momento rico do grupo foi observado quando a coordenadora propôs uma dinâmica em que eles imaginassem que no meio do círculo (disposição habitual do grupo) havia uma fogueira, e convidou todos a jogar nela tudo o que os estivesse aborrecendo. Cada um, a seu tempo, foi dizendo aquilo que jogaria fora: *“todo nervosismo e preocupação”, “toda tristeza”, “a raiva”, “todas as dores”, “toda doença que está em nós”*. Entretanto, duas pessoas explicaram que jogariam *“água na fogueira”*, o que provocou a discordância dos outros membros, que argumentaram que isso apagaria a fogueira. Esta situação possibilitou que as pessoas expressassem suas idéias, seus sentimentos e suas tristezas e provocou um processo de reflexão quanto ao cotidiano de cada um, aos aborrecimentos a que todos nós estamos sujeitos e também ao quanto nos aborrecemos desnecessariamente. Discutiu-se, também, como cada um procura trabalhar com estas situações.

Uma das entrevistadas fez essa reflexão, demonstrando a compreensão que tinha a respeito destes sentimentos e da maneira de lidar com eles:

Porque, igual eu estava falando com a assistente social: Ah, coração da gente é um campo, porque o dia que você está realizada com o coração, com tudo, a mente, você fica outra pessoa. Mas, se não está realizada a mente e o coração, a gente só caça saber: meu Deus, eu estou chateada. Às vezes, é uma coisinha à toa, não é coisa de chatear. Se chateia por si próprio, entendeu. (Copo-de-Leite)

Para Gayotto e Domingues (2001), a comunicação deve permitir amplas possibilidades de expressão entre os integrantes para que possam rever seus estilos, suas normas, atitudes e percepções, motivações individuais e grupais.

Observei também que as pessoas, em sua grande maioria, se comportavam com respeito, escutando e aguardando o término da fala do outro. Em alguns momentos, elas estabeleciam conversas paralelas, umas com as outras, embora relacionadas ao tema em discussão. Quando isso ocorria, o coordenador solicitava que elas compartilhassem a discussão paralela com o grupo.

Em uma das reuniões, as pessoas pareciam estar mais agitadas, todas falando ao mesmo tempo, havendo necessidade da intervenção do coordenador, que os repreendeu, solicitando que prestassem atenção ao que estava sendo dito.

Aprendizagem

No processo grupal, o aprender com o grupo foi desvelado nos depoimentos de quase todos os integrantes. A concepção dos entrevistados de que o grupo proporciona o aprendizado do manejo do diabetes pode ser observado nas seguintes falas:

Eu tenho aprendido muitas coisas aqui. Cada dia que a gente vem aqui no grupo, a gente aprende mais e mais com as outras. (Rosa)

A aprendizagem ocorre a partir das informações que cada membro do grupo traz na realização da tarefa, que se traduz em uma adaptação ativa à realidade, em um processo dialético, em que o sujeito, ao transformar-se, modifica o meio e, ao modificar o meio, modifica-se a si mesmo. Assim, esta adaptação ativa pode ser entendida como a capacidade do grupo em enfrentar os obstáculos,

desenvolvendo condutas de enfrentamento (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÉRE, 1998).

Observei que, a partir das interações das pessoas no grupo e do processo de comunicação, os participantes compartilhavam entre si as experiências que cada um tinha no manejo da doença, trocavam receitas e discutiam outras possibilidades de alimentação. Para Pichon-Riviére (1998), a aprendizagem como processo é a apropriação instrumental da realidade que permitirá modificá-la, ou seja, toda aprendizagem é social, é aprendizagem de papéis.

A situação grupal torna-se então um instrumento adequado para a aprendizagem, o que será tratado no próximo capítulo.

Tele

Observei que, em muitos encontros do grupo, havia um clima de descontração, com os participantes demonstrando disposição na realização da tarefa a qual se propuseram, mostrando-se motivados para compreender seus problemas, solicitando esclarecimentos, expressando suas opiniões e oferecendo sugestões.

O modo como os membros se sentiam no grupo foi assim expresso por um dos entrevistados:

Me sinto bem com todos os participantes. (Flor do Campo)

O depoimento que se segue demonstra a ligação existente entre os membros do grupo e o compromisso entre si e com o grupo:

É trocando de idéias, batendo papinho, perguntando pela família, se a família está boa, como que está. Eu sou assim. Sabe aquele lá? Aquele gorduchão ali? Todo dia que eu encontro com ele eu falo: Como é que vai a família? Quando eu venho [à reunião do grupo] passo na casa dele: 'Vamos à reunião hoje?' É desse jeito. (Flor de Ipê)

O reconhecimento da importância do grupo na vida destas pessoas como um espaço apropriado para buscar melhorar a sua vida foi revelado nos seguintes depoimentos:

Tudo incentiva a gente como tem que lidar, fazer um regime severo. Saber fazer para controlar o diabetes, porque se não, não dá. Se a gente fizer a dieta direitinho, a gente vive saudável, né? (Acácia)

O significado do grupo... Se eu falar. Você fala o ano inteiro direto. Só quem não gosta é quem não tem o problema. Quem tem o problema, ele gostando ou não, ele tem que participar do grupo porque é muito importante para a pessoa. (Flor de Ipê)

Na articulação dos membros no espaço do grupo, foi possível observar a presença deste indicador que permeia todos os outros, principalmente, o da comunicação e aprendizagem. Este fato é confirmado por Afonso (2002), na abordagem com grupos, quando comenta que é apenas na dimensão da *tele* que o grupo consegue desenvolver todas as outras funções no processo grupal.

5.3 O coordenador como co-pensador no processo grupal

Na constituição e desenvolvimento do grupo, o coordenador tem um papel fundamental, que é de acolhê-lo e incentivá-lo a buscar sua identidade e se constituir enquanto grupo. Por isso, apesar de não ser o objetivo do estudo avaliar o papel de coordenador desempenhado pelos profissionais de saúde, tornou-se relevante abordar este aspecto, no processo grupal, considerando as referências ao coordenador feitas nos depoimentos dos entrevistados.

Segundo Pichon-Riviére (1998), o coordenador assume a função, no grupo, de ajudar os membros a pensar e enfrentar os obstáculos, configurados pelas ansiedades básicas, promovendo o processo de comunicação e aprendizagem entre

eles, em um movimento dialético. Portanto, o papel que o coordenador assume é de co-pensador, ou seja, aquele que pensa junto com o grupo. Assim, a atitude do coordenador condiciona as reações do grupo.

Observei que a função de coordenador junto ao grupo era desempenhada por diversos profissionais, que nela se revezavam. Na maioria das vezes, este papel era desempenhado pela assistente social; outras vezes, pelo médico ou enfermeiro da equipe. Cada um destes profissionais, de acordo com suas habilidades, proporcionava ao grupo momentos educativos, com auxílio de recursos didáticos, como cartilhas ou quadro-mural. O desenvolvimento de atividades lúdicas, dinâmicas e técnicas de relaxamento e alongamento era realizado, especificamente, pela assistente social, que sempre estava presente em todas as reuniões dos grupos.

Nos momentos educativos, eram fornecidos esclarecimentos e informações quanto à doença, suas complicações, forma de manejo e controle, importância da adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida. Observei que os integrantes eram estimulados à reflexão, participação e discussão, trazendo para o espaço do grupo suas experiências. Outras vezes, eram desenvolvidas algumas dinâmicas, que favoreciam a interação do grupo, a construção do vínculo, a expressão de sentimentos e o compartilhar das ansiedades e angústias.

Nesse contexto, o papel desempenhado pelo coordenador junto ao grupo dava sentido e significado ao processo grupal, sendo isso revelado nos depoimentos dos entrevistados.

O acolhimento e integração de cada membro do grupo e a promoção da construção de vínculo proporcionada pela atuação do coordenador foram expressas por um dos entrevistados:

Todo mundo é amigo, a... assistente social, né? Que é uma pessoa muito boa, muito atenciosa, né? E dá muita atenção para a gente, sabe. É por isso que eu gosto. Eu gosto de vir, sabe. Eu gosto de ficar, né? Escutar as coisas que a assistente social, né? Explica ali [no espaço do grupo]. (Lírio)

O papel do coordenador como orientador, como aquele que aconselha, que repreende, que se reveste de autoridade e atitude de mando, que ensina e explica, que se põe ao lado para auxiliar e ajudar nos momentos difíceis, foi revelado pelos entrevistados:

Primeiro Deus. Mas a gente às vezes desobedece a um lado. Mas a gente está ali, insistente, sabendo que tem alguém orientando como faz, como não faz, para poder viver. Igual ao médico fala: 'Ô, gente, se vocês não souber vocês podem ter um derrame, vocês podem ter uma coisa diferente. Mas vocês também têm que ajudar. Nós te ajudamos vocês. Se vocês estiverem passando mal procura o grupo, procura vir, a assistência, a conversar para ver se nota alguma coisa, alguma coisa em vocês. Então, nós estamos aqui para ajudar. Então, vocês, também, procuram se realizar. Porque é um pouco meio difícil mesmo, a gente está sabendo. Mas o que nós pudermos fazer de estar do lado de vocês conversando, orientando, com o remédio, com uma coisa e outra... se está em dúvida procura a gente. Se está passando mal, procura a gente. Não fica passando mal. Não abaixa a cabeça não. Erga cabeça. Então, procura que a gente está aqui para o que der e vier para vocês. Está bom?'. Falei: 'Está bom. Tá bom'. E a gente fica feliz de ouvir. (Copo-de-Leite).

Porque eu acho que pra mim é uma boa. Porque a gente fica mais orientada. Porque o médico fala... a assistente social fala, aconselha. (Copo-de-Leite).

O médico chega e ainda brinca um bocado, ainda acaba de melhorar, ainda. Faz um bocado rir. Briga com um bocado, porque não está fazendo o que ele está mandando, né? (Copo-de-Leite).

A assistente social ajuda a gente a lidar com o diabetes, fazer exercício, tudo é importante ali. (Acácia)

Então, eles [coordenadores do grupo] falam isso pra nós. Eu estava pesando 90 quilos. Estou com 66 quilos. Sabe, é a dieta que eles mandam fazer. (Beijo)

Houve um reconhecimento positivo por parte de um membro do grupo quanto ao empenho do coordenador em orientar as pessoas para que elas se apropriassem do aprendizado, aderissem ao tratamento e desenvolvessem mudança de atitude:

Porque o médico, ele explica... ele explica, orienta, se a pessoa está fazendo tudo direitinho, correto, ele fica alegre, ele fica satisfeito, que o trabalho dele está sendo aproveitável. (Flor do Campo)

Quando as reuniões eram coordenadas conjuntamente pela assistente social e a enfermeira, outros temas eram discutidos no grupo como, por exemplo, os direitos das pessoas de acesso aos medicamentos e vacinação para grupos especiais:

Eu gosto muito do grupo e gosto da assistente social, gosto da enfermeira, né? Que a enfermeira sempre ensina a gente muita coisa. Põe a gente para saber quando as coisas que está te acontecendo. O que que a gente tem direito, o que não têm direito. Eles falam sobre direito que a gente tem. (Orquídea)

Observei que, ao mesmo tempo em que o grupo se organizava de uma forma reflexiva e dinâmica de modo geral, em certos momentos as ações e pensamentos se originavam dos próprios coordenadores, muito embora houvesse um grande empenho deles em estimular os membros do grupo a serem mais autônomos e mais independentes. Percebi que o coordenador participava, auxiliando na constituição, desenvolvimento e manutenção do grupo, sempre disposto a escutar e aceitar sugestões, a promover a rede de identificações e a valorizar os processos de cooperação, comunicação e aprendizagem.

Entretanto, percebi que falta capacitação dos profissionais para lidar com a emergência de sentimentos e emoções presentes no grupo. Neste sentido, vale ressaltar as afirmações de Munari e Furegato (2003) de que apenas a contribuição da experiência para a formação profissional não é suficiente para lidar com a dinâmica humana, pois o conhecimento desta é fundamental para a segurança quanto ao planejamento e a condução do grupo, possibilitando uma melhor utilização do potencial terapêutico do mesmo.

5.4 O grupo como espaço de aprendizagem e transformação

A aprendizagem em grupo permite que todos possam receber orientações, informações, esclarecer dúvidas, compartilhar experiências e sentir-se seguros por serem membros de um mesmo grupo.

A partir dos depoimentos, observei um denominador comum, que é o significado do grupo como um espaço de aprendizagem. Várias expressões foram utilizadas dando este sentido ao grupo, tanto pelas pessoas do grupo quanto pelos seus coordenadores.

A maioria dos entrevistados referiu-se ao grupo como espaço de aprendizagem do cuidado com o diabetes:

Porque a gente, às vezes, nem sabe cuidar direito da saúde. Aí, então, é pra aprender com o grupo [...], a gente está cuidando da saúde, está cuidando da gente mesmo e aprendendo com elas [membros do grupo].
(Jasmim)

A gente que fica em casa não sabe nada disso, né? E você acompanhando o grupo, você aprende muita coisa, muita coisa boa, sabe? (Lírio)

Estas pessoas compreendem que, no espaço do grupo, é possível aprender o cuidado com a saúde. Neste contexto, apóio-me no conceito de cuidado proposto por Leininger (2001, p. 46) como sendo um “fenômeno de assistência, apoio ou facilitação a outro indivíduo ou grupo com necessidades antecipadas ou evidentes, com o objetivo de melhorar a condição humana ou estilo de vida”. Entretanto, há que se observar que este aprendizado acontece a partir da interação entre as pessoas do grupo, sendo valorizado o conhecimento e a experiência que cada uma tem, possibilitando-lhes viver de modo mais saudável e mais independente.

Um dos entrevistados, em seu depoimento, relatou como acontece o aprendizado, o que eles aprendem e a compreensão de que a manifestação do adoecer é individual:

Aqui a gente conversa, brinca, troca idéias com os colegas. Por exemplo, a alimentação que é melhor pra a gente, pra saúde. Como a gente se descobriu que estava diabético, né? Como as pessoas se descobriram que estavam doentes. Como se manifestou a doença nelas. Porque cada um é... Cada caso é um caso. (Acácia)

Para algumas pessoas, o compromisso de estar sempre presente às reuniões decorre da importância que o grupo tem para elas enquanto fonte de informação e aprendizado:

Acho que se eu faltar pode falar qualquer coisa e eu fico sem saber... Porque eu gosto de acompanhar direitinho. (Rosa)

A oportunidade de estar aprendendo cada dia mais a respeito do diabetes é compreendida como fonte de motivação para continuar participando do grupo:

A gente anima,..., dá mais vontade de vir no grupo para aprender mais coisas. (Rosa)

A compreensão do grupo como um espaço onde as pessoas podem aprender sobre o diabetes foi identificada como um aspecto motivador para a inserção e participação de novos integrantes. Dessa forma, o convite para que as pessoas se integrassem ao grupo não era realizado exclusivamente pelos profissionais de saúde; existia liberdade para as pessoas convidarem outros membros:

Ela que vem e falou comigo que ela [Jasmim] vem, né? 'Não. É bom, vamos, é bom a gente ir ali no grupo, que fica sabendo muita coisa'. E lá eles ensinam a gente as coisas, assim, o que que a gente deve comer, o que a gente não deve comer. Que a gente em casa sempre procura saber o que que tem que alimentar, né? Mas aqui eles sabem, estão entrosados nas coisas aqui. (Orquídea)

O aprendizado de novos hábitos acontece durante o processo de grupo a partir das experiências compartilhadas e dos esclarecimentos feitos pelos próprios membros do grupo:

Às vezes eu falo assim: Eu tomo café. Aí os outros falam: Não pode comer açúcar. (Rosa)

Aprendi muito. Eu aprendi sobre muitas coisas que eu achava que podia comer, coisas sobre diabetes, e não pode. A gente aprende muito. (Violeta)

Ah! O grupo ali vai aprendendo uma com a outra, como lidar com diabete, com a dieta, alimentação, exercícios. (Acácia)

Além dos aspectos educativos quanto ao manejo do diabetes, outros aspectos também foram abordados no contexto do grupo, como os aspectos subjetivos do adoecer, os problemas emocionais que interferem com a saúde e a doença e até mesmo com a vida:

Eles ensinam a gente como a gente vai viver. Como a gente, né? O dia-a-dia da gente. Que a gente não deve ficar preocupada com as coisas, que deve ficar mais relaxada. (Orquídea)

Vale ressaltar que a aprendizagem não se limitava à incorporação de informações. Durante as observações, foi possível perceber que, nas discussões sobre alimentação, principal tema discutido no grupo, o coordenador buscava contextualizar as informações dentro dos hábitos alimentares de cada um, fazendo a adequação à realidade do diabético.

Ao se questionar sobre atividades físicas que são desenvolvidas pelos membros do grupo, foi levantada a possibilidade de sua realização durante os afazeres domésticos e na vida cotidiana, inclusive com orientações de postura adequada ao se desenvolvê-las. Assim, foi possível observar que as discussões, as orientações e informações eram integradas ao contexto das experiências de cada um.

O aprendizado no grupo ocorre de forma interacional entre seus membros e destes com os coordenadores, a partir de um diálogo em que perguntas e respostas são realizadas, estabelecendo discussões em torno de temas de interesse:

Nós fica ali e o médico faz perguntas para nós. A gente responde. Ele [médico] ensina, então, aquelas dietas do diabetes. (Beijo)

Fazemos troca de idéias. Às vezes, assim, particular, onde nós estávamos ali [no espaço destinado à realização do grupo]. Você sabe como que é. 'Eu como isso e isso'. Outro: 'Eu não como isso'. 'O que eu como pra não fazer mal?' (Flor do Campo).

De fato, este aprendizado acontece processualmente e não de uma só vez. A cada dia, há a oportunidade de se aprender, de compreender coisas que não foi possível compreender antes:

[...]. Cada dia que eu venho eu aprendo mais um pouquinho. (Jasmim)

Esta compreensão da aprendizagem em um movimento dialético, a partir de uma leitura crítica da realidade, que pressupõe movimento e mudança, foi desvelada em um dos depoimentos:

As reuniões do grupo me trouxe muito benefício porque você aprende. Você aprende e morre sem aprender nada. O mundo evolui e aquilo que falou no passado já não vale mais nada. As coisas mudam por isso a gente na verdade não sabe nada. (Flor de Ipê)

Assim, durante o acontecer grupal ocorre um processo de interação em que as pessoas vão se reconhecendo, a partir do diálogo e do intercâmbio que, segundo Pichon-Riviére (1998), acontece em um movimento em espiral dialética, em que cada resposta possibilita o surgimento de outras indagações.

Outro aspecto observado foi que o grupo aprendeu que o cuidado é importante não apenas para a pessoa que é diabética, mas para os outros que estão próximos a elas:

Eu achei muito importante porque a gente aprende como cuidar da gente e das pessoas que estão próximas da gente, né? (Acácia)

A dimensão que este aprendizado assume ultrapassa o cuidar de si, ampliando-se para o cuidar do outro (SOARES *et al*, 2001). Assim, percebi que aquilo que é aprendido é levado para a vida cotidiana, para outros espaços, como o da família e o da comunidade. Isto pôde ser percebido no depoimento que se segue:

Sempre a gente, quando vê as pessoas, assim, falar com as pessoas... Igual eu mesmo... Tem umas donas lá em cima que eu sempre falo com elas: 'Vocês bebem muito, né? Comem muito. Vocês têm que ir lá no posto para fazer exame pra diabetes. Quem sabe vocês estão diabéticas também'. (Cravo)

Observei que os membros do grupo foram adquirindo um aprendizado que lhes possibilitou aquilo que se denomina de uma adaptação ativa à realidade, que, de acordo com a proposta de Pichon-Riviére (1998), é um conceito dialético no qual o sujeito, ao se transformar, modifica o meio e, ao modificar o meio, modifica-se a si mesmo, transformando-se assim em um agente de mudança social. Portanto, esta adaptação está indissolúvelmente ligada ao processo de aprendizagem.

Através do depoimento de alguns entrevistados, pôde-se observar que o objetivo do grupo, qual seja, o aprendizado do cuidado com o diabetes, foi alcançado:

Esse grupo... Eu aprendi muita coisa nesse grupo, ta? Aprendi como alimentar, como alimentar meu marido, né? Porque ele é diabético mesmo. Ele é mais do que eu. Mas continuo a minha dieta. Não abuso, que eu já estou de idade e não posso abusar né? Que a pressão, se eu abusar a pressão também descontrola, né? Aí, me sinto bem, graças a Deus, muito bem. (Lírio)

Diferentemente da entrevistada, para outras pessoas estas mudanças acontecem pela ocorrência de alguma experiência negativa ou por medo de vir a acontecer complicações decorrentes do diabetes. Somente ao perceberem o quanto

o descuido pode afetá-las é que elas começam a melhorar o cuidado consigo mesmas:

Eu tive enfarte e fui parar no hospital. [...] Dessa época em diante, eu procurei me corrigir. Eu procurei pôr tudo em prática. [...] Faço tudo direitinho que eles manda. Não tenho problema. [...] Quer dizer que pra mim foi bom. Quer dizer que se eu não tivesse posto tudo isto em prática, que eles me pediram pra mim fazer, eu não estaria aqui hoje. (Flor do Campo)

A gente cuidando, vive normalmente, só tem que ter os cuidados, né? Com a alimentação, com a bebida, comida gordurosa, alimentar mais de fruta, legumes, verduras. Então, isso é muito bom, a gente saber cuidar da saúde. (Jasmim)

O comprometimento que cada um tem para alcançar as mudanças desejadas acontece individualmente e independentemente do grupo ou da compreensão que cada um tem a respeito dos problemas. Assim, percebi no âmbito do grupo uma responsabilização diferenciada entre seus membros, que para alguns ocorre após a experiência negativa de se ver internado por complicações do diabetes ou por outros motivos como, por exemplo, o advento de um infarto agudo do miocárdio (IAM), do qual o diabetes é um dos principais fatores de risco.

O aprendizado do cuidado torna-se então um objetivo a ser alcançado, em função da necessidade de se adaptar a uma nova realidade, adaptação esta que, segundo Pichon-Riviére (1998), acontece por meio do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos, em que a rede de comunicações é constantemente reajustada, sendo assim possível elaborar um pensamento capaz de diálogo com o outro e de enfrentar a mudança.

Percebe-se, portanto, que o grupo, em sua dimensão pedagógica, incentiva o processo de aprendizagem através da comunicação, em que as informações são socializadas e articuladas à experiência, possibilitando reflexões e elaborações. Conclui-se, então, que aprendizagem e comunicação são processos

coexistentes e cooperantes que trilham o mesmo caminho (PICHON-RIVIÉRE, 1998; GAYOTTO; DOMINGUES, 2001).

Os comportamentos, as formas de agir e de pensar que são determinados pela cultura, ocorrem em um processo acumulativo, resultante de experiências anteriores. Estes aspectos culturais presentes nas situações de saúde e doença são transmitidos a outros indivíduos, no intuito de auxiliá-los a se adaptarem a estas situações.

Desta forma, o grupo significa a oportunidade de aprender outras formas de pensar e de se comportar perante a doença e a própria saúde. Este aprendizado acontece a partir das informações, da troca de experiências, dos esclarecimentos feitos pelos profissionais de saúde, com base em sua própria cultura, e através dos outros membros do grupo que já adquiriram este aprendizado, ou seja, que já incorporaram hábitos e estilos de vida pertinentes à nova situação de saúde.

Ainda nesta perspectiva, Gayotto e Domingues (2001) afirmam que as pessoas aprendem a pensar juntas e a encontrar soluções para as dificuldades, cada uma contribuindo por meio de seu esquema referencial, ou seja, suas experiências, visão de mundo, valores e crenças.

Neste sentido, encontro respaldo na concepção de aprendizagem de Pichon-Riviére (1998), enquanto práxis, concebendo-a como um aprender a aprender e um aprender a pensar, apoiado em uma teoria do pensamento e conhecimento, que não são fatos individuais, mas produtos de um contexto social.

Outro aspecto a ser considerado quanto à aprendizagem no grupo refere-se ao ambiente em que esta ocorre e os recursos utilizados. Apreendem-se das falas dos entrevistados as referências que eles fazem ao clima presente no grupo que proporciona momentos de descontração.

Os entrevistados, ao falarem sobre a vivência no grupo, identificaram alguns recursos como jogos, brincadeiras, ginásticas, alongamentos, técnicas de relaxamento, dinâmicas utilizando toques e massagens realizadas no grupo. Estes depoimentos revelaram a compreensão que eles têm deste espaço como uma oportunidade de descontraírem, de relaxarem, de se divertir, de terem momentos de alegria:

Faz uma ginástica, uma massagem, faz o povo rir. (Jasmim)

É muito bom! Faz ginástica. A gente brinca, né. Então, é bom nesse sentido porque a gente tem uma luta, né. Porque cada um tem a sua luta em casa. (Acácia)

A gente tem a palestra. A gente até diverte, né. É muito bom para as pessoas. Até para a cabeça da gente, né. A gente vem e esquece tudo. Bate papo. Conta uma história. [risos]. Faz uma ginásticazinhas. (Cravo)

A gente vem, a gente conversa, um ri, outro fala uma piada, outro fala outra coisa, aquilo vai divertindo a mente da gente. (Copo de Leite)

Fico lá, mas é um divertimento, porque, quando sai uma conversa lá, assim, que muda o rumo das idéias todo mundo ri. (Copo de Leite)

A reunião do grupo é uma parte importante pra todos nós. Primeiro porque a gente distrai, conversa com um. São as horas que a gente passa ali tranquilo. [...] A gente sai de lá tranquilo, relaxante. (Flor do Campo)

A realização de atividades lúdicas no espaço do grupo, como as brincadeiras, permite que se trabalhe algum tema específico ou, segundo autores como Miranda e Almeida (1999) e Afonso (2002), até mesmo um conflito, porém esta estrutura deve permitir uma abertura perceptiva, a expressão de sentimentos e idéias, permitir que o sujeito se veja em situações não cristalizadas no cotidiano, e promover também uma sensibilização e uma disposição para a apreensão de novos significados.

Observei que estas atividades eram realizadas, durante as reuniões do grupo, com objetivo de trabalhar alguns conteúdos discutidos que remetiam para o cuidado, como, por exemplo, a importância da auto-massagem, principalmente dos pés e do corpo, visando a promover a auto-estima. Outros conteúdos trabalhados no

grupo com os recursos destas atividades foram: a importância de exercícios de alongamentos, principalmente, antes da realização de atividades físicas; desenvolvimento de exercícios para musculatura facial através da realização de caretas e técnica do riso; discussão de conteúdos pertinentes ao diabetes utilizando jogos, brincadeiras e dinâmicas.

As atividades lúdicas são definidas por Rabelo e Padilha (1998) como qualquer atividade: jogos ou brincadeiras, trabalho com massinhas, exercícios com os pés, jogos com música, atividade de relaxamento. Para estas autoras estas atividades produzem um distanciamento da realidade, estimulam a auto expressão dos integrantes, produzem relaxamento das tensões, proporcionando, ainda, entretenimento e reconhecimento de si mesmo.

Nesta perspectiva, Torres *et al* (2003) comentam que os jogos e brincadeiras utilizados nas atividades de grupo propiciam um ambiente agradável, que favorece a aprendizagem, facilitando a construção de processos internos. Além disso, estes recursos favorecem uma maior participação e comprometimento da pessoa diabética e do profissional de saúde na transformação do ambiente clínico e do próprio processo educativo realizado no grupo.

Observei que estas atividades incentivavam o grupo à ação e comunicação, facilitando o processo grupal e permitindo a expansão do conhecimento e possibilidades de interação. Entretanto, Miranda e Almeida (1999) e Afonso (2002) recomendam que estas atividades devam respeitar e ser adequadas ao processo do grupo.

Acredito que a realização de atividades dessa natureza no espaço do grupo tem contribuído para a motivação da pessoa no que se refere à sua

participação no grupo, à busca do aprendizado e à discussão das questões referentes ao diabetes.

5.5 O grupo como meio de controle da doença

O grupo como meio de controle da doença foi outro significado atribuído ao grupo pela maioria dos entrevistados. Nos depoimentos, foram revelados dois aspectos referentes a este tema, que é o reconhecimento da importância do grupo no controle da doença e a identificação dos recursos e tecnologias utilizados no grupo para o controle do diabetes, como a verificação da glicemia capilar, da pressão arterial e do peso, a realização de palestras educativas sobre o diabetes e suas complicações, as orientações quanto aos cuidados no manejo da doença, incluindo alimentação, atividades físicas e seguimento da terapêutica.

Observei que, em todas as reuniões dos grupos de diabéticos, os procedimentos de verificação do peso, pressão arterial e glicemia foram realizados, assemelhando-se a um ritual que cumpre com a função, segundo Helman (1994, p. 197), de “reafirmação periódica dos termos sob os quais os membros de uma determinada cultura devem interagir”, como, por exemplo, a verificação e comparação dos resultados da glicemia capilar e da pressão arterial.

Este ritual retrata, de maneira simbólica, determinados valores essenciais e orientações culturais que, em se tratando de pessoas portadoras de diabetes, reafirmam a condição de ser diabético e as necessidades específicas e inerentes a esta condição.

A importância do grupo no controle do diabetes foi evidenciada no seguinte depoimento:

Você incentiva as pessoas a vir ao centro de saúde pra saber como está sua glicose, como está sua pressão, que é muito importante. Então, esse grupo é muito importante. (Acácia)

A importância do grupo para o controle reside em um de seus aspectos, que é proporcionar acesso aos recursos tecnológicos e de aprendizagem que permitirão aos participantes se instrumentalizar para lidar com a situação no ambiente doméstico, tornando-se agente do processo, com poder de decisão, pelo conhecimento que têm da realidade:

Você vem fazer a glicose, se sua glicose está um pouquinho alta, você vai controlar. Tentar controlar. Se sua pressão está um pouquinho alta, você vai tentar evitar alguma coisa que você está fazendo pra mais. Controlar. Então, ajuda muito. (Jasmim)

E é bom que a gente faz exame da glicose também, né?. Porque a gente faz exame da glicose, a gente pesa, fica sabendo o peso da gente. (Orquídea)

A possibilidade de estar sempre verificando a glicemia capilar, a pressão arterial e o peso, utilizando os recursos existentes na UBS, permite aos membros do grupo se inteirarem de como estão a sua glicemia e pressão, ou seja, a verificação e avaliação destes dados é compreendida como possibilidade de manter a doença sob controle.

Assim, o grupo tem acesso às informações necessárias ao seu tratamento e à validação ou não de tudo que fazem para manter sob controle a sua doença:

Olha ajuda muito, né? Porque inclusive a gente vem e pesa. E eu engordei 1 kg e $\frac{1}{2}$. Aí já me orientou o que eu tenho que fazer. Então, isso ajuda muito. (Jasmim)

Para outro entrevistado, a concepção que este tem do grupo como meio de controle do diabetes proporciona uma sensação de segurança:

Esse grupo significa, assim, uma segurança, que a gente pode ter controle da saúde. Porque é difícil a gente conseguir as coisas sem controle. (Lírio)

Um dos entrevistados constatou, em seu depoimento, que as orientações por si só não se convertem em ações de cuidado; que o cuidado passa pelo desejo e vontade de cada um, que são fundamentais para o controle da doença; e que o cuidado é responsabilidade da própria pessoa:

Porque eles [coordenadores do grupo] falam as coisas e nos leva na brincadeira e não participamos do dia-a-dia do que eles falam. Eu tiro base por mim. [...] Mas estou bem. Eu vivo bem com a diabetes. Controlo. Tomo todos os remédios direitinho na hora certa. [...] Porque se nós fizer o controle, se nós fizer a alimentação correta, não tem problema nenhum. (Flor do Campo)

Para este entrevistado, as ações de cuidado voltadas para a pessoa diabética só foram incorporadas em seu cotidiano a partir do advento do IAM sofrido por ele. Após este episódio, o entrevistado procurou agir de acordo com as orientações sobre o manejo da doença. Remen (1993) afirma que o ser humano, ao se deparar com situações de crise, como as de doença, tem a capacidade natural de aprender algo valioso através da experiência, favorecendo o ganho subjetivo da compreensão, sabedoria e *insight*.

Entretanto, a fim de atender às necessidades específicas da pessoa diabética, as orientações quanto aos cuidados com a doença devem levar em consideração aspectos culturais como os hábitos alimentares e padrões de comportamento.

Leininger (2001) propõe formas de atuação dos profissionais de saúde que sejam culturalmente congruentes com a pessoa, a fim de auxiliar a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde, ou a adaptar, negociar ou ajustar hábitos de saúde e vida, ou a mudar os padrões de saúde ou de vida, tornando-os significativos para a pessoa.

Outros entrevistados também se mostraram conscientes do seu papel como principal agente controlador de sua doença:

[...] que a gente pode ter controle da saúde, né? Porque é difícil a gente conseguir as coisas sem controle, né. (Lírio)

Gualda e Bergamasco (2004) afirmam que o significado da doença está vinculado à forma como ela é vivenciada, contendo os sentidos sociais que possibilitam ao indivíduo percebê-la como algo que é compreensível e passível de ser controlado pela própria pessoa.

Entretanto, alguns membros do grupo estudado parecem ter delegado este papel ao grupo, eximindo-se de atitudes de autocuidado que orientam as ações no manejo da doença. Neste caso, o controle é entendido como possível apenas no espaço do grupo propriamente dito. Não há uma conscientização por parte de alguns membros de que esta é uma responsabilidade que lhes é inerente:

Sou controlada pelo grupo. (Rosa)

Observa-se que o comportamento desta entrevistada encontra respaldo em sua própria história, por se tratar de uma pessoa idosa que necessita de cuidados. Embora tenha duas filhas diabéticas, uma terceira filha e uma neta que são profissionais da área da saúde, esta pessoa demonstrou pouco conhecimento a respeito do manejo da doença. Em portadores de doenças crônicas, pode acontecer de a pessoa renunciar ao controle destas, tornando-se dependente dos profissionais de saúde.

Para outros membros do grupo, o manejo e controle da doença são facilitados e estimulados pela convivência, pelo estarem juntos no grupo, o que possibilita o compartilhamento de suas experiências pessoais com a doença:

Estamos sempre juntas, controladas. (Hortência)

O objetivo do grupo visto como espaço de aprendizagem do manejo da doença foi demonstrado anteriormente, porém, é pertinente lembrar que este aprendizado tem por finalidade o controle da doença. Por isso, podemos inferir a relação de importância que tem o aprendizado sobre o controle da doença.

Segundo Pichon-Riviére (1998), a aprendizagem não é determinada apenas pela troca de saberes e conhecimento, mas, também, pelas relações que as pessoas constroem entre si, com o ambiente e com o mundo.

Observei que, nas reuniões do grupo, os coordenadores motivavam as pessoas a exercer o cuidado, a partir da compreensão que cada uma tinha sobre a situação de ser diabético, valorizando o conhecimento e atitudes de cada uma, elevando a auto-estima delas para que pudessem se sentir capazes de controlar a doença e ter uma vida saudável. Isto pode ser constatado a partir do seguinte comentário feito pelo coordenador: *“Todos têm condições de conquistar uma melhora destes níveis”*, referindo-se aos níveis glicêmicos e pressóricos. Destaca-se ainda a satisfação e alegria de um membro do grupo que, ao verificar a glicemia, comentou que essa havia diminuído em relação ao mês anterior, pelo que foi parabenizada por todos os outros membros.

A partir das conversas e dos diálogos entre os participantes, observei que o grupo permitia que seus membros comparassem os resultados dos dados, os sintomas que cada um tinha, a forma como manejavam a doença a partir de suas experiências de ser diabético, o que pôde ser evidenciado pela seguinte fala de uma das pessoas do grupo: *“A minha glicemia está controlada, mas mês passado ela descontrolou”* (Acácia). Esta situação é percebida também no depoimento que se segue:

A gente vai conversando, vai sabendo se está melhorando, [...], se está sendo bom o controle ou se não está, a alimentação [...]. (Rosa)

Desta forma, ao falar da sua experiência, a pessoa tem a possibilidade de refletir sobre ela e examiná-la no contexto da experiência de outros membros, o que lhe possibilitará atribuir novos significados e perceber outros propósitos para a sua vida. Isso é corroborado por Gualda e Bergamasco (2004), que afirmam que outras crenças emergem da experiência em que significados são compartilhados e construídos, vindo a influenciar as decisões e comportamentos das pessoas.

A condição de ser portador de uma doença crônica exige obediência a normas e regras permanentes de adaptação e uma administração constante da situação de doença, demandando cuidado diário específico. Tendo isso em vista, observei que as pessoas passam por momentos de maior ou menor controle da situação:

Porque o diabetes faz [...] você comer mais. Come mesmo. Agora não. Graças a Deus agora parece que eu estou mais controlado, né? Porque a minha glicose sempre era 300, 300 e tanto, né? Mas agora estou mais controlado na alimentação. (Cravo)

A preocupação constante com o que se está comendo e a maneira como se alimenta está presente na vida cotidiana do portador de diabetes, o que gera estresse.

Uma das estratégias de enfrentamento da situação de doença é o comportamento aprendido, que minimiza o estresse no manejo desta situação.

O uso correto da medicação, alimentação adequada e realização de atividades físicas foram os principais aspectos discutidos no grupo, visando a que as pessoas mantenham o controle metabólico e evitem o aparecimento de complicações. Acrescente-se a isso o empenho dos profissionais de saúde em motivar estas pessoas para a mudança no estilo de vida.

O depoimento de outro entrevistado revelou o reconhecimento dos cuidados necessários para o controle e manutenção da saúde, como os referentes à alimentação:

Minha mulher brigava comigo. Falava desse negócio de alimentação, mas nunca me controlei. E aí, igual eu fui obrigado a parar de comer carne de uma vez. Eu aprendi a me governar a alimentação, né? Aquilo que eu não posso me alimentar. (Flor de Ipê)

A doença obriga o sujeito a interromper os hábitos e padrões vivenciados por muitos anos, levando à imposição de limitações e ao questionamento de determinados valores, prioridades, maneiras de ser, que eram considerados, anteriormente, como imutáveis (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

A pessoa diabética precisa de regras e cuidados, como a avaliação constante da glicemia e da pressão. Precisa saber reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, e seguir normas dietéticas. O controle pressupõe a criação de regras e normas para que a pessoa possa manter-se saudável, mesmo sendo portadora de diabetes. Entretanto, é necessário que ela esteja motivada a seguir estas normas, compreendendo a sua importância e incorporando-as ao seu cotidiano.

Uma entrevistada revelou que, ao conseguir se adaptar bem à dieta, conquistou um bom controle glicêmico, o que lhe possibilitou abandonar os hipoglicemiantes orais:

Porque falaram pra mim que eu estava diabética, 185 a primeira vez. Aí, abaixou. Abaixava, subia, abaixava, subia. Aí eles me deram o remédio. [...]. Eu falei: Eu vou fazer é o meu regime. Vou parar de comer as coisas que eu não devo comer, né? Então, parei de comer as coisas que não devia. (Lírio)

Entretanto, ela continuava participando das reuniões do grupo em virtude de seu esposo também ser diabético, demonstrando a preocupação com o cuidado em relação não só a ela mesma, mas também ao esposo:

Depois que começou a controlar... Meu esposo, nessa época... Meu esposo não ligava pra essas coisas, não. Então, quando ele foi fazer a glicose, estava mais alta do que a minha. Estava 200. Então, daí pra cá, eu passei a acompanhar meu esposo, mas agora eu venho mais para o grupo não é por mim, eu venho por ele, devido ao problema. Aí, eu aproveito e faço os exames. (Lírio)

Observei que outros recursos eram utilizados pelo grupo, logo após as reuniões, como o encaminhamento para consulta com o médico generalista daquelas pessoas que apresentaram resultados elevados de glicemia ou pressão arterial. Após a consulta, as pessoas se dirigiam à farmácia para aviarem as receitas. Embora, as reuniões do grupo não estivessem vinculadas à oferta destes recursos, pois os membros do grupo têm acesso a eles a qualquer hora, observei, durante a reunião, a identificação do grupo como uma oportunidade de controle a partir do acesso a estes recursos.

Cada pessoa convive e enfrenta a situação de doença de maneira própria. Para uns, ela é percebida como sofrimento, como sobrecarga, estando a doença sempre em foco. Por outro lado, existem pessoas que buscam criar condições e orientar-se de modo a se sobreporem a esta circunstância, não se vendo como vítima dela.

Para Gualda e Bergamasco (2004), as reações e formas como as pessoas enfrentam o adoecimento dependem da personalidade e recursos pessoais.

Controlar assume o sentido de monitorar com frequência a condição de ser diabético e, para isto, a pessoa recorre a mecanismos de enfrentamento que compreendem esforços cognitivos e comportamentais. Um modo de enfrentamento

é o desejo de aprender sobre a doença, tornando-se capaz de exercer o controle sobre ela e, assim, evitar complicações, abrindo a possibilidade de ter uma vida saudável e conservar a saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

"No meu fim está o meu começo" (T.S. Eliot).

Ao percorrer o caminho da etnografia na realização deste estudo, deparei-me com alguns desafios.

O primeiro deles foi quanto à aquisição de habilidade e postura como pesquisadora, considerando a opção pela abordagem qualitativa, especificamente, a etnografia, como caminho metodológico. O segundo foi quanto a realizar este estudo em um cenário que me fosse familiar e, que envolveu a minha capacidade de olhar, escutar e observar além das aparências. Por último, o próprio tema me foi bastante instigante.

Respalhada por um referencial teórico-metodológico, busquei os instrumentos necessários para vencer estes desafios, através de uma disciplina e organização que se fizeram presentes em todos os momentos do meu trabalho, do exercício de humildade e abertura para aprender com aquelas pessoas a quem observei e do desenvolvimento da capacidade de abstração e síntese.

Porém, ao término deste trabalho, me vejo diante de novas possibilidades, novos caminhos, ao perceber que a temática não se esgotou, que novas indagações são possíveis, que há muito para se pesquisar.

Assim, um sentimento de realização surge em mim, por ter conquistado mais uma etapa em minha vida pessoal e profissional, bem como um desejo de investir em outros desafios.

Apóio-me na afirmação de Geertz (1978) quanto à vocação essencial da etnografia não ser a de responder às nossas questões mais profundas, mas, sim, de colocar à nossa disposição as respostas que outros deram.

Entretanto, neste momento, busco refletir a respeito da experiência que este estudo proporcionou para meu crescimento pessoal e profissional. Assim, compartilhar com o grupo estudado esta experiência, observando como eles interagem, as relações que construíram e o sentido de cooperação presente entre eles, possibilitou-me refletir sobre a minha própria experiência de fazer parte de grupos, sejam eles familiares, de trabalho ou de estudo, considerando a atitude gregária inerente ao ser humano.

Também, pude refletir sobre a minha experiência profissional com grupos de diabéticos em UBS, o que me proporcionou um olhar mais ampliado sobre a condução de grupos, buscando estar atenta aos aspectos culturais que influenciam os seus comportamentos.

Ao procurar compreender o significado de grupo para a pessoa diabética que vivencia esta experiência, deparei-me com a preocupação que a pesquisa qualitativa provoca, que é a busca por desvelar os significados que, segundo Minayo (2001), estão contidos nas relações sociais e ações humanas, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos.

Assim, ao trilhar o caminho etnográfico, observando, descrevendo e analisando o grupo de diabéticos, procurei compreender quais significados, crenças e valores estavam presentes no contexto do grupo.

Desde os contatos iniciais, procurei ter o cuidado de interagir de maneira sensível com os informantes, buscando criar vínculos e relação de confiança, no intuito de apreender seus significados ao vivenciar a experiência de grupo.

Assim, quando apresentei as entrevistas para serem validadas, surpreenderam-me as manifestações destas pessoas, que se mostraram comovidas com as próprias histórias, com o falar de si e do grupo, expressando o sofrimento, as conquistas e desafios de ser diabético.

O trabalho de campo proporcionou-me apreender os significados, sentimentos, comportamentos, crenças, experiências e aprendizados que foram desvelados nos depoimentos e nas observações durante as reuniões do grupo.

Os significados que emergiram dos depoimentos traduzem a experiência que as pessoas vivenciaram no grupo, determinando o seu comportamento, sua forma de sentir e pensar, influenciando a organização e construção do grupo. Assim, expressões como vida, família, amizade, segurança, apoio, ajuda e confiança foram significativas e revelaram as concepções que as pessoas têm do grupo a partir de suas interações, do compartilhar sentimentos e atitudes e das motivações de estar no grupo.

A partir da análise do processo de grupo, foram desvelados vários fenômenos que estiveram presentes e que, de acordo com Pichon-Riviére (1998), por sua ocorrência repetida, são considerados como fenômenos universais de todo grupo. Foi possível detectar fenômenos como afiliação e identificação, pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e *tele*.

O papel do coordenador revelou-se fundamental para a constituição, identidade e desenvolvimento do grupo. Entretanto, foi observada a carência que este profissional tem para lidar com sentimentos e emoções que surgiram no grupo, sendo necessário um maior conhecimento desta dinâmica para melhor utilização do recurso terapêutico do grupo.

Desta forma, a partir da análise e síntese dos indicadores grupais propostos por Pichon-Riviére (1998), foi possível observar a operatividade do grupo, bem como, a experiência de grupo que se apresentou de forma dialética, durante o processo grupal, principalmente, nos momentos de aprendizagem e comunicação, expressos nos depoimentos dos entrevistados.

Em se tratando de uma doença como o diabetes mellitus, que tem curso crônico, com possibilidades de complicações, o aprendizado do manejo da doença é de fundamental importância, pois implica mudanças de hábitos e comportamentos para o controle efetivo desta.

A preocupação em desenvolver atividades educativas voltadas para a pessoa diabética tem sido demonstrada em outros estudos, com o respaldo do Ministério da Saúde, que afirma ser a educação parte integrante do tratamento, pois o controle adequado só é possível se o paciente for instruído sobre os princípios que fundamentam o seu tratamento (BRASIL, 2001).

Entretanto, mudanças de hábito e estilos de vida não acontecem em função da aquisição de conhecimentos. Há que se considerar os aspectos emocionais e culturais, as habilidades e capacidades a serem desenvolvidas. Barbui e Cocco (1999) sugerem que, nas atividades educativas, estes aspectos sejam contemplados. Assim, a utilização de grupos como espaço de aprendizagem torna-se um recurso valioso, possibilitando o relacionamento, as trocas de experiência, pautados pela cooperação, o apoio e a mútua ajuda, principalmente, no caso de pessoas diabéticas, de quem se exige esforço e disciplina constante.

Diante do exposto considero importante destacar novos desafios e recomendações que ficam abertos em relação ao seguinte:

- Pesquisa:

Desta experiência com grupo para as pessoas diabéticas, fica a certeza de novas possibilidades de estudos que possam ajudar na construção do conhecimento voltado para a prática de enfermagem, indicando caminhos possíveis para uma assistência que contemple as atividades de grupos voltados aos portadores de doenças crônicas, considerando a importância que esta abordagem representa para as pessoas hipertensas e diabéticas.

O conhecimento científico é aberto, dinâmico, acumulativo e permite novas possibilidades de estudo ou aprofundamento de um tema, por isso não pretendi com este estudo esgotar o tema proposto, mas sim trazer algumas contribuições e reflexões a respeito do mesmo.

Entretanto, surgem outros enfoques para futuras pesquisas relacionadas ao tema, como, por exemplo: Que concepção de grupo sustenta as atividades de grupo realizadas nas UBS no modelo do PSF? Como os integrantes do grupo compreendem a operatividade do mesmo? E como os profissionais de saúde, compreendem esta operatividade?

- **Ensino e Assistência:**

O trabalho com grupos é um desafio para a enfermagem e outros profissionais de saúde que coordenam atividades dessa natureza, pois requer dos mesmos a conquista de habilidades para desenvolver atividades de grupo. No caso da enfermagem, nem todas as escolas têm em seus currículos disciplinas que possibilitem esta formação. Munari e Furegato (2003) mencionam que alguns cursos de graduação já identificaram e reconheceram a relevância desse conhecimento na formação do enfermeiro, desenvolvendo disciplina específica que contempla o trabalho em grupo a ser utilizado tanto para o ensino, quanto para a assistência de enfermagem, como é o caso da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

A interrelação entre ensino e assistência se desenvolve em uma busca constante pela práxis, com uma necessidade cada vez mais premente.

Considerando o âmbito da assistência e do ensino, faz-se necessário criar espaços onde se possa vivenciar a experiência de grupo quanto ao aprendizado da condução de grupos, bem como quanto à integração como participante do mesmo, pois o vivenciar possibilita a apreensão do processo grupal em sua complexidade, bem como permite perceber a importância da utilização da técnica de grupo operativo voltada a segmentos específicos, o que é corroborado por Lucchese e Barros (2002) ao afirmarem que aprender vai além do mero conhecimento, que só se aprende algo quando se vivencia este algo na teoria e na prática.

Espero que este estudo possa contribuir com reflexões sobre as técnicas de grupo, com finalidade educativa, realizada pelos profissionais de saúde no âmbito das UBS, considerando a técnica operativa de grupo proposta por Pichon-Riviére (1998), e que possam surgir, a partir da articulação entre instituições de ensino e serviço, espaços de discussão e operacionalização de grupos operativos destinados à capacitação de enfermeiros e de profissionais de saúde no trabalho com grupos.



REFERÊNCIAS

AFONSO, L. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2002. 144 p.

_____. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2003. 251 p.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 174p.

ANDALÓ, C. S. A.. O papel do coordenador de grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, vol. 12, n.1, p. 135 – 152, 2001. ISSN 0103-6564.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

BAPTISTA, M. E. C.; VALLE, E. R. M. **Fenomenologia do existir do diabético**. 1992. 99f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

BARBUI, E. C., COCCO, M. I. M. Práticas educativas em diabetes mellitus: uma revisão bibliográfica. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.4, n.2, p.49-57, jul/dez.,1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BION, W. R. **Aprendiendo de la experiencia**. México: Paidós, 1991. 131p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do Programa BHVIDA. **Promoção da saúde e organização dos serviços**. 2002. 15p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do Programa BH VIDA. **Programa BH VIDA – Equipes de saúde da família**. Versão preliminar. Março, 2001. 19p.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichon-Riviére à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986. cap. 8, p. 109-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, 2000. 103p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes**

mellitus/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 98p.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1994. 336 p. (Coleção Ciências da Educação).

CARNEIRO SILVA, A. L. A.; MUNARI, D. B.; LIMA, F. V.; SILVA, W. O. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, p.18 – 24, 2003.

CHARON, J. M. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 5. ed. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (org.) et al. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. 350p.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. 4. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

DOMINGUES, I. **Técnica de grupo operativo**: a observação ativa como prática criativa e o desenvolvimento da “atitude psicológica”. 1994. 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Construindo a análise do conceito: condição crônica de saúde. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 49 – 62.

GAYOTTO, M. L. C.; DOMINGUES, I. **Liderança**: aprenda a mudar em grupo. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 97p.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.13-41.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos da prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 297-309.

GREGARISMO. In: JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 119.

GRUPO. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1013.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (org). **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. 350 p.

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p.297-309, dez. 1995.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

KAES, R. O mal-estar do Mundo Moderno e a experiência transicional do grupo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO, 1986, Zagreb. **Texto apresentado...** Zagreb [s.n.], 1986.

KLEINMAN, A., EISENBERG, G.L., GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross- cultural research. **Ann. Int. Med**, v. 88, n. 2, p. 251- 258, 1978.

LEININGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune and Stratton, 1998.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. Mississauga: National League for Nursing, 2001. p. 5 – 68.

LUCHESE, R. BARROS, S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 66-74, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 98 p.

LUNARDI, V.L.; FILHO, W. D. L.; ALVES, A. O.; FREIRE, C. S. Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 29 – 34, jul/dez. 2000.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1990.

MELLO FILHO, J. Grupoterapia com paciente somáticos. In: OSÓRIO, L. C.. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 280p.

MINAYO, M. C. S. (ORG.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80p.

MINICUCCI, A. **Dinâmica de grupo: teorias e sistemas**. São Paulo: Atlas, 1997. p.164-66.

MIRANDA, E. M.; ALMEIDA, M. A. O uso da dinâmica em grupo de pacientes somáticos. **Caderno Psicologia**, Belo Horizonte, v.6, n.8, p.33-43, jul.1999.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução a teoria e a prática**. 2. ed. rev. Campinas: PSY, 1993. 377p.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.31, n.2, p.237-50, agosto, 1997.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F.. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003. 77p.

OLESEN, V. **Fields notes: some suggestions, some examples**. San Francisco: Sage, 1991.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Porto Alegre, v. 6, n. 10, p. 63 –74, fev. 2002.

PEREIRA, G. A., LIMA, M.A. D. S. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 142-157, julho de 2002.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado**: percepções de portadores de diabetes mellitus tipo2. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 239 p.

PORTARRIEU, M. L. B.; OKLANDER, J. T. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986. p.135-141.

RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. S. A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 106-117, set/dez. 1998.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. São Paulo, Summus, 1993.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.161p.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr., 2003.

SOARES, S. M. Os grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: uma análise crítica segundo a concepção de Pichon-Riviére. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEN, 1996. p. 361.

SOARES, S. M.; FREITAS, M. E. A.; CARNEIRO, M. L. M.; JESUS, D. S. S.. Cuidar do outro e de si mesmo: a compreensão de uma equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5 n.1/2, p.20-26, Jan./Dez.2001.

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. New York: Holt Rinehart and Winston, 1979. 242p.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno Saúde Pública**. [online]. Jul./ago. 2003, v. 19, n. 4, p. 1039-1047. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php.ISSN 0102-311X. Acessado em: 08/10/04.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H.. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18 – 28, jan. 1990. 203p.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 13 -61.

ZANETTI, M. L. **Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética**. 1990. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424p.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica – uma Re-Visão**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 471p.



ANEXO I - Termo de consentimento

Título do trabalho: A vivência de grupo: Experiência para as pessoas diabéticas.

Autora: Shirley Pereira de Almeida

Sumário do projeto: Trata-se de uma pesquisa qualitativa (estudo etnográfico), com vistas à obtenção do título de mestre, cujo objetivo é compreender o significado da vivência de grupo para as pessoas diabéticas que participam de grupos operativos em uma unidade básica de saúde. A população do estudo será constituída por usuários de uma Unidade Básica de Saúde, do município de Belo Horizonte, portadores de diabetes mellitus, integrantes de grupos operativos.

A coleta de dados será feita por meio de observação participante e entrevistas gravadas em fitas cassetes, que serão realizadas na Unidade Básica de Saúde S.R.C. O anonimato dos participantes será mantido, com a utilização de nomes fictícios, em todas as etapas do estudo. A participação não se converterá em benefícios financeiros aos participantes, mas em muito contribuirá na ampliação do conhecimento sobre a experiência vivenciada nos grupos de diabéticos. Aos sujeitos deste estudo fica preservado o direito de interromper sua participação a qualquer momento e, não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo, de qualquer natureza, bem como, poderão ser solicitados quaisquer informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

Nesta oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados, através de trabalhos técnico-científicos, colocando-me, ainda, à disposição dos participantes para discussão.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Shirley Pereira de Almeida

Rua Nunes Vieira, nº388, Aptº 1504, Santo Antônio, Belo Horizonte, MG.

Fone: (031) 3296.31.41 – 8828.49.47 – e-mail: shirleypalmeida@ig.com.br

Orientadora: Profª. Drª. Sônia Maria Soares – Fone: 3248.9855

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG-COEP:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Prédio da Reitoria -7º andar, sala:7018

CEP:31.270-901 – BH-MG. Fone: (31)3499-4592.

Entendimento do participante: Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, estando a pesquisadora sempre pronta a respondê-las.

Consentimento: Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar da pesquisa, na qualidade de participante voluntário e, também, para a divulgação dos dados por mim fornecidos.

Assinatura do Participante _____

Data: ____ / ____ / ____

Discuti este projeto com o participante, usando linguagem acessível e apropriada. Acredito ter propiciado as informações necessárias para o cliente, segundo os princípios éticos de pesquisa e, também, que ele tenha compreendido todas as minhas explicações.

Assinatura da Pesquisadora _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO II - Solicitação para coleta de dados

Belo Horizonte, 25 de Janeiro de 2005.

Exmo. Gerente C.S. S.R.C.

Prezada Senhora,

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo será realizado dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como título provisório: "A VIVÊNCIA DE GRUPO: A EXPERIÊNCIA PARA AS PESSOAS DIABÉTICAS".

Os participantes desta pesquisa serão os portadores de diabetes mellitus que participam de grupos operativos nesta Unidade de Saúde. Para isso, necessito de uma autorização de V. S^a para que possa estar realizando a pesquisa e, conseqüentemente, a coleta de dados nesta unidade.

Na oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos do estudo, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Diante do exposto venho solicitar, pela presente, sua autorização para realizar a pesquisa a que me proponho, solicitando ainda o seu de acordo neste documento.

Certa de contar a atenção de V. Sa. coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Shirley Pereira de Almeida

R. Nunes Vieira, nº 388, Aptº 1504, B. Santo Antônio, Belo Horizonte, MG.

Fone: 3296.31.41(Res.), Celular: 8828.49.47 – e-mail: shirleypameida@ig.com.br

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares – Fone: 3248.98.55

De acordo: _____

ANEXO III - Solicitação para coleta de dados

Belo Horizonte, 10 de Fevereiro de 2005.
Exmo. Gerente do Distrito Sanitário Centro- Sul
D.D. Regina Helena Lemos P. Silva

Prezada Senhora,

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo será realizado dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como título provisório: “A VIVÊNCIA DE GRUPO: A EXPERIÊNCIA PARA AS PESSOAS DIABÉTICAS” (Título provisório).

Os participantes desta pesquisa serão os portadores de diabetes mellitus que participam de grupos operativos no Centro de Saúde S.R.C.-GERSA-CS. Para isso, necessito de uma autorização de V. S^a para que possa estar realizando a pesquisa neste Distrito Sanitário.

Na oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos do estudo, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Diante do exposto venho solicitar, pela presente, sua autorização para realizar a pesquisa a que me proponho, solicitando ainda o seu de acordo neste documento.

Certa de contar a atenção de V. Sa., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Shirley Pereira de Almeida
R. Nunes Vieira, nº 388, Aptº 1504, B. Santo Antônio, Belo Horizonte, MG.
Fone: 3296.31.41(Res.), Celular: 8828.49.47 – e-mail: shirleypameida@ig.com.br
Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares – Fone: 3248.98.55

De acordo: _____

ANEXO IV – PARECER COEP UFMG

ANEXO V – PROTOCOLO COEP SMSA-PBH

ANEXOVI - Validação das entrevistas

Solicito a colaboração do grupo de diabéticos que vem contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “A vivência de grupo: A experiência para as pessoas diabéticas” (título provisório), com o objetivo de dar continuidade ao processo de construção do referido trabalho.

Neste momento, será apresentada, em anexo, a entrevista transcrita para que seja validada. Para tanto, é necessário que você leia o texto e, em caso de dúvida sobre as informações prestadas, as fitas magnéticas poderão ser checadas. Não havendo dúvidas, no prazo de dez dias, a entrevista será então validada para que se possa dar continuidade ao trabalho de pesquisa.

Agradeço a colaboração e comunico que o prazo de realização da pesquisa é Março de 2006.

Shirley Pereira de Almeida

Belo Horizonte, ____/____/____

Concordo com a transcrição: _____

ANEXOVII – CRONOGRAMA DOS GRUPOS

CRONOGRAMA DOS GRUPOS OPERATIVOS DA EQUIPE VERDE		
MÊS	DIA	OBS:
FEVEREIRO	14	Em julho não haverá grupo. As reuniões acontecerão às 2ª feiras do mês, às 07h30min.
MARÇO	14	
ABRIL	11	
MAIO	09	
JUNHO	13	
AGOSTO	08	
SETEMBRO	12	
OUTUBRO	10	
NOVEMBRO	14	
DEZEMBRO	12	

CRONOGRAMA DOS GRUPOS OPERATIVOS DA EQUIPE AZUL		
MÊS	DIA	OBS:
FEVEREIRO	10	Em julho não haverá grupo. As reuniões acontecerão às 5ª feiras do mês, às 07h30min.
MARÇO	10	
ABRIL	14	
MAIO	12	
JUNHO	09	
AGOSTO	11	
SETEMBRO	08	
OUTUBRO	13	
NOVEMBRO	10	
DEZEMBRO	15	

Fonte: Quadro de programação de atividades das equipes.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura: _____

Local: _____

Data: ____/____/____