

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

**TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
Concepções, Estrutura e Estratégias Para o
Cuidado Transcultural**

Belo Horizonte - MG
2007

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

**TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
Concepções, Estrutura e Estratégias Para o
Cuidado Transcultural**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares

Belo Horizonte - MG
2007

Fernandes, Maria Teresinha de Oliveira

F363g Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural/Maria Teresinha de Oliveira

Fernandes. Belo Horizonte, 2007.

179f., il.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.

Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Sônia Maria Soares

1. Estrutura de grupo 2. Antropologia cultural 3. Equipe de assistência ao paciente/normas 4. Equipe de assistência ao paciente/tendências 5. Educação do paciente/métodos 6. Diabetes *mellitus* 7. Hipertensão

I.Título

NLM: HM 100

CDU: 301.151

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG.



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural", de autoria da mestranda Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profª Drª Sônia Maria Soares - ENB/UFMG - Orientadora

Profª Drª Juliane Corrêa Marçal - FAE/UFMG

Profª Drª Denize Bouttelet Munari - FEN/UFMG

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 18 de maio de 2007

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, ao longo de minha vida, me ajudaram a escrevê-lo, sem saber ... meu primeiro grupo ...

Ao meu querido pai,
que me deu a vida e segurando em suas mãos dei meus primeiros passos, que enquanto estivemos juntos sempre reforçou minha estima e me deixou lições para toda a vida, saudades!

A minha mãe,
pelo cuidado e amor, grande exemplo em minha vida, sempre com o objetivo de me guiar pelo melhor caminho.

Ao meu grande amor, Vânia,
pelo incentivo, apoio e carinho. Por compreender com paciência e confiança as minhas ausências. Obrigada por fazer parte da minha vida.

Às minhas irmãs Ducarmo e Conceição,
que sempre estiveram comigo presentes e ativas, respeitando e compartilhando meus momentos de incertezas e alegrias.

Ao meu irmão José Luiz,
minha cunhada Carminha e
meus sobrinhos André e Fábio,
pelo apoio e carinho, por compreenderem minhas ausências.

Hoje, estou vencendo mais um desafio, dedico a vocês esta conquista.

A minha gratidão!

Agradecimentos

A Deus,
meu Guia incondicional, que me deu força, motivação, paciência e perseverança para que eu enfrentasse todos os obstáculos com alegria nesta caminhada.

À Profª Drª Sônia Maria Soares,
pela orientação, confiança depositada, oportunidade, incentivo, respeito, sobretudo pelos ensinamentos.

Às pessoas maravilhosas e instituições
que estiveram ao meu lado, contribuindo a cada momento, direta ou indiretamente, vocês foram fundamentais, em especial:

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,
aos professores pela oportunidade de crescimento profissional;

À Profª M^s Cláudia Maria de Oliveira Pereira,
minha tutora na monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família, pelo incentivo rumo ao mestrado;

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte,
Centro de Educação em Saúde,
Gestão do Trabalho Noroeste,
Distrito Noroeste,
pelo crédito e permissão para realização deste estudo e oportunidade de crescimento pessoal-profissional;

À Maria Milce Braga de Moura,
gerente da Unidade Básica de Saúde João Pinheiro, local de minha lotação,

pelo consentimento, todos os encaminhamentos, apoio e incentivo ao meu crescimento profissional;

Aos gerentes do Distrito Sanitário e gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Pampulha, pelo aceite, disponibilidade para a realização deste estudo;

A todos os profissionais das equipes de Saúde da Família da Pampulha, pelo consentimento, pela confiança e disponibilidade, com que compartilharam particularidades de seu trabalho com grupos, contribuindo para este estudo;

A todos os grupos que permitiram a minha presença e se abriram e com carinho me acolheram;

À equipe azul da UBS João Pinheiro, da qual por vários momentos me ausentei em prol deste estudo, todo esse tempo foi para mim de grande aprendizado. Agora acredito que formamos um bom grupo de trabalho;

A todos os servidores da UBS João Pinheiro, pelas palavras que se traduziram em incentivo e motivação para a minha crescente caminhada;

Aos meus colegas do Mestrado, especialmente Gisele e Hosana por compartilharmos a amizade, as angústias, os trabalhos e as alegrias trazendo leveza e compreensão a esse processo;

A todas as Escolas Públicas, onde sempre estudei e que foi a base para eu chegar até aqui, e que hoje tanto se modificaram;

Ao Grupo da Amizade,
laboratório da minha experiência com grupos, constante desafio da
coordenação e do co-pensar;

Ao Dr. Marcos Mundim,
por todo o cuidado comigo, sempre me ajudando na busca da paz interior seja
com suas palavras, indicação de leituras, escuta, carinho e amizade;

Aos amigos,
que estiveram e permanecem ao meu lado, que entenderam este período como
"minha vida, meu mestrado";

À Liliam,
colaboradora e parceira, com quem dividi esses momentos de construção, e que
veio somar com sua competência, perspicácia, humildade e alegria para a
realização deste estudo;

À vida,
que tem sido tão generosa comigo, proporcionando encontros e aprendizados,
como oportunidade para que eu me torne um ser humano sempre melhor.

Aprendi muito com todos vocês.
Muito obrigada!

Apreendi

Que tudo tem um centro organizador
Que as "coisas" são simples
Por isso se apresentam com genuína beleza,
O que confunde
Com seus emaranhados segredos
Às vezes fortes, abruptos, às vezes delicados, sutis.

Assim é a vida para ser vivida.
É um convite à roda viva
Com seus desafios... com suas emoções...

Apreendi

Que encontros e desencontros
Determinam formas de viver, de ser, de expressar.

Apreendi

Que "cuidar é compromisso
Com o bem estar, com o estar no mundo
Com a preservação da natureza, com a dignidade humana".

Cuidar

Envolve valores, habilidades e atitudes
Que influenciam a condição humana.
Que reafirmam a "natureza gregária do homem".
Ninguém vive só!
Seja pelas semelhanças, seja pelas diferenças
Estaremos sempre juntos.

Cuidar

É construção da história, do conhecimento, da vida.

Eu tive um ponto de partida!
A história não se interrompe,
O conhecimento não se encerra por aqui.

E a vida tem momentos
De aportar numa estação
E de seguir novamente.

Assim foi minha trajetória
Ao longo desses dois anos.

Prefiro vê-la pelo caminho das flores!

Maria Teresinha

RESUMO

FERNANDES, M. T. O. **Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural.** 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

Este estudo objetivou desvelar estratégias para o cuidado transcultural imanentes da prática de grupo na perspectiva da Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger. Os sujeitos foram os profissionais das equipes de Saúde da Família, coordenadores de grupos para portadores de diabetes e hipertensão das Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte. Para a coleta de dados, utilizou-se a observação participante e a entrevista aberta. As informações foram coletadas de junho a novembro de 2006, respeitando-se os aspectos éticos. Na interpretação dos dados, empregou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os núcleos temáticos identificados foram: o grupo na perspectiva transcultural, como o grupo é estruturado, estratégias do trabalho com grupos de portadores de diabetes e hipertensão, a tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural e desafios e avanços da prática de grupo na Saúde da Família. Os resultados apontam para a prática de grupo ainda pouco inovadora, com necessidade de ampliar a multidisciplinaridade, sendo que as atuais metodologias enfatizam a cultura da doença, cronificação de processos pedagógicos, como as abordagens que permanecem centradas na transmissão de conhecimento. Cabe salientar que alguns profissionais, como enfermeira, fisioterapeuta e assistente social têm uma prática diferenciada, centrada na cultura do sujeito e na valorização das suas vivências. O olhar para o portador de diabetes e hipertensão vai além das vigilâncias relacionadas ao uso dos medicamentos e ao avanço da atenção para os aspectos que influenciam o tratamento e o controle, no sentido de conhecer o contexto de vida desse usuário. Na prática foi possível reconhecer e confirmar a dificuldade técnica-teórica do profissional para coordenar grupos e a crença de que recursos e apoio logístico tornam o grupo mais interessante e efetivo. Desde que esses profissionais se inseriram na Saúde da Família, começaram os grupos e o descobriram como ferramenta de enfrentamento da demanda dos diabéticos e hipertensos, prática que se tornou indispensável ao cotidiano das equipes. Porém já desenvolvido o seu *modus operandi*, constitui-se numa metodologia a ser apropriada, uma vez que essa é uma realidade em todas as unidades básicas de saúde e já se consegue trabalhar bem com os grupos em geral. As atividades com grupos vêm, contudo, com uma possibilidade de transformar o trabalho de equipe e dirigir-se na busca de uma relação mais horizontalizada entre os agentes presentes nesse processo, o que quer dizer negociar e partilhar poder/autonomia profissional, possibilitando, então, compartilhar saberes e decisões.

Palavras-chave: grupos, Saúde da Família, metodologia, tecnologia, estratégias, cuidado transcultural, enfermagem.

ABSTRACT

FERNANDES, M. T. O. **Work with groups in Family Health: concepts, structure and strategies for transcultural care.** 2007. 179 f. Master's degree dissertation (Master's degree in nursing) – School of Nursing, Minas Gerais Federal University, Belo Horizonte, 2007.

This paper aims to investigate strategies of transcultural care emerging from group work in Family Health programs. It is a qualitative study based on Madeleine Leininger's theory of the diversity and universality of care. Subjects were health professionals participating in Family Health teams, all of whom were group coordinators for diabetics and hypertensive patients in basic health care units within a sanitary district of Belo Horizonte. Participative observation and open interviews were used for data collection. Information was collected between June and November 2006, respecting ethical issues. Data interpretation was based on Bardin's proposal for content analysis. The themes we found were as follows: the group in a transcultural perspective, how the group is structured, work strategies with diabetic and hypertensive groups, the technology of work with groups in a transcultural perspective, and the challenges and advances of group work in Family Health programs. Results indicate that group work is still poorly innovative, with a need to increase multidisciplinary; current methodologies emphasize a culture of disease and recurrent pedagogic processes such as approaches still focused on the transmission of knowledge. It is worth noting that certain professionals, such as nurses, physical therapists and social workers, practice a differentiated approach centered on the culture of subjects and on the validation of their experiences. The gaze on diabetic and hypertensive patients goes beyond surveillance for medication use, reaching out to those aspects that influence the treatment and control of the disease, within the context in which such patients live. In practice, we were able to recognize and confirm the technical and theoretical difficulties that professionals face when coordinating groups, and to check the belief that resources and logistical support make it possible for groups to become more interesting and effective. Groups were started after these professionals joined the Family Health program, and became a tool to deal with the demands of diabetic and hypertensive patients, becoming an indispensable tool for the daily work of health teams. With its *modus operandi* the method needs to be recognized, having become a reality in all of the Basic Health Units where, generally speaking, group work is well developed. Group work raises the possibility of transforming teamwork to reach a more horizontal relation between participating agents, meaning that professional power/autonomy needs to be negotiated and subdivided so that knowledge and decisions become shared.

Keywords: groups, Family Health, methodology technology, strategies, transcultural care, nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	“Sunrise”: Modelo teórico conceitual da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado.....	50
Figura 2 -	Distrito Sanitário Pampulha de Belo Horizonte/MG.....	55
Figura 3 -	Áreas de risco do Distrito Sanitário Pampulha de Belo Horizonte/MG.....	56
Figura 4 -	Área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG.....	75
Figura 5 -	Pilares da prática de grupos.....	85
Figura 6 -	Esquema do referencial teórico sobre tecnologias para o cuidado transcultural no trabalho com grupos.....	138
Quadro 1 -	Distribuição dos grupos nos dias da semana.....	63
Quadro 2 -	Guia para identificação dos informantes.....	76
Quadro 3 -	Perfil dos coordenadores de grupos na Saúde da Família.....	81
Quadro 4 -	Perfil dos usuários dos grupos de diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial na Saúde da Família.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
DSP	- Distrito Sanitário Pampulha
ENM	- Enfermagem nível médio
ESF	- Equipe de Saúde da Família
GERSA	- Gerência da Saúde
HA	- Hipertensão Arterial
MG	- Minas Gerais
MS	- Ministério da Saúde
MS/HiperDia	- Plano de Reorganização para Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i> do Ministério da Saúde
NM	- Notas Metodológicas
NO	- Notas de Observação
NP	- Notas Pessoais
NT	- Notas Teóricas
PBH	- Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	- Programa de Saúde da Família
SF	- Saúde da Família
SIS/HiperDia	- Sistema de Informação em Saúde/Plano de Reorganização para Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>
SMSA/BH	- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1	A proposta de pesquisa.....	16
1.2	O trabalho com grupos em um novo cenário.....	18
1.3	O trabalho com grupos sob a égide da Saúde da Família.....	20
1.4	Objetivo.....	25

2 MARCO TEÓRICO

2.1	A magnitude da doença crônica no Brasil.....	27
2.2	Uma visão panorâmica da Saúde da Família no Brasil.....	30
2.3	Concepções do trabalho com grupos: uma aproximação teórica.....	34
2.4	O cuidar/cuidado transcultural no processo grupal.....	43
2.5	Teoria transcultural do cuidar/cuidado.....	45

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de estudo.....	52
3.2	Análise documental.....	53
3.3	Cenário da pesquisa.....	54
3.3.1	Campo de estudo.....	54
3.4	A organização para a coleta de dados.....	56
3.4.1	A observação participante.....	57
3.4.2	A entrevista etnográfica.....	58
3.4.3	O caderno de campo.....	59
3.5	A aproximação com o campo.....	64
3.6	A coleta de dados propriamente dita.....	65
3.7	Os aspectos éticos da pesquisa.....	67
3.8	A análise dos dados.....	67

4	O PERFIL DAS UBS, DAS ESF, DOS COORDENADORES E DOS GRUPOS DE PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO	
4.1	As Unidades Básicas de Saúde.....	72
4.2	As Equipes de Saúde da Família.....	74
4.3	Os coordenadores dos grupos de portadores de diabetes e hipertensão.....	75
4.4	Os grupos de portadores de diabetes e hipertensão.....	82
5	A BUSCA DAS CONCEPÇÕES, ESTRUTURA E ESTRATÉGIAS DO TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA	
5.1	O grupo na perspectiva transcultural.....	85
5.1.1	A tentativa de ruptura com a denominação patológica do grupo.....	90
5.1.2	O grupo de diabetes e hipertensão é para sempre.....	94
5.2	Como o grupo é estruturado.....	97
5.3	Estratégias do trabalho com grupos de portadores de diabetes e hipertensão.....	102
5.3.1	Verticalidade, horizontalidade e gênero na coordenação dos grupos de portadores de diabetes e hipertensão.....	103
5.3.2	A utilização de dinâmicas nos grupos: recursos ou brincadeiras.....	118
5.3.3	A gente conversa, a gente canta, a gente ri - a comunicação e a linguagem.....	120
5.3.4	Caminhos criativos: a diversidade dos recursos para o coordenador de grupos.....	123
5.3.5	O toque, o contato, o movimento: expressões ricas em possibilidades no grupo.....	127
5.3.6	Recursos pedagógicos.....	131
5.4	A tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural.....	134
5.5	Desafios e avanços da prática de grupo na Saúde da Família.....	139
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157
	APÊNDICES.....	169
	ANEXOS.....	175

Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e, de repente, você estará fazendo o impossível.

São Francisco de Assis

1.1 A proposta de pesquisa

O interesse em pesquisar sobre as metodologias e tecnologias utilizadas no trabalho junto aos grupos na Saúde da Família surgiu ao longo da minha vivência profissional.

Em 1995, após três anos de atuação na rede privada hospitalar, em Belo Horizonte, ingressei-me na Saúde Pública. Nessa época, os atores que compunham o cenário assistencial dos centros de saúde eram médicos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, em sua minoria, e gerência. Interagindo com esses colegas, fui percebendo a complexidade das políticas de saúde, os avanços e retrocessos da nossa atuação.

A enfermagem, em seu cotidiano, vivenciava uma situação ambígua: ora exercia seu trabalho no modelo biomédico hegemônico vigente, ora engajava-se na busca de um novo modelo de atuação aderida aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no referencial da Saúde Coletiva.

Entre 1995 e 2002, vivenciamos a implementação do SUS no Município, o que favoreceu o aumento de postos de trabalho para as enfermeiras as quais passaram a ampliar seu espaço na produção dos serviços de saúde. Nesse período, uma das atividades que conheci e que foi incorporada ao meu cotidiano, foi o trabalho com grupos. Minha inserção, nesse contexto, se deu a partir de grupos já existentes no

serviço, produto dos esforços de categorias adeptas das ações educativas, preventivas e do exercício de cidadania. Nessa época, eram realizados grupos com enfoque no planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero e da mama, puericultura e orientação para mães das crianças inscritas no Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição.

A princípio, eu acompanhava o grupo de desnutridos, fazia a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, convidava algumas mães a dar o banho em seu filho no centro de saúde, ensinava-lhes sobre o banho nutritivo para as crianças de baixo peso e mensalmente desenvolvíamos a oficina de alimentação alternativa. Assim, aos poucos, fui iniciando o trabalho com esses grupos e um novo percurso havia se instalado na minha vida profissional.

Depois de certo tempo, já compreendendo a dinâmica do trabalho e o manejo de grupo, iniciei com os grupos de portadores de diabetes e hipertensão. Essa população é que demandou de mim mais criatividade para que a atividade grupal acontecesse. As dificuldades eram inusitadas: uma grande população, espaço físico que não a comportava, falta de material áudio-visual, panfletos informativos e educativos, enfim, não havia apoio logístico disponível. Como alternativa, construí flip-chart com vários temas: alimentação, uso de medicamento, exercício físico; trabalhei com colagem; busquei conhecer dinâmicas de grupo; entendê-las e adaptá-las ao perfil de cada grupo; desenvolvemos junto aos grupos técnicas de relaxamento e de auto-massagem como o DO-IN, dentre outros. Procurava sempre providenciar materiais didáticos e educativos, visando à informação e suporte para a comunicação. Buscava aprimorar a metodologia no trabalho com os grupos e melhorar a abordagem dos vários temas através de tecnologias que fui colocando em

prática de forma simples, com o que tinha de recurso disponível. E o primeiro grupo aconteceu, veio o segundo, o terceiro, e outros.

Posteriormente, surgiu o grupo de convivência com idosos, no qual trabalhei por um período questões de socialização, lazer e recreação. Entretanto, com o passar do tempo, foram emergindo questões, tais como: aparecimento de doenças, limitações físicas impedindo a locomoção, falecimento de familiares e companheiros, até que nos deparamos com o primeiro falecimento de um dos membros do grupo. Isso me desafiou a buscar outros recursos: metodologias de abordagem de temas como temores, fantasias, frustrações, preconceitos da sociedade, da família, da comunidade e até mesmo dos profissionais de saúde; tecnologias para aprimorar a escuta ativa, priorizando a pessoa e não o aparato técnico e farmacológico; adequação de orientações em nível cognitivo; o cuidado; a linguagem simples; medidas antropométricas e acompanhamento de níveis pressóricos.

1.2 O trabalho com grupos em um novo cenário

Em 2003/2004, visando aprimorar nosso conhecimento sobre o trabalho com grupos, integramo-nos com outros profissionais para estudar essa temática e vivenciamos algo surpreendente. As experiências aí relatadas mostraram-nos que as dificuldades e os desafios eram os mesmos em outros serviços. De modo geral, quase todos tentavam priorizar o controle das patologias não transmissíveis.

Outro aspecto interessante desta vivência é que, ao participarmos de reuniões, cursos, treinamentos proporcionados pela rede municipal, sempre

entravam em pauta, de forma angustiante, a questão do aumento da demanda espontânea, a demanda reprimida e os casos agudos nas unidades básicas de saúde (UBS). Ainda, a necessidade de consultas médicas tinha-se avolumado cada vez mais e, parecia ser o grupo o desafio e a estratégia do momento.

Com o desenvolvimento do estudo sobre grupos, surgiu a idéia de promover uma “Mostra de Grupos Operativos e Outros Trabalhos Educativos da Regional Noroeste”, local de lotação da pesquisadora. Esse evento ocorreu em novembro de 2004, tendo por objetivos trocar experiências, assim como discutir e divulgar, dessa forma, a prática de grupos como estratégia de prevenção e incentivar a promoção de saúde. Os resultados encontrados aguçaram ainda mais o nosso interesse por aprofundar estudos acerca dessa temática. Resumidamente, a maioria dos profissionais parecia superar as limitações e/ou dificuldades, alcançando seus objetivos no trabalho com grupos. Houve melhora do controle das doenças não transmissíveis em detrimento aos quadros agudos, adesão ao tratamento e responsabilização pelo cuidado por parte dos usuários. Melhorou, ainda, a confiabilidade no serviço e o relacionamento entre usuário e Equipe de Saúde da Família (ESF).

Ressaltamos que o trabalho com grupos nas unidades básicas estava e continua sendo realizado por odontólogos, psicólogos, médicos, assistentes sociais e equipe de enfermagem, sendo as duas últimas, as categorias que mais assumem esse trabalho. Podemos verificar, portanto, que a atividade em grupo é exercida por profissionais de saúde de várias formações, de várias culturas e de diferenciados princípios e valores, com capacitação ou não, mas coordenando os grupos nas UBS.

Perante todas essas vivências e percepções, mas também fazendo nossas ponderações sobre o tema em questão, passamos a observar a forma com que os grupos estavam acontecendo, a partir da implantação do BH Vida. Entendemos que o cenário é bastante diversificado, desconhecido e pouco disseminado na instituição, parecendo ser comum, nesse contexto, a angústia em resolver a demanda que favorece a canalização do usuário para o grupo.

A partir de então, todas as questões levantadas foram instigantes e mobilizadoras de indagações que foram nos conduzindo a propor o referido estudo na tentativa de desvelar, na perspectiva de grupo, as metodologias e as tecnologias de cuidado iminentes dessa prática, desenvolvidas e/ou criadas pelos profissionais de saúde que coordenam grupos nas UBS.

1.3 O trabalho com grupos sob a égide da Saúde da Família

No início de 2002, foi implantado em Belo Horizonte o BH Vida: Saúde Integral que reafirma os princípios do SUS e destaca a integralidade. Seu eixo principal é a organização da atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF) e a organização das linhas de cuidado com o usuário em todos os níveis da assistência prestada à Saúde Pública (BELO HORIZONTE, 2005).

Visando à consolidação de um sistema de saúde de qualidade e integral, o BH Vida definiu como diretrizes fundamentais, para a condução dos trabalhos junto à população, as seguintes ações: garantia de acesso, vínculo e responsabilização; integralidade e resolutividade da assistência; trabalho em equipe e intersectorialidade;

autonomização do usuário (fazer com que ele ganhe autonomia e também se responsabilize com o seu cuidado) e participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando governo e sociedade civil com o trabalho da saúde (BELO HORIZONTE, 2005).

Inicialmente, foram credenciadas 169 Equipes de Saúde da Família, distribuídas nos centros de saúde dos nove distritos sanitários da cidade. Atualmente, 506 equipes estão em atividade nos 139 centros de saúde, 2.229 agentes comunitários de saúde (ACS), 436.420 famílias cadastradas, 1.539.987 indivíduos cadastrados, 192 equipes de saúde bucal implantadas, 65 equipes de saúde mental, 199 médicos pediatras, 118 médicos clínicos, 142 médicos ginecologistas, 89 assistentes sociais e 1 Núcleo de Reabilitação (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE/PBH, 2006).

A partir dessa nova estratégia de assistência, a rotina diária nas UBS vem se transformando tanto para os usuários quanto para os profissionais. Diversificaram-se as atividades, a assistência requer o trabalho em equipe e há uma enorme demanda espontânea a ser atendida diariamente. Talvez, esse notório crescimento no volume de atendimento esteja relacionado com o novo contexto político-econômico-social do país, que tem atingido várias classes sociais, levando-as a procurar recursos no SUS na busca de satisfação de suas necessidades.

Vale lembrar que, atualmente, a responsabilidade das ESF pela população adscrita não é cobrada tão somente pelos gestores públicos, mas também pelos profissionais da equipe e pela própria comunidade, sendo que a pressão é grande e a resolutividade das UBS é limitada, conforme podemos comprovar:

Este é um grande desafio, tanto para os profissionais, quanto para os gestores que demandará o uso de ferramentas de planejamento e da

programação na organização do trabalho. Acredita-se que um primeiro passo é que as equipes conheçam a população sob sua responsabilidade, seus riscos, trabalhando com base epidemiológica, e consigam priorizar grupos mais vulneráveis (PBH, 2006, p. 18).

Nesse contexto, visando atender à exigência de uma assistência com cobertura de 100% além de toda população adscrita nos seus ciclos de vida, o atendimento em grupo tem se revelado como estratégia facilitadora para o trabalho das ESF, enquanto ferramenta de planejamento e programação, por exemplo, na organização do atendimento à população hipertensa e diabética. Assim, os mesmos profissionais de ontem com olhar diferenciado hoje, instigados pela demanda, direcionam a população adscrita para o atendimento em grupo, parecendo ser o trabalho grupal uma alternativa para a necessidade constante da atenção aos usuários. Colocamo-nos, então, a pensar nessa prática de grupo, visto que nem todo usuário tem indicação para estar nele, e tampouco existe clareza das atividades desempenhadas. Para muitos, a participação é imposta e permeada de trocas simbólicas, tais como: “trocam-se” receitas médicas, medida de pressão arterial, e outros.

Ressaltamos, ainda, que até mesmo a forma de fazer saúde, politicamente colocada às UBS pelo documento BH Vida (PBH, 2003), tem levado a uma grande oferta de grupos nas UBS desse Município. Praticamente, mesmo com todas as discussões envolvendo os vários níveis de atenção, todos os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH): criança/adolescentes, mulher e adulto/idoso sugerem que se encaminhem os usuários para algum tipo de grupo de forma estruturada e com problemas bem estruturados. Atualmente, percebemos a necessidade de revisão desses, dado ao novo contexto das UBS e ao novo

documento de construção coletiva. Este traz avanços e desafios na atenção como citado a seguir:

Na sua programação devem ainda possibilitar a entrada no sistema de indivíduos que não apresentem problemas tão estruturados, mas novas necessidades em saúde. Ao mesmo tempo, as equipes devem se organizar para realizar ações de prevenção e vigilância em sua área de abrangência (PBH, 2006, p. 18).

Sabemos, entretanto, que, nem sempre os profissionais que estão coordenando os grupos têm a formação requerida. Muitos são recém-formados, outros fazem simplesmente e há aqueles que fazem com gosto e experiência. Mas, os grupos estão acontecendo e forçosamente têm se desenvolvido. Conseqüentemente, essa prática tem sido uma constante no cotidiano das UBS, atingindo um patamar de indispensabilidade para as equipes e, possivelmente, muitos dos profissionais têm se instrumentalizado a partir desse exercício de “fazer grupos”. Alguns com uma prática bastante tecnicista e outros valorizando a subjetividade dos sujeitos com o grupo que é outra dimensão desse trabalho.

Apesar das considerações acima apresentadas, é do nosso conhecimento que a atividade grupal vem, por outro lado, trazendo contribuições tanto para o usuário como para a família e a comunidade a exemplo da reabilitação de pessoas portadoras de doenças crônica, assim como da maior aceitação do viver com essa condição.

Segundo Fernandes e Loés (2003), quando o ser humano adocece e se vê repentinamente obrigado a modificar seus hábitos de vida, há que se trabalhar sentimentos, expectativas e, conseqüentemente, a segurança emocional que também fica comprometida. Eis a importância, então, do trabalho com grupos que pode favorecer aos participantes algo muito além da representação física da doença:

aprender a cuidar/cuidar-se.

Para ilustrar essa situação, citamos o Plano de Reorganização para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* do Ministério da Saúde (MS/HiperDia) e o Sistema de Informação em Saúde/Plano de Reorganização para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (SIS/HiperDia), sendo este último, plano do Ministério da Saúde (MS), que objetivam cadastrar os portadores de diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial (HA), para a manutenção desta população sob vigilância. O retorno que se tem da população portadora de DM e HA cadastrada é que muitas vezes a patologia é apenas mais um "item" da problemática de suas vidas. A escuta do dia-a-dia traz o outro viés dessa problemática, incluindo a família, fome, drogas, desemprego, violência e outros, que por vezes leva a um descuido no seu tratamento.

Ressaltamos que, de um lado, o SIS/HiperDia constitui uma oportunidade de assistência e de trabalho com grupos, buscando a integralidade. Por outro, sabemos que, quando se tenta planejar grupos nas UBS, há várias dificuldades, desde materiais apropriados, locais, até mesmo recurso humano capacitado, além de possibilitar a implementação dos protocolos da SMSA para a população atendida nos grupos. Percebemos, porém, que os profissionais de saúde têm buscado ser criativos dentro de uma realidade de poucos recursos, onde vigora o discurso da integralidade, universalidade e equidade.

E, como o trabalho com grupos ainda tem sido pouco estudado na área da saúde, e vem sendo uma prática desenvolvida por quase todos profissionais das UBS, acreditamos que podem estar surgindo nas atividades juntos aos grupos como estratégias metodológicas e tecnológicas para o cuidado que precisam ser desveladas. Então, passamos a interrogar: Que metodologias e tecnologias têm

viabilizado o trabalho junto aos grupos nas UBS? Que metodologias e tecnologias têm sido utilizadas para dar suporte às ações de cuidado nos grupos? Que metodologias e tecnologias são utilizadas para se manter, negociar, repadronizar as formas de cuidar? As mesmas estão relacionadas com a transmissão de informações ou estarão atuando como fator de transformação?

É relevante o desenvolvimento deste trabalho, pois a tentativa de responder àquelas indagações poderá, quem sabe, preencher uma lacuna existente na área da saúde, visto que são raros os trabalhos que abordam as metodologias e tecnologias de grupo nesse contexto.

Grupo é um tema vasto, o que abre várias possibilidades de pesquisa. Nosso propósito, portanto, é desvelar metodologias e tecnologias para o cuidado transcultural na perspectiva do trabalho junto aos grupos a partir do BH Vida.

1.4 Objetivo

Desvelar concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural imanentes da prática de grupo na perspectiva da Saúde da Família.

2 MARCO TEÓRICO

O sentido do discurso reside naquele que o escuta
E é da sua acolhida que depende o futuro daquele
que o pronuncia.

Autor desconhecido

2.1 A magnitude da doença crônica no Brasil

As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e, desde 1960, têm sido mais comuns que as doenças infecto-contagiosas. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, destacando-se o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

Em 2000, as doenças cardiovasculares corresponderam, no país, a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano, 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório. Em Belo Horizonte, essas doenças representaram 28,1% dos óbitos de residentes no Município e 11,4% das internações do SUS-BH, com 19,9% dos valores pagos de Autorizações de Internação Hospitalar (BELO HORIZONTE, 2005; BRASIL, 2001).

Atualmente, o diabetes e a hipertensão arterial são considerados um sério problema de Saúde Pública, devido à proporção epidêmica em todo o mundo, o que demanda um alto custo tanto econômico quanto social envolvidos no tratamento, recuperação e manutenção dessas pessoas em condição crônica de saúde (ALMEIDA, 1997).

Há evidência de que o aumento da ocorrência desses agravos seja ocasionado por uma soma de determinantes, incluindo a maior longevidade da população, genética, urbanização, mudança de hábitos alimentares, estilo de vida sedentário,

estresse, entre outros (TRENTINI; BELTRAME, 2004).

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos, sendo o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o acidente vascular encefálico, tem como origem a hipertensão não-controlada (BRASIL, 2001).

A prevalência do DM, no Brasil, é estimada de 7,6% na população entre 30 e 69 anos de idade. Com o aumento da idade ocorre, entretanto, um aumento nesta prevalência, sendo que na faixa etária de 60-69 anos é de 17,43%. Estudo recente, realizado em Ribeirão Preto (São Paulo), demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população (BRASIL, 2001).

Estima-se que, em 2025, a população portadora de diabetes seja de 334 milhões de pessoas em todo o mundo, dos quais aproximadamente 11 milhões serão brasileiros (BRASIL, 2001; WILD *et al.*, 2004).

A relevância desses dados deve-se ao fato de que tanto o DM quanto a HA levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (BRASIL, 2001). As complicações mais frequentes incluem o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a perda da visão, os abortos e as mortes perinatais.

Quando diagnosticados precocemente, oferecem, no entanto, múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Estabelecer o vínculo entre os portadores de doença crônica e as UBS também contribui para o sucesso do controle desses agravos, ao evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduziu o número

de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (BRASIL, 2001).

O tratamento para o controle do DM e da HA compreende, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Ambas podem ser aplicadas isolada ou conjuntamente, levando em consideração as características individuais do paciente e da enfermidade.

Ressaltamos que pessoas em condição crônica de saúde passam por diferentes processos de mudança, que requerem o desenvolvimento de uma nova perspectiva para conduzir sua vida, muitas vezes incluindo medidas que modificam o ambiente em que vivem. E, nesse processo de mudança, é fundamental o apoio educativo (FRANCIONI; COELHO, 2004; FRANCIONI; SILVA, 2002).

Segundo Silva (2000, p. 39), na doença crônica

“[...] há mais coisas envolvidas que a simples mudança na estrutura e funcionamento de seus organismos. As mudanças que ocorrem, provocam rupturas com seu modo de viver anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, nas atividades que desenvolvem, enfim, mudanças que requerem uma nova estruturação em suas vidas”.

Neste sentido, destacamos que nas doenças crônicas, ao contrário das doenças agudas, é fundamental que as indicações da equipe de saúde sejam associadas à participação do indivíduo, como agente ativo que cuida da sua própria saúde (BRASIL, 2000).

Aceitar viver com uma doença crônica implica, portanto, superar os conflitos e, dessa maneira, a educação em saúde desenvolvida em grupos de pessoas que vivem a mesma situação crônica mostra-se como uma estratégia efetiva, à medida que, através do partilhar em grupo, se estabelece uma união, que fortalece seus

membros na caminhada com a doença crônica.

Nas palavras de Trentini e Beltrame (2004), há necessidade de fugir de algumas formas de educação instituídas e penetrar um pouco mais na maneira de pensar e agir do instituinte, a fim de construir um espaço dialógico e de participação ativa dos usuários no processo educativo.

Lunardi *et al.* (2000) lembram que, para ocorrer mudanças de hábito, não basta a aquisição de conhecimentos, mas a sua aplicação na vida diária, o que pode requerer tempo, compreensão e aceitação do processo saúde-doença vivido.

Assim, para a eficácia desse processo educativo, é necessário conhecer a atitude do indivíduo frente à doença da qual é portador, visto que os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento divergem daqueles pensados pelos profissionais da saúde, à medida que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos (SAWAIA, 1994; SPINK, 1992). Torna-se, então, fundamental conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento.

2.2 Uma visão panorâmica da Saúde da Família no Brasil

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Além de seus princípios gerais esse programa deve:

“[...] ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as ESF atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua [...]; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico

situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 20).

Ressaltamos que o PSF, nesse processo histórico, vem se fortalecendo gradualmente com o Programa Nacional de Atenção Básica e se constitui como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Esse programa se encontra articulado com todos os níveis do sistema de saúde que possibilita ordenar e racionalizar o uso de tecnologias e dos recursos terapêuticos, pois detêm o conhecimento mais apurado da clientela e de seus agravos (BRASIL, 2006; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

A compreensão desse programa, portanto, "só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios" (BRASIL, 1998, p. 8).

Quanto à ação das ESF que está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, contribui para uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999). Essas equipes são compostas de, no mínimo, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico e quatro a seis agentes comunitários por equipe (BRASIL, 2001a). Esses profissionais precisam estar identificados com esta proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

O atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como "produtor de procedimentos", visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida

pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leve-duras. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do modelo médico hegemônico (FRANCO; MERHY, 1999).

Entende-se por tecnologia leve aquelas que remetem a relações entre sujeitos, estabelecidas no trabalho vivo em ato¹, realizado no cuidado à saúde. Por outro lado, as tecnologias leve-duras referem-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado. E uma terceira tecnologia é caracterizada como dura que é a inscrita nos instrumentos, estruturadas para elaborar certos produtos em saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Meier e Cianciarullo (2002) afirmam que é na relação entre o profissional de saúde e o ser humano que acontece a tecnologia, a qual compreende o saber (conhecimento científico, ciência), o fazer (prática, conhecimento prático, habilidade, destreza manual) e é entrelaçada por aspectos comunicacionais, sociais, biológicos, espirituais, emocionais, intuitivos e culturais. Afinal, o ser humano, objeto do cuidado, do tratamento e da assistência, se encontra inserido em uma sociedade que compreende inúmeras variáveis de ordem sócio-econômica, cultural e biológica, as quais influenciam o uso da tecnologia, requerendo do trabalhador em saúde uma postura ética, responsável.

Segundo as mesmas autoras, deseja-se que o trabalhador em saúde perceba na tecnologia uma “nova” forma de ver o seu trabalho, sua ação, a relação

¹ O trabalho vivo em ato é o trabalho no momento em que este está sendo produzido (MERHY, 2002).

interpessoal, o saber-fazer, o ser humano, como uma oportunidade desse indivíduo redescobrir sua identidade de trabalhador autônomo, responsável, reflexivo, coerente, considerando a subjetividade, para uma prática integrada, singular, científica, uma prática tecnológica.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, em 2005, dados do Ministério da Saúde demonstram a magnitude de 23.499 equipes de Saúde da Família, concretizando uma cobertura populacional de 76,8 milhões de pessoas. Em 2006, a meta estabelecida foi de ampliar esse número para 27 mil equipes em todo o território nacional (BRASIL, 2005).

Com essa cobertura populacional que vem progressivamente aumentando, verifica-se nos municípios com população inferior a 10 mil habitantes, um crescimento mais intenso, e nos municípios com população entre 10 mil a 30 mil habitantes, representando, respectivamente, uma cobertura de 70,9% e 51,5% nas localidades que possuem esse contingente populacional (BRASIL, 2001b).

Assim, um dos grandes desafios da estratégia de Saúde da Família é sua implantação, consolidação e expansão nos grandes centros urbanos que apresentam uma população maior de 100 mil habitantes. É nesses municípios que existem grande concentração da população brasileira e intensa heterogeneidade de condições socioeconômicas e culturais, demonstrando em um acesso bastante desigual na utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

2.3 Concepções do trabalho com grupos: uma aproximação teórica

Pensando na natureza gregária do homem (OSÓRIO *et al.*, 1989), grupo seria um espaço social e temporal nos serviços de saúde.

Lopes (1992) faz uma retrospectiva histórica na busca do surgimento de grupos, identificando-os a partir da Grécia Antiga e seu desenvolvimento até a atualidade.

Os primeiros trabalhos mais sistematizados sobre grupos datam da década de 30, e a segunda guerra vem marcando o trabalho de psicanalistas de diferentes orientações para o atendimento grupal de soldados e feridos em combate (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Essas autoras lembram que nos anos 70 destacou-se a consolidação dos grupos de auto-ajuda, especialmente os de pessoas portadoras de doenças crônicas, a exemplo dos Alcoólatras Anônimos, que passaram a filiar-se a Associações Regionais e Nacionais.

Sabe-se que, na atualidade, há várias vertentes de trabalho com grupos como, por exemplo, a psicodramática, a sociológica, a dos grupos operativos, a institucional, a dos comunitários, a gestáltica, a psicanalítica e outras (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Munari e Furegato (2003), sob a ótica conceitual, na literatura, ao mesmo tempo em que grupo é um termo utilizado sem uma precisão definida, também possui uma grande variedade de concepções. Essas apontam para a importância do papel social que esses grupos desempenham na sociedade e para o

caráter decisivo dos movimentos por eles desencadeados no contexto social.

Assim, encontramos uma diversidade de concepções do trabalho com grupos, que embora reflitam posições particulares do que sejam, contemplam a especialidade do conhecimento que trata das relações humanas quando em grupos sociais, as quais podem ser classificadas em três maneiras: ideológica, tecnológica, fenomenológica.

A *concepção ideológica* considera a Dinâmica Grupal como uma forma especial de ideologia política na qual valorizam os aspectos de liderança democrática e da participação na tomada de decisões. As vantagens das atividades cooperativas em pequenos grupos atingem tanto o coletivo quanto o individual. Dessa concepção verifica-se duas linhas de pensamento e ação.

A primeira, Idealista-Utópica, teve como defensor Jacob Levy Moreno em seu amplo Sistema Socionômico: esse seria formado por “comunidades baseadas no amor espontâneo, na generosidade e na santidade, na bondade positiva e na cooperação pura” (MORENO, 1992, p. 22). Para estruturar essas comunidades, Moreno propôs a sociometria, o que permite à pessoa decidir, de maneira consciente e livre, sobre sua participação em um grupo social qualquer.

Já a segunda refere-se à Linha Pragmática, experimentada cientificamente por Kurt Lewin. Com as pesquisas sobre o fenômeno da boa liderança, Lewin demonstrou que, quando os seres humanos participavam de atividades em grupos democráticos, não somente sua produtividade era intensificada, como também

“o seu nível de satisfação era elevado e as suas relações com os outros membros baseavam-se na cooperação e na redução das tensões [...] nessas circunstâncias, o grupo tornava-se suficientemente autônomo para prosseguir sua tarefa mesmo quando o líder se ausentava” (AMADO; GUITTET, 1978, p. 98).

Por sua vez, a *concepção tecnológica* considera a Dinâmica Grupal como um conjunto de métodos e técnicas utilizadas em intervenções nos grupos primários, tais como famílias, equipes de trabalho, salas de aula e outros.

A rigor, tanto a concepção ideológica quanto a tecnológica objetivam aumentar a capacidade de comunicação e cooperação. Como consequência, possibilitam incrementar a espontaneidade e a criatividade das pessoas nas atividades em grupo. Ambas são didaticamente enquadradas em duas variantes de intervenção quais sejam: a dos Jogos Dramáticos e do Psicodrama.

Os Jogos Dramáticos privilegiam o jogo espontâneo, muitas vezes sem regras pré-determinadas, para dinamização do grupo. Consiste em uma variante universalmente difundida, pois a necessidade lúdica do jogo é inerente ao crescimento e desenvolvimento humano, assim como é especialmente aplicada na área da educação.

Já o Psicodrama tem como objetivo a "vida". É a autocriação de um retorno a si mesmo, por meio de cenas significativas, na busca de desvendar e construir possibilidades reais de Encontro. Jacob Levy Moreno fundamenta seus conhecimentos na relação dialógica do vínculo, sistematizada na dinâmica do Encontro, da Espontaneidade e da Ação Criativa. O foco da sua instrumentalização encontra-se no Treinamento de Papéis (Role-Playing), Sociometria e Sociodrama, otimizando a aprendizagem e a estrutura criativa dos grupos (IMPSI, 2006).

O psicodrama pode ser definido como a ciência que explora a "verdade" por métodos dramáticos, usando cinco instrumentos: o palco, o sujeito, o diretor, os egos auxiliares e o público. Assim, o espaço cênico torna-se uma extensão da vida para além dos testes de realidade da própria vida. O efeito disso segundo Moreno é

a catarse mental cujo comum produtor é a espontaneidade (MORENO, 1978).

Finalmente a *concepção fenomenológica* prioriza a idéia de que os fenômenos psicossociais que ocorrem nos pequenos grupos resultam de um sistema humano articulado como um todo, uma *gestalt*, o que inclui: coesão, comunicação, conflitos, formação de lideranças e outros. Observamos também a existência de duas formações teóricas: a Psicologia da Gestalt e a Psicanálise.

A Psicologia da Gestalt é descritiva, pois seus postulados centram-se na descrição dos fenômenos que ocorrem no aqui-agora do mundo grupal, como por exemplo, a configuração espacial adotada regularmente por uma unidade grupal. Seu impulsionador foi Kurt Lewin, com a Teoria de Campo, que explica as interações humanas, baseando-se nos princípios da topologia. Esse princípio é ramo da geometria que trata das relações espaciais sem considerar, no entanto, a mensuração quantitativa. Estabelece uma teoria dinâmica da personalidade centrada na idéia de campo psicológico (LEWIN, 1975) que interdepende das várias forças sociais. Lewin ainda desenvolveu uma metodologia de trabalho, a pesquisa-ação, na qual o indivíduo é simultaneamente sujeito e objeto da ação em estudo; e criou o primeiro laboratório de Dinâmica Grupal, onde em estudos realizados com *grupos primários* (*face to face groups*) introduz conceitos pertencentes à *física do campo magnético* para expor os fenômenos da *existencialidade social* do ser humano. Os termos mais utilizados são: procura de uniformidade, coesão, locomoção em direção a objetivos, atração e equilíbrio de forças. A partir desses termos idealiza o "grupo como um todo dinâmico, uma *gestalt* que não é só resultado da soma dos seus integrantes, mas é possuidor de propriedades específicas enquanto 'um todo'" (MIRADOR, 1979, p. 5323). Esse grupo, portanto, procura formas de equilíbrio no

seio de um campo de forças sociais, o que explica a emergência de “lideranças, fenômenos que aparecem como que reunindo um campo social de alto privilégio, e funciona como centro de atração de todos os movimentos coletivos” (CARNEIRO 1996, p. 10).

Já a Psicanálise é explicativa uma vez que busca elucidar a unidade do grupo através da idéia de uma ‘mentalidade grupal’ (instinto social), muitas vezes inconsciente para os membros do grupo.

Freud foi o primeiro a utilizar os postulados da Psicanálise para explicar a Dinâmica Grupal em sua obra "Psicologia de grupo e análise do ego". Ao reconhecer que “a psicologia individual é, ao mesmo tempo, também psicologia social”, teve um insight: “quando as pessoas se organizam em grupos, surgem fenômenos como expressão de um instinto especial que já não é redutível - *instinto social: herd instinct, group mind* -, que não vêm à luz em nenhuma outra situação”. Posteriormente a esse insight, sugere que “é possível descobrir os primórdios da evolução desse instinto no círculo familiar” (FREUD, 1980, p. 13; 14).

Bion (1983) usou pela primeira vez conceitos Kleinianos sobre a psicoterapia grupal. Para ele, o grupo deveria ter mesmo propósito e reconhecer o seu lugar incluindo sua identidade grupal por parte dos membros; aceitar os valores do grupo e os limites deste, valorizando os sujeitos que dele faziam parte. Estudou os fenômenos que produzem as perturbações no comportamento dito racional do grupo. Concluiu que as pessoas fazem sempre uma estimativa da atitude do grupo em relação a si mesmas e, supondo esta presente nas suas mentalidades onde a evolução ou a decadência da vida social de um grupo depende dos juízos que os indivíduos fazem dos mesmos.

Enrique Pichon-Rivière, um psicanalista argentino da escola kleiniana, contribuiu na compreensão dos fenômenos grupais não do ponto de vista psicoterápico, mas como para a operação de tarefas objetivas no âmbito institucional médico, pedagógico e empresarial que tem influenciado e difundido suas idéias aos estudiosos desses temas no Brasil (ZIMERMAN, 2000). Esse autor introduziu o conceito de grupo operativo, definindo-o como um instrumento de trabalho, um método de investigação que cumpre, além disso, uma função terapêutica, pois caracteriza-se por estar centrado, de forma explícita, em uma tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 1980).

Nessa tarefa, de acordo com a construção bioniana, Pichon-Rivière percebeu dois níveis: explícito, implícito.

“O explícito está representado pelo trabalho produtivo e planejado cuja realização constitui a razão de ser do grupo - por exemplo, produção material, aprendizagem, cura, lazer e etc. Sob essa tarefa explícita, subjaz outra, a tarefa implícita, que consiste na totalidade das operações mentais que devem realizar os membros do grupo, conjuntamente, para constituir, manter e desenvolver a sua grupalidade” (CARNEIRO, 1989, p. 53; 54).

Nessa definição Pichon-Rivière sintetizou as duas condições *sine qua non* para a existência de todos os grupos humanos: primeira, o termo pessoas articuladas por sua mútua representação interna, pressupõe que essas pessoas tenham algo que as una num nível superior ao que o filósofo francês Jean Paul Sartre definiu como serialidade (CARNEIRO 1989); isto é, quando as pessoas se somam sem efetivamente estabelecerem comunicações que as unam afetivamente como acontece numa fila humana qualquer (em estabelecimento bancário, por exemplo); a segunda condição é a tarefa que constitui sua finalidade.

Segundo Osório *et al.* (1989), a teoria de Pichon-Rivière tem como premissa

principal o indivíduo inserido em um grupo, percebendo a intersecção entre sua história pessoal até o momento de sua afiliação a este grupo (verticalidade) e a história social deste grupo até o momento (horizontalidade).

A verticalidade e a horizontalidade do grupo se conjugam no papel, necessitando a emergência de um ou mais porta-vozes que, ao enunciar seu problema, reatualizando seus acontecimentos históricos, denuncia o conflito da situação grupal em relação à tarefa (OSÓRIO *et al.*, 1989).

Dentro desse processo, o indivíduo é visto como resultante dinâmico entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética ocorre através de uma estrutura dinâmica que denomina de "vínculo". Para o referido autor, o vínculo é uma estrutura complexa que envolve intimamente sujeito, objeto e mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem.

O trabalho com grupos favorece a educação em saúde, ao proporcionar um viver mais saudável. Especialistas em grupos com adolescentes, por exemplo, sugerem que se trabalhe com cinco suposições fundamentais, destacando: os grupos são inevitáveis e onipotentes; mobilizam poderosas forças que influenciam decisivamente os indivíduos; podem ter conseqüências boas ou más; a compreensão correta de grupo permite intensificar deliberadamente as conseqüências desejáveis dos grupos e que eles têm seu próprio ritmo e dinâmica. Neste sentido, é importante respeitar este movimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

Alonso (1999) afirma que o processo educativo desenvolvido em grupo valoriza a aproximação natural das pessoas, propicia o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. Outro aspecto que a autora aponta é

o fato de o trabalho em grupo favorecer a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, a partir do compartilhamento das experiências vivenciadas no seu cotidiano.

Munari e Furegato (2003) completam a idéia acima, ao afirmarem que a convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrar barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem feed-back e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Em grupo, consegue-se, portanto, avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obter maior autonomia e viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover uma vida mais saudável (SILVA *et al.*, 2003).

Ainda, os grupos têm contribuído para a reabilitação de pessoas portadoras de algum tipo de doença crônica, assim como têm favorecido o processo de aceitação do viver com essa condição. Conseqüentemente, as pessoas passam a ter melhor qualidade de vida e obtêm suporte para desenvolver suas atividades da vida diária.

Silva *et al.* (2003) alertam que, para obter êxito no trabalho grupal, é necessário interesse e comprometimento das pessoas com essa atividade, sendo essencial que o coordenador de grupo relativize seu conhecimento e suas experiências com o ensino mais tradicional. O trabalho em grupo implica em constante atualização de sua competência técnica e, especialmente, de sua habilidade de interação com o outro. Requer abertura ao novo conhecimento que é

construído com os integrantes do grupo e que vai orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro.

Ressaltamos, ainda, que o trabalho com grupos exige o desenvolvimento de estratégias que mobilizam forças de seus membros no sentido de proporcionar mudanças necessárias e que repercutem não somente, no indivíduo, mas na família e até comunidade. Para que o objetivo do trabalho com grupos seja alcançado, torna-se necessário que o coordenador seja devidamente capacitado e pratique a comunicação adequada e estimule a evolução do grupo. A necessidade de integração entre profissional de saúde e o usuário é imprescindível para a orientação correta. Por outro lado, a estrutura do grupo e os elementos presentes exigem que o profissional tenha sensibilidade, domínio e manejo da técnica de grupo, assim como conheça o sistema de cuidado popular e dimensão sociocultural deste para o usuário, e sua repercussão nos seus hábitos de vida e de tratamento. Apenas as prescrições e os exames, mesmo quando utilizados de maneira correta não são suficientes para o tratamento, controle e prevenção de doenças (FERNANDES; LÓES, 2003). É necessário conhecer o sistema popular do cuidado, buscar a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado (LEININGER, 1978).

Assim, tanto os enfermeiros quanto os demais profissionais de saúde, coordenadores de grupos, ao proporem os grupos "operativos", precisam ter presente, em suas mentes e em suas ações, a noção do domínio e natureza que caracterizam a profissão e facilitem a integração dos vários saberes e práticas para que o cuidado transcenda as suas culturas. O processo é de desenvolvimento da autonomia do sujeito que em algum momento encontrará a melhor forma de se cuidar.

Mediante essas considerações, ao estabelecer-se o vínculo, o grupo torna-se um espaço de cuidado nos serviços de saúde.

2.4 O cuidar/cuidado transcultural no processo grupal

Cuidar/cuidado são duas palavras que serão consideradas em conjunto nesta pesquisa, têm por significado cuidar com cuidado ou cuidar cuidando (PATRÍCIO, 1990).

Para Waldow (1998), cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana por meio da promoção, manutenção e/ou recuperação da dignidade e totalidade. Tal dignidade e totalidade contemplam o sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer.

A mesma autora enfatiza que o cuidado deve estar presente tanto em situações de doença, incapacidade, durante o processo de morrer, quanto na sua ausência, como forma de viver e de se relacionar. Na sua perspectiva, temos:

Cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar em geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida (WALDOW, 1998, p. 129).

Em outro estudo realizado, a autora aponta que tanto o objeto quanto o sujeito do cuidar/cuidado não diferem entre os profissionais da área de saúde, mas,

sim, na forma como expressam esse cuidar/cuidado. Mesmo que constituam um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar (WALDOW, 1995).

Fonseca (2004) explica que o cuidado humano envolve o inter-relacionamento entre as pessoas. Dessa forma, o cuidado de enfermagem abrange o processo de inter-relações entre o cuidador (enfermeira) e o cuidado (indivíduo), por meio de ações e atitudes baseadas no conhecimento científico e acompanhadas de comportamentos humanos que possibilitem a inter-relação. O cuidado é individual e transcultural.

Gualda e Hoga (1992) lembram que o Brasil é caracterizado por uma multiplicidade cultural determinada por sua própria história, pela diversidade de crenças e de valores, referentes aos aspectos de saúde e, portanto expectativas das mais diversas surgem com relação à qualidade e efetividade do cuidado de enfermagem.

Para compreendermos o cuidado como atitude, como um valor atribuído de significado de acordo com os valores culturais e o contexto de saúde-doença no trabalho com grupos, torna-se fundamental buscar uma sustentação teórica que subsidie a análise dos aspectos constitutivos da realidade dos coordenadores de grupos quanto ao cuidado. Waldow (1998) comenta que, na literatura de enfermagem, o cuidado tem sido amplamente estudado a partir da década de 80 por pesquisadores americanos, canadenses, australianos, de países escandinavos e europeus como: Leininger, Mayeroff, Watson, Roach, Erickson, Fry e outros. Já, no Brasil, essas pesquisas foram introduzidas por Neves-Arruda, Waldow, Patrício e Silva, na década de 90, quando a questão do cuidado estava sendo, amplamente,

defendida no cenário mundial da enfermagem.

Para Watson (1988), as intervenções relacionadas ao processo de cuidado humano requerem uma intenção, um desejo, um relacionamento e ações. Ainda salienta a importância da utilização de um processo de cuidar/cuidado criativo de resolução de problemas.

Estudos realizados por Morse *et al.* (1990, 1991) sintetizam vários enfoques de cuidado em uma profunda e extensa revisão de literatura, agrupando-os em cinco temas: cuidar/cuidado como característica humana, como um imperativo moral, como afeto, como interação interpessoal e como uma intervenção.

Acrescentamos, ainda, aos enunciados acima, as palavras de Patrício (1992) que, ao refletir sobre o cuidar, caracteriza-o como uma prática educativa fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias, centrado na reflexão a partir dos saberes que compõem os universos culturais do profissional e do cliente, o que tem possibilitado a transformação de ambos. Para essa autora, o cuidado constitui-se, portanto, em “necessidade” e “recurso” do homem.

2.5 Teoria transcultural do cuidar/cuidado

No cenário mundial, existem várias teorias de enfermagem que abordam o fenômeno do cuidado, entre elas, a do “cuidado transcultural” proposto por Leininger (1978). Essa teoria se fundamenta num modelo transcultural de enfermagem, englobando a idéia do cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do Universo. Por isso, sua denominação de Teoria da

Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, também conhecida por Teoria Cultural do Cuidado (WALDOW, 1995).

George *et al.* (2000) explica que essa teoria visa à descoberta da natureza, significado e essência do cuidado como a estrutura central e mais importante da enfermagem, podendo acomodar mudanças repentinas ou graduais nas estruturas sociais, ambientais, de serviços populares e profissionais, que influenciam o cuidado.

A teoria de Leininger condiz, portanto, com nosso objeto de estudo por ampliar o conceito de cuidado. A autora identificou diferenças nas formas de as pessoas se expressarem e se comportarem em relação ao cuidado, o que parecia estarem ligadas a padrões culturais (WALDOW, 1995).

A referida autora identificou e definiu, ainda, cuidar/cuidado genérico e cuidar/cuidado profissional. O primeiro é entendido como cuidado que é encontrado em todas as culturas no mundo e que compreende formas naturais, folclóricas ou caseiras, enquanto que o segundo compreende as formas a que as pessoas são expostas nos sistemas de cuidado à saúde por profissionais de enfermagem ou outros (LEININGER, 2001).

Para Leininger (2002), a finalidade de sua teoria consiste em usar os achados das pesquisas, de tal forma que viabilize o cuidado congruente (com os valores, crenças, expressões e práticas culturais), seguro e significativo para as pessoas de culturas diversas e similares. Seus pressupostos apóiam a sua previsão de que existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar de todas as culturas do mundo, que precisam ser conhecidas e compreendidas para que a enfermagem possa assistir a sua clientela de maneira satisfatória e humanística. Nessa perspectiva, a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que

capacita o indivíduo, grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Se não se considerarem, portanto, os aspectos culturais da necessidade humana durante a prática de enfermagem, as ações poderão ser ineficazes e trazer conseqüências desfavoráveis para os assistidos.

Leininger (1978) propõe três formas para se realizar o cuidado, levando-se em consideração a cultura: preservação do cuidado, acomodação do cuidado e repadronização do cuidado. Essas três formas de atuação tornam as decisões e ações congruentes e benéficas para aqueles que recebem acompanhamento.

Para melhor compreender a teoria transcultural, vale ressaltar aqui alguns conceitos de acordo com as concepções da referida autora:

- a) Etnografia: processo sistemático de observação, detalhamento, descrição, documentação e análise do modo de vida ou padrões de uma cultura específica, enfim uma maneira de compreender a estrutura sócio-cultural e os fatores que interferem no modo de vida.
- b) Cultura: é compreender e compartilhar valores, crenças, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração. A cultura reflete valores, idéias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações.
- c) Preservação: constitui-se naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde.
- d) Acomodação: ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura e adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais (acomodar, negociar).

- e) Repadronização: ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde (reestruturar).
- f) Cuidado: essência da enfermagem.

Leininger (1978) tem como ponto forte em sua teoria o reconhecimento da importância da cultura e da sua influência sobre o fenômeno do cuidado. Apresentam-se aqui algumas suposições que apóiam sua teoria: desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos; o cuidado próprio e outros padrões de cuidado existem entre as culturas; não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado sem ser para a cura; os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas; as práticas de cuidado de saúde, profissionais e populares são derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem; quanto maiores as diferenças entre os valores de cuidar populares e valores de cuidar profissionais, tanto maiores os sinais de conflito cultural e estresses entre os administradores profissionais de cuidados e os receptores de cuidado não profissionais; a enfermeira, como uma dispensadora profissional de cuidados, pode produzir estresses e conflitos desfavoráveis ao cliente, devido à falta de conhecimento sobre os valores e crenças culturais e práticas de cuidado; comportamentos e padrões de cuidar estão estreitamente ligados a características de estrutura social.

Outro aspecto que a autora aponta é o fato de as práticas de autocuidado serem identificáveis naquelas culturas que valorizam o individualismo e a própria assistência, enquanto que outras práticas de cuidado são evidenciadas naquelas culturas que valorizam a interdependência e o apoio grupal.

Leininger (2001) criou o modelo “Sol Nascente” (FIGURA 1) para obter um conhecimento perfeito e confiável sobre o cuidado. O modelo simboliza as formas de descobrir as variáveis que influenciam os sistemas de cuidado de saúde, assim como as necessidades de saúde. Numa abordagem mais abstrata, estariam a visão de mundo e as dimensões da estrutura cultural e social. Essa abordagem vai se tornando menos abstrata à medida que enfoca os aspectos mais complexos de uma cultura específica com seus sistemas tecnológico, religioso, filosófico, familiar e social, cultural (valores e crenças), político-legal, econômico e educacional até o enfoque da pessoa nessa cultura.

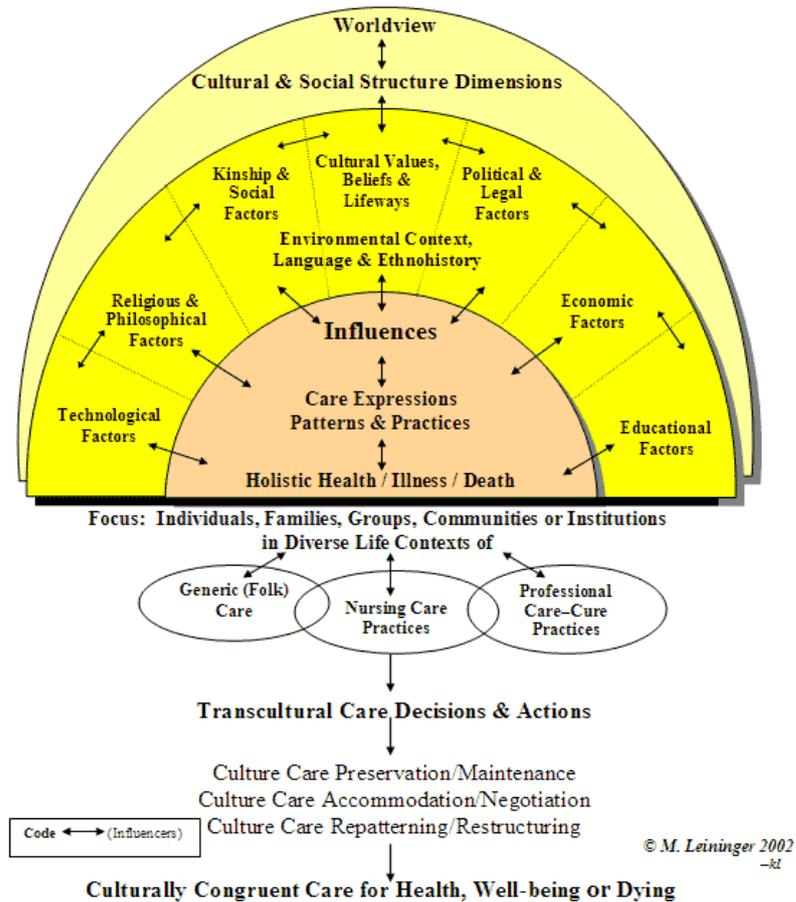


FIGURA 1 - "Sunrise": Modelo teórico conceitual da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado
 Fonte: LEININGER, 2002.

Embora a princípio pareça complexa, a reflexão sobre os aspectos desenvolvidos por Leininger mostra que sua teoria se constitui como referencial importante na abordagem da experiência e dos fatores que influenciam o sucesso ou insucesso no trabalho com grupos na perspectiva do cuidado.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Mestre não é aquele que sempre ensina, mas aquele que de repente aprende.

Guimarães Rosa

3.1 Tipo de estudo

A nossa pesquisa se baseia na abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado da autoria de Leininger (1978), cujas formas de atuação orientam as ações do cuidado.

A pesquisa qualitativa procura focar a investigação de significados dentro de um contexto social, aproximando intimamente pesquisadores e informantes, utilizando a palavra expressa pela fala cotidiana como material de investigação (GUALDA; HOGA, 1997).

Praça e Gualda (2000) acrescentam que os métodos qualitativos possibilitam o conhecimento dos significados e os entendimentos obtidos pelas manifestações dos informantes e pela análise dos temas emergentes, à medida que ocorre a descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos seus próprios atores.

Desenvolvemos um estudo que se caracteriza como observacional com base na pesquisa etnográfica cujo objetivo é documentar de modo sistemático as informações. Obtêm-se assim maior compreensão e significado das experiências do cotidiano das pessoas com relação ao cuidado humano, seja qual for o contexto. Em outras palavras, ocupa-se do estudo de diferentes componentes culturais das pessoas em seu meio natural: as relações com o grupo, suas crenças, símbolos, rituais, objetos que utilizam, costumes e valores (LEININGER, 1978).

Ressaltamos que a pesquisa etnográfica tem como centro de seu interesse os seres humanos. Nesse método, portanto, não é o pesquisador o que sabe ou o que constrói um conhecimento sozinho, mas, sim, aquele que, na interação com as pessoas que participam do trabalho, elabora novos conhecimentos. Nesse sentido, a aceitação do pesquisador por parte dos informantes é fundamental para a qualidade da informação obtida.

Se de um lado, entretanto, o pesquisador precisa estar próximo do grupo pesquisado, de outro, ele deve se distanciar, uma vez que a pesquisa de campo do tipo etnográfica implica uma relação social entre pesquisador e pesquisados. Dessa forma, o pesquisador precisa ter uma boa inserção no campo, sendo fundamental conhecer o ponto de vista e a visão de mundo dos pesquisados. Salientamos ainda que o pesquisador possui crenças, valores e modo de vida particular, tornando decisivo na escolha do assunto que deseja estudar.

A metodologia escolhida possibilitou-nos identificar as metodologias e as tecnologias de cuidado que permeiam os grupos, favorecendo as práticas a serem mantidas, negociadas e repadronizadas, para se efetivar o cuidado culturalmente coerente (LEININGER, 1978), não só de enfermagem, mas do profissional de saúde, na perspectiva da Saúde da Família.

3.2 Análise documental

Com o objetivo de identificar as UBS que ofertam grupos de diabetes e hipertensão, coordenados pelos profissionais de saúde das ESF, alvo desta pesquisa, procedemos à análise documental. As informações acerca da configuração das UBS e

das ESF nelas atuantes e seus relatórios de produção foram extraídas da Rede Municipal de Informação - Informação para a Atenção Básica - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PBH, 2005).

Foi-nos possível, por esse meio, identificar os tipos de atendimentos e, no caso, o atendimento de grupos para portadores de diabetes e hipertensão.

3.3 Cenário da pesquisa

3.3.1 Campo de estudo

Esta pesquisa teve como campo para seu desenvolvimento as UBS do Distrito Sanitário Pampulha (DSP). Para facilitar a compreensão do contexto, descrevemos a seguir o perfil deste distrito e a forma de efetivação das atividades.

O trabalho de campo foi estruturado em quatro etapas: a análise documental, a aproximação com o campo, as observações e as entrevistas, sendo que a primeira, facilitou esta análise. Solicitamos a impressão dos relatórios de produção disponibilizados no sistema de informação, para ser possível conhecermos os nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte: Distrito Sanitário Barreiro, Distrito Sanitário Centro-Sul, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Nordeste, Distrito Sanitário Noroeste, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Venda Nova e Distrito Sanitário Pampulha que foi o eleito para este estudo.

Para a escolha do distrito consideramos também as informações verbais a respeito do trabalho com grupos nas UBS que os profissionais vinham realizando e a possibilidade de se percorrerem todas as UBS desta área. No Distrito Sanitário

Pampulha foram 1.131 atendimentos em grupo realizados por profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem das ESF, tendo como referência o ano de 2005 (PBH, 2005). Esse Distrito tem limites geográficos com o Distrito Sanitário Noroeste, local de lotação da pesquisadora, o que facilitou o seu deslocamento e acesso.

Na Região da Pampulha reside uma população 142.602 habitantes (PBH, 2005a) a serem atendidos, em oito centros de saúde (FIGURA 2), por 24 ESF. Em 2005 foram realizados 5.216 atendimentos gerais por médicos e enfermeiros para usuários diabéticos e 20.233 para hipertensos, o que equivale a aproximadamente 30% dos atendimentos nas UBS da Pampulha. Entendemos por atendimento, segundo Notas Técnicas (PBH, 2006), aqueles residentes no município cujos motivos de consulta são diabetes e/ou hipertensão.

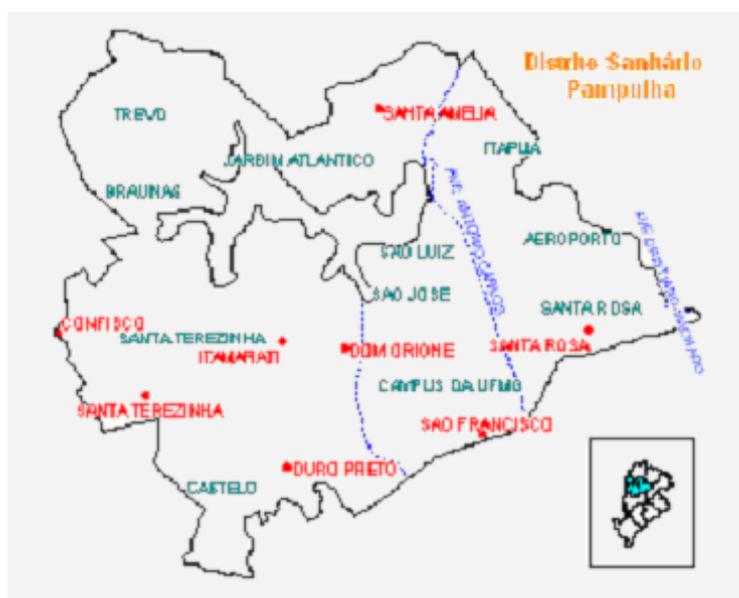


FIGURA 2 - Distrito Sanitário Pampulha de Belo Horizonte/MG
Fonte: PBH/SMSA, 2002.

A região da Pampulha apresenta características peculiares quanto à localização de algumas atrações turísticas e de lazer (Jardim Zoológico, Museu de

Arte Moderna, Mineirão, Mineirinho, Casa do Baile, Campus da Universidade Federal de Minas Gerais, Igreja de São Francisco de Assis, Lagoa da Pampulha, Aeroporto da Pampulha, Parque Lagoa do Nado e Clubes Recreativos). Em contraste às luxuosas mansões existentes tanto na orla como em algumas áreas nobres (Bandeirantes, São Luiz, São José), o Distrito Sanitário Pampulha também apresenta um grande número de áreas de risco (PBH, 2006), conforme ilustrado na FIGURA 3.

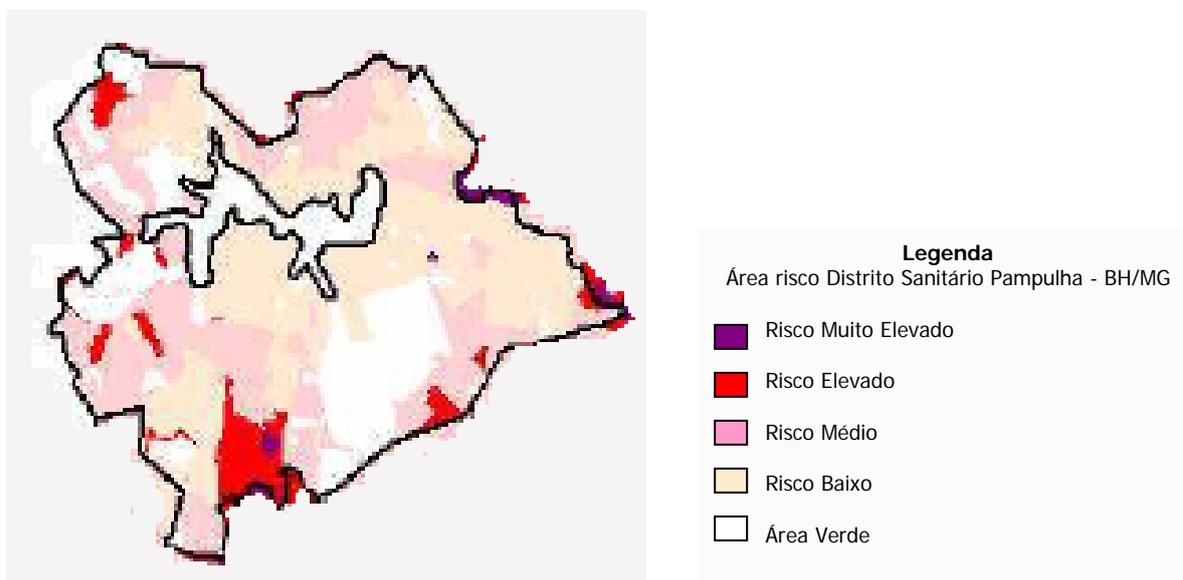


FIGURA 3 - Áreas de risco do Distrito Sanitário Pampulha de Belo Horizonte/MG
Fonte: BELO HORIZONTE, 2005, p. 36.

3.4 A organização para a coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizamos o Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) proposto por Leininger (1978) e entrevista aberta com os coordenadores de grupo que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, concomitante à utilização das anotações de campo.

As informações emergiram dos coordenadores dos grupos de diabéticos e/ou

hipertensos, com enfoque nas estratégias metodológicas e tecnológicas, estrutura e concepções do trabalho com grupos, o que, além de pesquisas, exigiu conhecimento e habilidade não só dessa prática, mas do manejo com grupos.

Para encerrar a coleta de dados, fizemos uso do critério de saturação. Segundo Polit e Hungler (1995), a saturação de dados na pesquisa qualitativa refere-se ao momento em que o pesquisador não consegue mais obter novas informações significativas sobre o fenômeno estudado.

3.4.1 A observação participante

A observação participante é mais que uma técnica, é a base da investigação etnográfica. Permite ao pesquisador integrar-se no cenário eleito por um determinado período de tempo e possibilita um contato pessoal e estreito com o fenômeno a ser pesquisado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986), o que pode favorecer a obtenção de uma perspectiva interna do cenário ou da cultura de um grupo.

Para se proceder à coleta de dados de forma sistemática, adotamos as orientações de Leininger (1978) que propõe quatro fases na observação participante:

- a) Observação: caracterizou-se pela observação e pelo escutar ativo durante o trabalho junto aos grupos, a saber:
 - o que dizem os coordenadores dos grupos (o discurso, a linguagem, a informação, as ponderações, os comentários);
 - como agem (as condutas e comportamentos, os gestos, as posturas, a comunicação);
 - as metodologias que utilizam;

- as tecnologias utilizadas ou desenvolvidas (aquilo que viabiliza o desenvolvimento do tema/questões no grupo).

- b) Observação com alguma participação: fundamentou-se em observar, com limitada participação, ocorrendo à medida que se estabeleceu maior interação com os informantes desta pesquisa;

- c) Participação com alguma observação: incluiu, além da observação, as entrevistas, assim como o nosso envolvimento direto em algumas atividades realizadas no grupo;

- d) Observação reflexiva: iniciou-se com o registro das primeiras observações de campo, estendendo-se até o momento em que passamos a fazer leituras exaustivas dos dados coletados para captar as revelações emergentes na fala e buscar compreender os seus significados.

3.4.2 A entrevista etnográfica

A entrevista etnográfica foi outra técnica utilizada, neste estudo, para a coleta de dados e tem por objetivo aprofundar a compreensão do sentido daquilo que foi visto, ouvido e observado. Leininger (1998) explica a importância da entrevista como técnica para a pesquisa, afirmando que a mesma permite aos informantes expor suas visões de mundo, principalmente na entrevista aberta, sendo um meio ideal

para se obterem os dados *emic*², que vêm das pessoas e revelam suas visões de mundo através de suas experiências.

3.4.3 O caderno de campo

Durante todo o processo de coleta de dados, utilizamos o caderno de campo, que foi preparado em duas colunas verticais: uma para registro de informações a respeito das condições em que a entrevista e a observação foram realizadas e outras anotações pertinentes e a segunda para notas e considerações da pesquisadora.

Os registros foram efetuados a partir do Guia para identificação dos informantes (QUADRO 2, p. 76) e Guia das atividades de grupos das ESF (APÊNDICE A).

Para direcionar as observações, utilizamos o **Guia Rápido para Avaliação Cultural** de Leininger (1978), por nós adaptado para o trabalho junto aos grupos.

Esse guia inclui as seguintes fases:

- a) Fase I - registrar observações do que se vê, ouve-se ou de experiência com o grupo, incluindo ferramentas, suportes e canais para o tratamento e acesso da informação, o que corresponde a modos de expressão e incorporação de modelos de participação e prática cultural, introduzindo ou não um novo conceito de cuidado, no trabalho com o grupo de DM e HA.

² Os aspectos "emic" referem-se às percepções internas, ou seja, das pessoas ou informantes. Em contra-partida, o enfoque "etic", refere-se à percepção de pessoas de fora da cultura.

- b) Fase II - ouvir dos profissionais e aprender com eles sobre os valores culturais, crenças e linguagem dos grupos que coordenam, a respeito do cuidado à saúde no determinado contexto social. Dar atenção às práticas e às metodologias e tecnologias utilizadas para abordagem relativa ao cuidado profissional. Investigar os hábitos relacionados às práticas populares de cuidado em sua dimensão sociocultural e observar como o coordenador maneja tais hábitos com vista ao cuidado e a influência dos fatores do “Sol Nascente” (FIGURA 1, p. 50).
- c) Fase III - identificar e documentar os padrões e as narrativas referentes aos significados dados pelos profissionais em relação ao cuidado, considerando tudo o que tenha visto, ouvido ou experienciado.

Estas são as três fases que correspondem ao levantamento de dados, o que significa conhecer a situação do cuidado no grupo, os métodos de abordagem, os padrões de informações, as tecnologias utilizadas e definição de papéis.

Ressaltamos que, ao longo dessas fases, é importante levantar o padrão cultural, conhecer os aspectos “emic”, aqueles que são específicos da cultura de cada categoria profissional, os diversos e os que são comuns a todas.

- d) Fase IV - sintetizar temas e padrões originados das informações obtidas nas fases I, II e III.

Nesta fase, ocorrem o planejamento e a implementação com as decisões do cuidado e as ações que devem estar fundamentadas na

cultura dos profissionais quando metodologias e tecnologias utilizadas se tornarão evidentes, sendo que o cuidado poderá advir de três decisões do cuidado e as ações que devem estar fundamentadas nas formas:

- Preservação do cuidado cultural: valorizar e apoiar as atitudes que são inócuas à saúde dos usuários;
- Repadronização do cuidado cultural: estabelecer ações de cuidado que necessitam ser reestruturadas ou mudadas para garantir o cuidado coerente para uma vida com hábitos mais saudáveis;
- Acomodação do cuidado cultural: capacitar e apoiar o usuário em seus padrões de cuidado a fim de manter seu bem-estar em seu contexto sócio-familiar e conservar ou reforçar o vínculo nos serviços de saúde onde é atendido.

Esse guia nos auxiliou no entendimento do modo como valores culturais e estilo de condução dos grupos emergem e de que métodos e tecnologias se utilizam, objetivando o cuidado nesse contexto.

Para as anotações utilizamos o modelo de Olesen (1991):

- a) Notas de Observação (NO): descrição imediata da situação observada;
- b) Notas Teóricas (NT): reflexões pessoais sobre a situação observada, baseando-se no referencial teórico;
- c) Notas Metodológicas (NM): reflexões pessoais a respeito da situação observada, baseando-nos no referencial metodológico;
- d) Notas Pessoais (NP): referentes às percepções de quem observa, seus

sentimentos frente à situação em foco.

Além da sistematização dos registros, anotávamos todas as ocorrências que extrapolavam a observação, referindo-se a outras ocorrências na UBS, na ESF, uma conversa com alguém, a fala de um servidor que proporcionava uma contribuição para a pesquisa. Procurava sempre que possível não fazer anotações em frente aos informantes, mas em um local reservado, quando possível ou quando chegávamos a casa. Tudo era anotado detalhadamente.

Nesta pesquisa, a observação ocorreu nos espaços onde as ESF desenvolvem seus grupos de DM/HA, nas UBS ou na comunidade.

Totalizaram-se 63 horas de observação junto ao coordenador no seu trabalho com grupos de DM/HA e entrevistas. Foram 998 Km percorridos para coletar os dados.

Para tanto, houve necessidade de desenvolvermos um Guia específico para o acompanhamento dos grupos (APÊNDICE B), uma vez que eles acontecem geralmente à tarde, momento de menor demanda de acolhimento. O QUADRO 1, chama atenção, por exemplo, para o fato de 4 ESF fazerem grupos na 4ª feira à tarde, em horários semelhantes. Além disso, 7 das 12 equipes fazem grupos fora da UBS, utilizam espaços de igrejas, salões, dentre outros na comunidade.

QUADRO 1

Distribuição dos grupos nos dias da semana

UBS	Equipe	ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS		
		Dia	Hora	Local
"A"	Pinho	4 ^a f.	14	UBS
"B"	Ipê	5 ^a f.	14	Externo
"C"	Mogno	3 ^a f.	14	Externo
"D"	Cerejeira	4 ^a f.	13	UBS
	Cedro	3 ^a f.	12	UBS
"E"	Jacarandá	2 ^a e 4 ^a f.	14	Externo
"F"	Peroba	3 ^a e 5 ^a f.	7	Externo
	Pinus	3 ^a e 5 ^a f.	7	Externo
"G"	Carvalho	6 ^a f.	8	Externo
	Pau brasil	6 ^a f.	9:30	Externo
	Eucalipto	6 ^a f.	13:30	UBS
"H"	Araucária	4 ^a f.	8 e 14	UBS

Fonte: Coordenadores dos grupos, informantes da pesquisa.

Essa organização convergente dos dias e horários de grupos dificultou a observação participante de forma que seis ESF é que foram acompanhadas durante sua prática de forma mais sistemática. Com as demais, estávamos juntos em vários momentos, seja conhecendo suas rotinas de atendimento nos dias de grupo, seja no momento das entrevistas. Somado a isso, a distância geográfica existente entre as UBS foi outro fator limitante do deslocamento para os locais de realização dos grupos nos horários marcados. Por isso, as ESF que primeiro aceitaram participar da pesquisa foram acompanhadas, até saturar as possibilidades dentro dos limites postos.

3.5 A aproximação com o campo

A primeira tentativa de aproximação com o campo escolhido foi por contato prévio telefônico com o gerente do Distrito Sanitário Pampulha, não sendo possível, foi procurado pessoalmente.

Naquele momento, buscávamos o aceite e a autorização para a pesquisa se realizar no referido distrito (ANEXO A), nas UBS junto às ESF que ofertavam grupos para diabéticos e hipertensos.

Após apreciação do projeto por esse gerente, esse instrumento foi encaminhado à gestão do trabalho, cuja gerente, uma enfermeira, solicitou uma apresentação do projeto aos gerentes das UBS que foi realizada no dia 15 de março de 2006, na sede do DSP.

Participaram dessa reunião o gerente da Gerência da Saúde (GERSA) Pampulha; gerentes das UBS, exceto da UBS "F"; gerente da Unidade de Pronto Atendimento Pampulha e gerentes da Farmácia e Laboratório Distritais.

Após apresentação do projeto, foi aberto espaço para esclarecimentos. Com o aceite de todos os gerentes presentes, considerados informantes primários, encerramos essa etapa, com a proposta de contato posterior com cada um deles para agendar visitas às UBS, conhecer os profissionais das ESF e selecionar os informantes da pesquisa.

Na semana seguinte, foram agendadas as visitas às unidades, sendo a primeira, na UBS "E". A segunda e a terceira foram na UBS "A" e "H" onde se realizou o teste piloto.

O mês maio de 2006 foi atípico no cotidiano das UBS, marcado por tumulto causado pela avaliação de desempenho da Secretaria Municipal de Saúde. Com isso, vários gerentes que foram contatados sugeriram aguardar o término desta atividade. Reiniciamos os agendamentos em junho e com dificuldade, devido ao horário de funcionamento das UBS pelos jogos da Copa.

3.6 A coleta de dados propriamente dita

A coleta de dados foi dividida, então, em duas etapas cronológicas, sendo que a primeira teve duração de dois meses, quando realizamos o estudo piloto e utilizamos os guias idealizados para esta pesquisa. Essa fase compreendeu da busca de conhecimento do campo e dos atores envolvidos no trabalho com grupos. Uma vez concluída, retiramo-nos do campo para refletirmos sobre a prática e buscar subsídios para as nossas dificuldades.

Constituíram-se em estudo piloto os primeiros profissionais de ESF e de UBS distintas a concederem, respectivamente, entrevista e a fazer observações, pois, numa estava acontecendo encontro de grupos naqueles dias e, na outra, essa ocorrência se daria apenas no mês seguinte.

Nesse período, procuramos mais referências sobre metodologias e tecnologias para o trabalho em saúde com os grupos de diabéticos e hipertensos, tendo como foco metodologias, tecnologias e concepções visando ao cuidado. Tudo isso muito contribuiu para a compreensão dos dados da prática e dos procedimentos relativos às modificações necessárias para continuidade do trabalho de campo.

Na segunda etapa, que teve duração de seis meses, de junho a novembro de

2006, iniciamos as observações de campo e entrevistas com as modificações necessárias a partir da experiência da primeira etapa.

As observações foram realizadas junto ao coordenador, nos dias em que a atividade era o grupo, uma vez na semana, durante um tempo médio de três horas, intercalando manhã e tarde de acordo com a programação.

Essa programação foi previamente estabelecida após conhecimento dos profissionais e das UBS, sendo essa medida decisiva para iniciarmos a observação participante e as entrevistas.

À medida que conhecíamos o trabalho com os grupos, demos início à segunda fase, agendamos as entrevistas, negociamos os horários, dias e locais. A partir daí fomos procedendo, concomitantemente, à análise dos dados.

Ressaltamos aqui que, em alguns casos, as entrevistas foram remarcadas por terem coincidido com o período em que os profissionais estavam participando das Oficinas da Atenção Básica, iniciadas em setembro de 2006 com término previsto para dezembro desse ano.

No decorrer da coleta de dados, houve um momento em que sentimos a necessidade de contarmos com o apoio de outra observadora no campo. Essa colaboradora foi identificada no *Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG* de que sou também integrante, sendo devidamente treinada e introduzida nas atividades desta pesquisa. Entendemos que seria, além de rico, essencial, dada a natureza do trabalho, alguém que já não estivesse tão envolvido no campo como já nos encontrávamos.

3.7 Os aspectos éticos da pesquisa

Para iniciarmos o trabalho de campo, conforme recomenda a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas: Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo nº ETIC 0047/06 (ANEXO B) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, parecer nº 009/2006 (ANEXO C).

Após explicado o objetivo da pesquisa, os informantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D), em duas vias, as quais uma ficou com o informante e outra arquivada pela pesquisadora. Foi assegurado o caráter voluntário e sigiloso e o não-risco em todas as etapas, deste estudo, garantindo-se o direito dos sujeitos de se retirarem em qualquer momento, sem lhes causar nenhuma penalização ou dano.

Para resguardarmos o anonimato dos informantes, seus nomes foram substituídos por nomes próprios fictícios, escolhidos pelos próprios informantes, assim como os das ESF e UBS.

3.8 A análise dos dados

A análise dos dados foi realizada consoante à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42) o qual a define como

“[...] um conjunto de técnicas visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”.

Esse autor faz referência ainda que esse método é indicado no estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências.

A escolha desse método de análise pode ser justificada por se tratar de um instrumento que considera a diversidade das comunicações, enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta.

Dentro do vasto campo da técnica de análise de conteúdo, elegemos a análise categorial que inclui um processo de operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos (BARDIN, 1977).

Segundo esse mesmo estudioso, no desenvolvimento desse tipo de trabalho é necessário seguir três pólos cronológicos para conduzir a investigação, os quais foram contemplados nessa pesquisa:

- a) Pré-análise (organização dos dados): permitiu-nos operar e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir-nos a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

Incluiu leitura flutuante do material coletado (entrevistas transcritas e observação de campo), visando ao conhecimento do texto e a aproximação de questões mais superficiais dos documentos. Em seguida, escolhemos o universo das informações a serem submetidas à análise, o que constitui o *corpus* do trabalho, definido como "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos" (BARDIN, 1977, p. 96).

Ressaltamos que, para a constituição do *corpus*, contemplamos as regras de exaustividade (aspectos levantados no roteiro),

representatividade (universo pretendido), homogeneidade (temas idênticos) e de pertinência (material analisado com adequação ao objetivo da pesquisa) porque corresponderam aos objetivos da análise.

- b) Exploração do material: incluiu as operações de codificação, enumeração e classificação das falas expressas dos informantes, através do recorte do texto em unidades de registro (palavra, frase tema), enumeração (escolha das regras de contagem), agregação dos dados conforme similaridades, convergência/divergência com as categorias pré-estabelecidas (escolha de categorias), o que permitiu atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

- c) Tratamento e interpretação dos dados obtidos: a partir dos resultados brutos, os dados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Posteriormente, propusemos inferências e adiantamos as interpretações, pautadas nos objetivos previstos ou nas descobertas inesperadas. Procuramos articular as informações obtidas e os referenciais teóricos da pesquisa e responder às questões com base nos objetivos propostos.

Para facilitar a análise dos dados, utilizamos a impressão das entrevistas e das observações de campo em folha A4 dividida em duas colunas, sendo a primeira destinada à transcrição das entrevistas/observações e a segunda para as codificações (APÊNDICE C).

Após exaustivas leituras, os depoimentos foram analisados, codificados e categorizados dando origem aos seguintes núcleos temáticos:

- a) O grupo na perspectiva transcultural;
- b) Como o grupo é estruturado;
- c) Estratégias do trabalho com grupos de portadores de diabetes e hipertensão;
- d) A tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural;
- e) Desafios e avanços da prática de grupo na Saúde da Família.

4 O PERFIL DAS UBS, DAS ESF, DOS COORDENADORES E DOS
GRUPOS DE PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO

O essencial não é o que foi feito do homem,
mas o que ele faz daquilo que fizeram dele.

Sartre

4.1 As Unidades Básicas de Saúde

A estrutura física das nove UBS tem em comum dois a três consultórios, geralmente ocupados por médicos generalistas, um consultório de pediatria, um consultório de ginecologia, um consultório odontológico, sala de vacinas, sala de curativos, sala de gerência, sala de espera, recepção, farmácia, área de limpeza e desinfecção de artigos e instrumentais, depósito de material de limpeza, banheiros para funcionários e usuários, cozinha, almoxarifado e sala para coleta de material biológico (sangue, fezes e urina). Destacamos que, apesar dessas semelhanças, algumas se diversificam em suas dependências físicas, pois nem todas as UBS possuem sala de reunião e sala de observação.

É relevante mencionarmos, ainda, que cinco das UBS participantes da pesquisa se localizam em vilas ou próximas a elas, sendo a população aproximadamente 100% SUS-dependente. Dentre essas, uma se destaca por ser toda gradeada nas janelas e portas, ficando, inclusive, o porteiro atrás da grade da porta de entrada.

Outras três unidades se localizam em áreas nobres, o que dificulta o atendimento à população com risco de vulnerabilidade elevada. A distância geográfica e as condições do relevo dificultam esse atendimento, muitas vezes agravados pela falta de transporte até a unidade de saúde de referência.

O horário de funcionamento das UBS é de 7 às 19 h ou 7 às 18 h conforme

sua localização, e a maioria dos servidores trabalha em jornada integral, ou seja, aqueles que integram as ESF. Já os demais profissionais de nível superior, denominados apoios matriciais³, têm a jornada de quatro horas/dia, enquanto que os de nível médio possuem jornada de seis horas diárias.

Essas UBS se caracterizam pelo horário do rush que, de forma unânime, é de manhã, coloquialmente chamado de horário de acolhimento. Por sua vez o acolhimento se apresenta de forma genuína em cada uma delas; organizado de forma diversificada em seus horários, durante os dias úteis da semana. Os profissionais envolvidos no atendimento à demanda espontânea do usuário marcam consultas médicas, dentre outros encaminhamentos.

Não contrariando a realidade das UBS, é comum encontrarmos o auxiliar de enfermagem na recepção tanto no acolhimento dos usuários quanto no desenvolvimento das tarefas de ordem administrativa. Face ao crescente aumento do número de pessoas em condições crônicas de saúde no país, destaca-se muitas vezes, na demanda espontânea, o usuário portador de diabetes e hipertensão que absorve grande parte do atendimento do generalista e do enfermeiro.

Nesse sentido, o acolhimento é uma ferramenta de captação do usuário diabético e hipertenso, os quais são encaminhados para troca de receitas, consultas com o generalista da área adscrita e para os grupos, dentre outros.

³ Entende-se por apoio matricial o "dispositivo que tem sido pensado e experimentado para aprimorar o suporte às equipes [...] buscando superar a lógica da referência e contra-referência de forma verticalizada [...] oferecido pelos profissionais de apoio dos centros de saúde, por profissionais dos distritos, nível central e pelos diferentes serviços de referência" (PBH, 2006, p. 73).

4.2 As Equipes de Saúde da Família

As ESF têm a configuração básica, compostas por um médico, um enfermeiro, dois profissionais de enfermagem de nível médio e de quatro a seis ACS, sendo que alguns desses profissionais se encontram em curso.

Essas equipes possuem rotinas de trabalho bastante específicas e cada uma se organiza a sua maneira; as atividades diárias, entretanto, são as mesmas. Basicamente, o trabalho das ESF consta de acolhimento, consulta médica e de enfermagem, visitas domiciliares, grupos e reuniões.

Ressaltamos que algumas equipes têm enfrentado dificuldades na organização de seu trabalho devido à grande demanda e dificuldades para negociar com os usuários a priorização das ações pré-definidas ou de prevenção e promoção, uma vez que é da cultura do usuário a expectativa do atendimento imediato. Esta realidade também é vivenciada por outros locais de serviço, conforme apontado pelo documento de Organização da Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PBH, 2006).

Podemos constatar na FIGURA 4 que a área de cobertura do Distrito Sanitário Pampulha pelo PSF não ocorre de forma homogênea, uma vez que apresenta predomínio das áreas de médio e baixo risco.

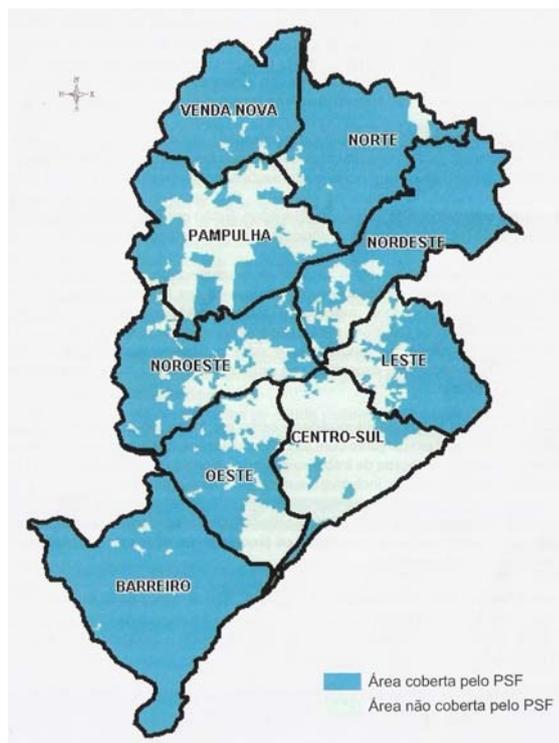


FIGURA 4 - Área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG
Fonte: PBH/SMSA, 2006a.

4.3 Os coordenadores dos grupos de portadores de diabetes e hipertensão

Os antropólogos usam o termo informante para designar as pessoas que fornecem informações sobre os costumes e as crenças de um grupo, revelando sua identidade cultural.

Para a identificação dos informantes, profissionais das ESF coordenadores dos grupos, partimos do pressuposto de que o gerente local seria o facilitador, o qual, realmente, auxiliou no preenchimento do Guia para Identificação dos Informantes, representado no QUADRO 2 a seguir:

QUADRO 2

Guia para Identificação dos Informantes

UBS	EQUIPE	COMPLETA		GRUPO		TIPO		CATEGORIA PROFISSIONAL			INCLUIR	
		S	N	S	N	HA	DM	MD	ENF	ENM	S	N
"A"	Pinho	X		X		X	X	X	Renata	X	X	
	?	X		X		X	X				X	
	?		X									X
	?		X									X
"B"	Ipê	X	X	X		X	X	Bernardo	Malu	Sofia	X	
"C"	Mogno	X	X			X	X	Bernadete	X	X	X	
	?	X			X				X			X
	?	X			X				X			X
"D"	Cerejeira	X		X		X	X	X	Sara	Andréia	X	
	?	X			X			X	X			X
	Cedro	X		X		X	X	X	Santos	X	X	
"E"	?	X		X		X	X	X	X	X		X
	Jacarandá	X		X		X	X	Marcos	X	X	X	
	?		X					X				X
"F"	Peroba	X		X		X	X	X	Ramiro	X	X	
	Pinus	X		X		X	X	X	Luana	X	X	
	?		X									X
	?		X									X
"G"	Carvalho	X		X		X	X	X	Maria	X	X	
	Pau brasil	X		X		X	X	X	Jefersow	X	X	
	Eucalipto	X		X		X	X	X	Júlia	X	X	
	?	X			X							X
"H"	Araucária	X		X		X	X	Ana	Tereza	Eduarda	X	
	?	X			X							X

Fonte: Gerência das unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha.

Nota: As interrogações correspondem a equipes que não atenderam aos critérios de inclusão.

UBS - Unidade Básica de Saúde, HA - hipertensão arterial; DM - diabetes *mellitus*, S - sim, N - não, MD - médico (a), ENF - enfermeiro (a), ENM - enfermagem nível médio.

Adotamos os seguintes critérios de inclusão para a escolha dos demais informantes:

- a) Equipes completas, compostas de um médico, um enfermeiro, dois profissionais de enfermagem do nível médio;
- b) Equipes em que as atividades de grupos estejam voltadas para

hipertensos, diabéticos que são grupos prevalentes nas UBS (PBH, 2006);

- c) Profissionais do nível superior e médio que coordenam grupos;
- d) Profissionais que aceitem colaborar com esta pesquisa.

Os critérios de inclusão estabelecidos quanto à situação da ESF completa e a atividade de grupos coordenados pelos profissionais da equipe foram escolhidos por entendermos que seriam fundamentais, uma vez que são os grupos na perspectiva da Saúde da Família, realizados por equipes de mesma composição, culturalmente trabalhando no modelo biomédico.

Já como critérios de exclusão adotamos:

- a) Equipes incompletas;
- b) Equipes que não desenvolvem atividades de grupo para diabéticos e hipertensos;
- c) Equipes dos profissionais que não se interessarem em colaborar com essa pesquisa.

Em dois casos, esses critérios não foram seguidos rigorosamente, a exemplo da assistente social, servidora da UBS "D", não membro de ESF, mas que auxilia na coordenação dos grupos junto às equipes. A outra, uma docente, supervisora de estágio, da UBS "F", a qual coordena um grupo de atividade física, resultado do desdobramento dos grupos de diabéticos e hipertensos, coordenados, por sua vez, pelos profissionais das ESF.

Tais profissionais foram considerados também informantes desta pesquisa, os

quais serviram de referência do trabalho com grupos evidenciados tanto nas entrevistas como pelo próprio gerente local e ESF.

No total, foram identificadas 24 ESF através do sistema de informação (PBH, 2005). Apenas 13 equipes atenderam aos critérios de inclusão mencionados anteriormente, sendo uma excluída da pesquisa devido à atividade do momento que era apenas a caminhada por uma hora. Dentre as 12 equipes foram identificados 21 profissionais de nível superior e médio coordenadores de grupos de diabéticos e hipertensos e 2 outros como já citado, totalizando 23. Desses, 19 profissionais concederam a entrevista, sendo possível a observação do trabalho junto aos grupos de 7 deles.

Para os outros 12 profissionais, foram realizadas apenas as entrevistas, o que foi útil para embasar as experiências de coordenação de grupo. Os 4 restantes desistiram de participar durante a entrevista, decisão por nós acatada. O material coletado até aquele momento foi destruído na presença dos mesmos por terem alegado: "eu não consigo falar"; "está na minha hora, não posso ficar mais, amanhã estou de férias". Entendemos que eles não queriam participar e respeitamos tal decisão.

Uma vez selecionados os informantes, solicitamos ao gerente um encontro com os coordenadores de grupos nas respectivas unidades de saúde, para conhecer o trabalho da equipe e suas atividades. Nesses encontros, eram feitas as apresentações de ambas as partes, bem como do projeto de pesquisa; chamamos a atenção para o objetivo, a justificativa e a relevância do trabalho. Uma vez esclarecidos os questionamentos, fizemos-lhes o convite, para integrarem-se à pesquisa visando à colaboração no estudo. A partir do aceite, preenchemos o "Guia

das Atividades de Grupos das ESF" (APÊNDICE A), o que direcionou a organização do acompanhamento das atividades que constituiu em realizar a observação participante, concomitante às entrevistas e às notas de campo.

As entrevistas foram individuais, agendadas previamente e realizadas nas UBS, com duração média de quinze minutos, no horário de escolha dos profissionais de forma que fosse garantida a privacidade de cada um. Levamos em consideração que todo estímulo físico, psicológico e social poderia alterar o depoimento. Todas as entrevistas foram gravadas em fita K7 e transcritas na íntegra. Cada entrevista foi acompanhada de uma Ficha do Informante (APÊNDICE D), que permitiu delineamento do perfil dos coordenadores de grupos informantes desta pesquisa, através dos dados de identificação, tais como: data de nascimento, religião, categoria profissional, tempo de trabalho na Saúde da Família, especialização e capacitação para trabalhar com grupos, visto que a situação do entrevistado poderia influenciar em sua experiência.

Ao término da transcrição das entrevistas, estas foram devolvidas aos informantes, as quais foram lidas e validadas pelos mesmos (APÊNDICE E).

Neste estudo, propusemos a entrevista aberta a partir de duas questões descritivas:

- a) "Fale como é a sua experiência com os grupos, considerando a metodologia, tecnologias, suas concepções em relação a esse trabalho".
- b) "Fale de que forma o cuidado é abordado no grupo".

Foram entrevistados 3 profissionais da enfermagem do nível médio, 10 enfermeiros e 4 médicos, 1 assistente social e 1 docente de fisioterapia. A idade dos entrevistados variou entre 29 a 51 anos, com a média em torno de 39 anos. Do total, 14 eram do sexo feminino e 5 masculino. O nível de escolaridade variou entre nível médio e nível superior completo. Conforme Leininger (1978), a universalidade nesse cenário foi contemplada posto que do nível superior havia 11 pós-graduados em Saúde da Família, mais 3 em curso dessa especialidade e 6 deles com até duas especializações o que configura uma formação padrão dessas pessoas envolvidas. Apenas 4 dos informantes possuíam formação para o trabalho com grupo, o contraponto da diversidade da teoria entre os sujeitos. Essa formação complementar e específica, conforme o modelo "Sol Nascente" (FIGURA 1, p. 50) leva a repercussões o que poderia influenciar nas expressões e práticas de cuidado desses profissionais, no trabalho com os grupos, seja na preservação, acomodação e repadronização do cuidado uma vez que esse é histórico e cultural. Quanto à religião, considerada como fator que influencia a cultura, segundo a mesma autora, 12 eram católicos, o que também favoreceu a homogeneização desses sujeitos. O tempo médio de atuação na Saúde da Família foi de 4 anos que é o tempo relativo desses profissionais coordenando grupos de DM e HA, os sujeitos estavam distribuídos de forma homogênea, a maioria atuante desde o início da Saúde da Família, conforme se pode observar no QUADRO 3.

QUADRO 3

Perfil dos coordenadores de grupos na Saúde da Família

Informante	Idade	Sexo	Tempo atuação SF (anos)	Religião	Categoria profissional				Especialização			Capacitação em grupo
					ENM	ENF	MD	Ou-tra	SF	Outra	Nenhu-ma	
Eduarda	42	F	5	Espírita	X						X	Sim
Bernadete	32	F	5	Católica			X		X	X		
Sara	35	F	3	Católica		X					X	
Malu	49	F	5	Católica		X			X			
Maria	39	F	3	Católica		X					X	
Júlia	37	F	3	Evangélica		X			X			Sim
Ana	49	F	3	Espírita			X		X	X		
Tereza	44	F	5	Católica		X			X	X		
Renata	29	F	3	Católica		X			X			Sim
Andréia	41	F	5	Católica	X						X	
Santos	42	M	5	Não		X			X	X		
Marcos	34	M	4	Não			X		X			
Sofia	51	F	5	Católica	X						X	
Ramiro	36	M	8	Não		X				X		
Jefersow	31	M	2	Católico		X			X	X		
Vera	32	F	3	Católica				X				
Luana	29	F	7	Católica		X			X			
Bernardo	40	M	5	Não			X		X	X		
Rebecca	50	F	5	Católica				X		X		Sim
MÉDIA	39		4									

Fonte: Ficha do informante (Apêndice D).

Nota: SF - Saúde da Família; ENM - enfermagem nível médio; ENF - enfermeiro (a); MD - médico (a).

As entrevistas traduziram a concepção dos coordenadores de grupos acerca de seu trabalho, uma aproximação do vivido. Consideramos importante assinalar que não é adequado reduzir a realidade à concepção que os atores fazem dela. Tais concepções trazem consigo idéias, crenças, valores, sentimentos, visão de mundo; expressam a realidade em que vive, servem para explicar, justificar e questionar essa realidade, mediada pela linguagem. Assim, é importante atentar para os limites da análise, lembrando que aqui estamos tratando de um pequeno fragmento dessa realidade.

Em concordância com a teoria de Leininger (1978), buscamos estreitar proximidade com os informantes. Prontificávamos a levar os materiais, prontuários e tudo aquilo que se utilizava no grupo, visando conhecer o ritual da equipe ao se

preparar para o trabalho com os grupos. Oportunamente, já se começava um processo de interação com esse ritual cultural, o que facilitou a aproximação com a equipe e a observação de seu trabalho junto aos grupos de portadores de diabetes e hipertensão. Houve momentos em que eu e os profissionais fizemos permuta de nossos transportes para nos dirigirmos aos locais de realização dos grupos.

Ao deixarmos o local da entrevista ou da observação, registramos também todas as informações a respeito das condições em que estas foram realizadas: as emoções, as subjetividades, os acontecimentos, bem como alguns aspectos que exigiam esclarecimentos.

4.4 Os grupos de portadores de diabetes e hipertensão

A oferta de grupos, na maioria das vezes, se deu por demanda da ESF que fez a captação através de vários canais: do acolhimento, em consultas médicas, somada à da busca ativa pelo ACS na micro-área de sua adscrição, que se configurou numa das estratégias de organização dos grupos de diabéticos e hipertensos, em que os usuários são identificados, por essas patologias.

Apresentamos, a seguir, o perfil dos usuários dos grupos de DM/HA que foi levantado durante as observações e entrevistas (QUADRO 4):

QUADRO 4

Perfil dos usuários dos grupos de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial na Saúde da Família

ESF / UBS	Faixa etária	Sexo		Modalidade dos Grupos oferecidos			Média usuários /grupo	Frequência do grupo	Protocolo SMSA	Local realização grupo
		M	F	HA	DM	HA e DM				
Pinho / "A"	> acima 50a					X	25/28	Trimestral	Sim	UBS
Ipê / "B"	> acima 50a	6	20	x	x		15 / 25	Bimensal	Sim	comunidade
Mogno / "C"	> acima 50a		+				25 / 35	Semestral	Não	comunidade
Cerejeira	> acima 50a	2	10	x		x	12	3 momentos / ano - 1/mês	Não	UBS
Cedro	Não obs.									
Sem eq / "D"										
Jacarandá / "E"	> acima 50 a	4	10			x	14 / 6	Semanal	Não	comunidade
Peroba	Não obs.	3	12			x	15	Mensal	Sim	comunidade
Pinus	> acima 50 a Não obs.	10	15			X	25	3/3 meses	Sim	comunidade
Sem eq / "F"	> acima 50 a 60-70a	7	30			x	35-40	3x/sem	Não	comunidade
Carvalho	Ad. jovem e > acima 50 a	2	14	x	x	X	16-20	2/2 meses	Não	comunidade
Pau brasil	Não obs.	4	8	x	x		12-15	3/3 meses	Não	comunidade
Eucalipto / "G"	Não obs.			x	x		20	trimestral	Não	UBS
Araucária / "H"	> acima 50 anos	0	12	x	x		12	Mensal	Não	Ação social ao lado

Fonte: Observações de campo e entrevistas.

Nota: ESF: Equipe de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; obs.: observado; Ad.: adulto; M: masculino, F: feminino; HA: hipertensão arterial; DM: diabetes *mellitus*, SMSA: Secretaria Municipal de Saúde; +: em maior número.

Os grupos foram organizados pela ESF para sua população adscrita, utilizando-se sala de reuniões localizadas na UBS ou espaços extra-muros, na comunidade, como igrejas, salões, instituições asilares, contemplando aquelas comunidades onde é difícil o acesso geográfico para a população. As equipes deslocaram-se em seus próprios carros e levaram consigo um mínimo de material para suporte do trabalho com os grupos *in loco*.

5 A BUSCA DAS CONCEPÇÕES, ESTRUTURA E ESTRATÉGIAS DO
TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo educativo é um diálogo entre saberes.
Ambos se comprometem a ouvir e a transformar.

Briceño-León

5.1 O grupo na perspectiva transcultural

Os grupos aos quais os profissionais se referem, encontravam-se integrados, considerando-se três pilares para a sua configuração: a territorialização, a doença e a demanda. Esses são influenciados por aspectos culturais conforme representado na

FIGURA 5:

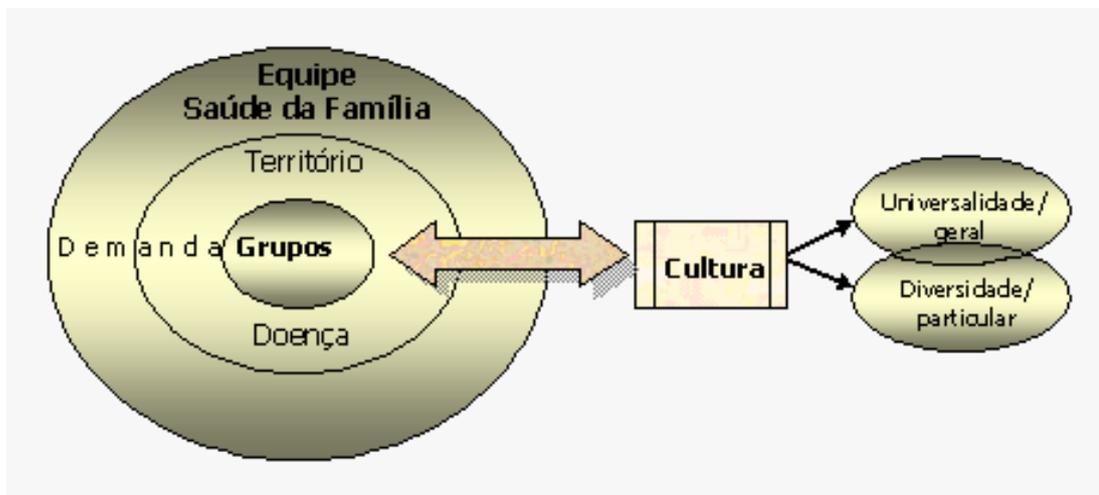


FIGURA 5 - Pilares da prática de grupos

A Saúde da Família é um campo tão diverso e complexo que, para trabalhar com grupos, exige a compreensão da diversidade e universalidade cultural expressas na forma como as equipes atuam.

Este núcleo temático representa a perspectiva de grupo na Saúde da Família, as quais traduziram, de forma complexa e paradigmática, as concepções dos

coordenadores de grupo, numa cultura calcada no modelo biomédico.

Nesse cenário, tanto o grupo remete a uma concepção operativa⁴, quanto aparece reduzido à prática cotidiana. No entanto, encontramos concepções remetendo a reuniões de pessoas como relatado por um dos informantes:

[...] é difícil de definir [grupo]. Mas, é o que a gente faz aqui. A gente reúne com uma quantidade de pessoas, [...] e começa a trabalhar um tema com essas pessoas [...]. *Marcos* (médico)

Na óptica dos informantes com suas particulares concepções, os modos de fazer grupo aparecem, sobretudo centrados na doença. As semelhanças que acontecem, portanto, em determinados processos de doença, possibilitam a formação do grupo, conforme depoimento:

Trabalhar em grupo é juntar semelhantes, [...] que possuem os mesmos problemas, as mesmas dificuldades [...] e tentar ajudá-los a refletir sobre essas semelhanças, fazer, promover uma troca de experiências [...]. Então, é muito importante a gente fazer com que o grupo se identifique. *Luana* (enfermeira)

Esta fala está respaldada pela teoria de Leininger (1978), que, a partir da similaridade que levou à formação deste grupo, caracteriza a universalidade. É possível descobrir a natureza dessas semelhanças, os significados e a essência do cuidado para essas pessoas como a estrutura central desse grupo. A mesma teoria mostra como isso é favorável à preservação, à acomodação e à repadronização do cuidado de formas repentina ou gradual em suas estruturas sociais, ambientais, de serviços populares e profissionais que influenciam a forma de cuidar, e mesmo de avançar no processo grupal em si.

⁴ Segundo Bicalho (2006), a concepção operativa de grupo remete à configuração do que pode operar-se, ou seja, um dispositivo que permite produzir, realizar (qualquer efeito).

Assim, Alonso (1999, p. 123) lembra que

Na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas e, nestas situações, o processo educativo tem um forte aliado, que é o ato de compartilhar os mais variados saberes e experiências relacionados aos cuidados para com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas, com base no saber popular, na cultura, nas informações obtidas através da mídia, de experiências educativas formais anteriores e também na criatividade e na arte de viver.

Por outro lado, emerge em uma das falas dos informantes a modalidade do grupo baseando-se na singularidade do sujeito onde é colocado que o grupo se constitui pelas diferenças, ou seja, pela diversidade cultural:

[...] grupo é uma reunião de pessoas com saberes diferentes, com conhecimentos diferentes, com especificidades diferentes e que [...] ao se reunirem, eles vão tá lá com um objetivo [...] de aprender, ou, de estar, [...] tendo um conhecimento sobre uma determinada questão. *Bernardo* (médico)

A concepção de grupo como reunião de pessoas que se interagem na dimensão da universalidade e diversidade cultural, de forma a compartilhar um propósito comum aproxima-se da concepção de Grupo Operativo proposto por Pichon-Rivière (1980). Esse achado é confirmado em uma das cenas observadas onde a enfermeira Malu interage bem com o grupo, através de perguntas e respostas, ora perguntas feitas por ela mesma, ora pelos participantes. A exemplo, relatamos parte do diálogo quando uma das participantes de um grupo faz sua apresentação, fala seu nome e faz comentários. Ela começa assim: *"Eu tenho diabetes, artrite, hipertensão, glaucoma [...]". A enfermeira interveio dizendo: "ô dona [...] e o que mais a senhora faz?" [com um tom firme de voz]. A participante diz: "eu canto" [com um tom suave de voz, já quase cantando]. NO (UBS "B")*

Fica clara nessa observação a cultura do usuário que se apresenta para o grupo identificando todas as suas doenças, ou seja, faz poucas referências as suas características pessoais.

Teixeira (2003, p. 90; 91) explica que, para superar o modelo tradicional, é necessária a "cisão eu-outro", o que possibilita a intervenção em saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Para o mesmo autor, é necessário a superação do "*monopólio do diagnóstico de necessidades*" e de integração da "*voz do outro*" neste processo.

A partir desse pensamento, a cena relatada evidencia a mútua representação interna entre os membros do grupo, fatores essenciais para o Grupo Operativo. Pichon-Rivière (1980) lembra que a técnica operativa de grupo, independentemente de seus objetivos, permite que seus integrantes aprendam a pensar em uma co-participação do objetivo de conhecimento, pois o pensamento e o conhecimento não são fatos individuais, mas, sim, coletivos.

Vale lembrar que os coordenadores remetem-se ao significado de objetivos comuns entre os membros do grupo e não tarefa comum, que é essencial ao Grupo Operativo. Brasi (1986) corrobora essa afirmativa discorrendo entre objetivos e tarefa comuns. Para o referido autor, a tarefa não corresponde à noção de objetivo comum, vez que a tarefa é algo que referencia e não algo que homogeniza. E acrescenta Bicalho (2006, p. 4): "Tarefa não no sentido de algo a ter que dar conta, ou dar cabo, mas como inscrição que têm os sujeitos ali. Inscrição social, econômica, política, desejante. Tarefa como inscrição do sujeito no mundo".

Assim, alguns depoimentos referem-se à concepção de grupo permeada pela sensibilidade e pela escuta do coordenador às demandas dos participantes. Nesse

sentido, o funcionamento do grupo é orientado a partir do aspecto dialógico-relacional, numa relação de causa e efeito, numa correspondência entre duas ou mais pessoas, sendo uma delas, sempre o coordenador.

A despeito desse diálogo, às vezes, ele se apresenta num nível mais superficial, na perspectiva da doença e, às vezes, com tendência de aprofundamento na perspectiva relacional. Sendo assim, o grupo aparece como espaço para conhecer a cultura do outro:

[...] é o momento que a gente tem um pouquinho mais de tempo para estar conversando com eles [os usuários], saber um pouquinho mais deles, e eles ficam felizes com essa aproximação. *Sara* (enfermeira)

Vale aqui lembrar que, para se manter esse diálogo mais relacional, foi-nos necessário aguçar o ato da escuta, o qual, segundo Pitta (1996), diz respeito não apenas ao ouvir, mas também, ao acréscimo de uma audição psicológica fundadora do espaço de troca, mediando a resolução das necessidades identificadas.

Pode-se dizer, entretanto, que o grupo “oportuniza um universo de experiências, para o desenvolvimento e crescimento das pessoas, a partir da descoberta de si mesmo e dos outros” (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006, p. 413), o que seria uma evolução desses grupos ora instalados nas UBS.

O cotidiano dos grupos favorece a prática baseada em um saber empírico, não sendo raras as situações em que o coordenador conduz o grupo utilizando-se do bom senso, observação esta também já descrita por Bicalho (2006a, p. 8). Esse autor explica que “O senso comum pode durar meses, mas não resiste à rotina, e não é disso que se trata. Há que se buscar formação para essa prática [...]. Certamente, ocupar esse lugar exige alguma constituição profissional”, para

alavancar essa prática atual de grupos.

5.1.1 A tentativa de ruptura com a denominação patológica do grupo

A identidade do grupo aparece como uma tendência importante de transcender o paradigma da doença, referindo-se à mudança do nome dos grupos, conforme ressaltado nos depoimentos abaixo:

[...] o nome [do grupo] surgiu de uma pergunta que eles próprios [os usuários] fizeram pra mim. "Ué, Vera! Esse grupo aqui não tem nome não? [...] é grupo de exercício? Grupo de atividade física?". "Não, a gente vai fazer uma votação". E aí o nome desse grupo chama Arte de Viver. Saiu deles. *Vera* (docente de fisioterapia)

Aqui [...] nós mudamos a nomenclatura pra poder tá descaracterizando a situação de patologia e tá resgatando a promoção da saúde. Então, nós demos o nome a esse grupo de Na Busca do Bem Viver [...]. Nós mudamos realmente essa nomenclatura, é [...] do adoecer [...]. *Rebecca* (assistente social)

[...] o nosso grupo não devia chamar nem grupo de diabético, nem grupo de hipertenso. Devia ter um outro nome [...]. A gente está pensando numa maneira de mudar esse nome. [...] grupo de alguma coisa, mas não ficar aquela coisa específica, como se tivesse rotulando a pessoa. *Eduarda* (ENM)

Bicalho (2006a) já resalta a necessidade de se transcender essa denominação patológica do grupo, visando desconstruir os grupos por diagnóstico. Esse autor relata que passou a construir os grupos sem uma denominação prévia e verificou que os efeitos foram muito animadores.

Com a Saúde da Família, a assistência hoje está orientada por tendências integradoras e inclusivas que norteiam o cuidado. O grupo, por sua vez, vem trazendo essa perspectiva de integração usuário-usuário, usuário-profissional e inclusão usuário-serviço de saúde, qual seja, a busca de despertar nos usuários as

possibilidades de mudança do paradigma, influenciando o contexto de vida de cada um e refletindo sobre o cuidado nas dimensões de preservação, acomodação e repadronização, o que exige disciplina, para ser incorporado:

Num grupo [...] você consegue mudar hábitos de convivência, [...] vícios [...]. Ele [o usuário] vai ter a consulta, [...] o medicamento, mas ele também tem que fazer a parte dele, [...] que seria para estabilizar a doença, [...], já que a cura não tem [...]. *Eduarda* (ENM)

Isso [trabalho com grupos] é um trabalho importante [...] é uma alternativa que [...] a concepção de saúde mude [...], a atuação de forma participativa. *Ramiro* (enfermeiro)

Cabe aqui lembrarmos que a condição crônica de saúde exige das pessoas acometidas adaptações e mudanças de hábitos. A aceitação e o viver bem com essa situação incluem aceitar os limites, encontrar novas maneiras de viver o dia-a-dia, compartilhar conhecimentos e experiências, desenvolver novas habilidades que possibilitem um convívio mais harmonioso e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (FRANCIONI; COELHO, 2004). Somado a isso, deve-se “ter em mente que não se pode interferir na vida das pessoas, mas sim cooperar com elas” (PEREIRA; LIMA, 2002, p. 153). O conhecimento da cultura do usuário que participa dos grupos seria uma prerrogativa para se trabalhar o cuidado nas suas formas de preservação, acomodação e repadronização e, além disso, proporcionar a essas pessoas a possibilidade de rever seus hábitos, o cuidado consigo e reforçar suas potencialidades.

Ainda num dos depoimentos, apreendemos a associação de grupo com a prática assistencial, baseada no desenvolvimento de potencialidades de seus membros do grupo, de forma participativa e criativa:

[...] hoje nós vimos um resultado que foi fruto do nosso dever cumprido, aí os prospectos da cidadania, da responsabilidade consigo mesmo [...]. *Rebecca* (assistente social)

Em busca de uma nova denominação, apareceu essa abordagem cultural, envolvendo outros aspectos que não a doença, uma abordagem mais no aspecto social, de sensibilização do usuário em relação aos seus direitos, suas responsabilidades o que resulta no seu empoderamento⁵ enquanto cidadão.

Kleba (2000) comenta que o processo de empoderamento é construído a partir da crença na possibilidade, necessidade e importância em participar dos processos histórico-sociais, o sentimento de pertencimento e o desejo de contribuir para o desenvolvimento social. Dessa forma, os coordenadores de grupo devem possibilitar este processo por meio do qual os cidadãos desenvolvem habilidades e competências para desempenhar maior controle sobre suas vidas.

Assim, o reconhecimento dos sujeitos pelo profissional de saúde entra em consonância com propostas do PSF, vez que um dos objetivos desse programa inclui o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito (BRASIL, 1997).

Cabe ressaltarmos que esse é um outro olhar profissional, o que retrata a diversidade de posturas de coordenadores de grupos dependendo de sua formação e categoria profissional.

Essa visão foi norteadora das práticas educativas em grupo pelas autoras Dias *et al.* (1995) com portadores de doenças crônicas as quais buscavam a participação criativa de seus membros, favorecendo o desenvolvimento de suas potencialidades

⁵ Entende-se por empoderamento o processo de ação social que permite a participação das pessoas no controle de sua saúde. Portanto, requer estratégias amplas e direcionadas para as mudanças sociais, individuais e políticas (NORTON, 1998).

no processo de viver, encontrando alternativas saudáveis para enfrentar as situações desejadas ou não.

Paterson e Zderad⁶, (citado por LEOPARDI, 1999), apontam que durante as relações dialógicas, tanto o cuidador quanto o ser cuidado deixam emergir suas potencialidades humanas. Essas autoras acreditam que o ser humano possui grande potencial para vir-a-ser, por ser rico em possibilidades de “ser” e por “estar-no-mundo”. Ainda nos lembram que o estar-melhor, exige co-responsabilidade de todos, apesar das escolhas de cuidado ocorrerem através da autenticidade de cada um.

Contando com as particularidades supracitadas, o grupo assume um papel fundamental no trabalho das ESF, pois oferece oportunidade de atendimento, conhecimento do contexto do usuário pelo profissional, do usuário em relação à ESF-serviço de saúde, além de recursos disponíveis para intervenções, pautadas nas experiências individuais e coletivas dos sujeitos envolvidos. Sustentando e sendo sustentados por possibilidades de descoberta, mudança de hábitos, educação e aprendizado, o grupo surge com a reflexão de se adotar uma outra denominação para si mesmo.

Por outro lado, dessa forma, reforçamos a desconstrução gradativa de que as respostas estão nos serviços de saúde ou com o profissional de saúde, desmitificando o modelo assistencial, e libertando o grupo da redução à doença.

A vivência profissional e a cultura acabam por mostrar e reforçar a doença. Aparecem, porém, neste mesmo contexto, as tentativas de superação e o grupo é denominado com outros referenciais.

⁶ PATERSON, J. E.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979.

5.1.2 O grupo de diabetes e hipertensão é para sempre

Embora alguns aspectos sobre as atividades com grupos já tenham sido mencionados no subtema anterior, é imprescindível trazer alguns relatos do coordenador a respeito de situações que envolvem diretamente seu trabalho, com esse subtema que é essencialmente cultural.

Devido à demanda que se apresenta nas UBS, o grupo no cotidiano das equipes tornou-se uma relevante estratégia de atendimento que objetiva atender a grande parte dos portadores de DM/HA das áreas adscritas das ESF. Assim, inclui a integração desses usuários e as necessidades de se reverem seus hábitos de vida com vistas no cuidado a ser preservado, acomodado ou repadronizado.

Munari *et al.* (2007) apontam para a organização crescente de grupos como modalidade de atenção coletiva à população nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a oferta de grupos nas UBS é referida pelos informantes em sua totalidade, quanto ao seu caráter de indispensabilidade no atendimento à pessoa diabética e hipertensa:

[o grupo] não tem um começo, um meio e um fim. Eles [os usuários] vão continuar tomando a medicação para sempre. *Renata* (enfermeira)

Na perspectiva de que a cronicidade da doença leva o usuário ao uso de medicação para sempre, os grupos também têm permanecido desde sua criação.

[...] minha experiência com grupos começou há dois anos com a Saúde da Família. *Ana* (médica)

Conforme pontua Alves (2005), as atividades educativas em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF, que, pelo menos, em

discurso refere-se à assimilação do princípio da integralidade nessas práticas. A trajetória referida, no entanto, está dividida em duas dimensões, quais sejam a do conteúdo a ser trabalhado no grupo e a do processo grupal.

Munari e Furegato (2003) comentam que o objetivo do grupo, seja suporte/apoio, realização de tarefas, socialização e outros, definirá a ênfase que terá o trabalho.

Essas autoras ainda relatam que o caminho para realizar os objetivos do grupo pode se dar em duas dimensões: a do conteúdo e a do processo. A dimensão do conteúdo se refere à maior parte do seu tempo e de sua energia, para a busca de aspectos concretos daquilo que se diz ou daquilo que se faz. Já o processo mostra o caminho que o grupo percorre com as suas nuances, considerando intenções de comunicação, seqüência, tempo para cada um, enfim todos os significados possíveis de serem apreendidos pelos participantes e pelo coordenador.

Não é novidade os informantes relatarem a dificuldade de se coordenar um grupo, seja pelo processo grupal que não foi mencionado com clareza, ou pelo conteúdo onde se desenvolvem vários temas, determinados pelo modelo cultural de assistência:

São abordadas doenças, hipertensão e diabetes, o controle do medicamento, a mudança de hábitos de vida, a qualidade de vida.
Renata (enfermeira)

Dessa forma, a permanência contínua do grupo favorece à repetição de temas, levando à saturação desses conforme explicitado nas falas:

[...] a gente tinha um grupo muito longo [...]. Tinha uma programação de tarefas para fazer e nessa programação que eu percebia que eu repetia a mesma palestra todos os dias. *Santos* (enfermeiro)

A gente sabe que a pessoa não vai deixar de ser hipertensa, não vai deixar de ser diabética. Então chega um ponto que, o que a gente tem, esgota [...] por causa do período longo que a pessoa está sendo acompanhada. *Júlia* (enfermeira)

Essa questão é corroborada por Almeida (2006) que evidenciou, não apenas a centralização dos grupos na abordagem clínica da patologia, mas também mostrou a existência da repetição dos conteúdos discutidos nas reuniões, o que acaba desestimulando a participação dos membros do grupo e até mesmo do coordenador:

[...] o médico falava sobre doença e isso não deixava eles [os usuários] muito interessados [...]. A gente começou a observar que se a gente falasse menos sobre a doença e mais sobre qualidade de vida, [...] diversão [ficavam mais interessados]. *Malu* (enfermeira)

Há alguns informantes que criticam esses “grupos longos” alegando que

Com o passar do tempo, essas reuniões [...] passaram a ficar um pouco repetitivas. [...] e esse público [o usuário] começou a cansar, porque começou a ficar um pouco repetitivo o assunto. [...] esse pessoal começou a enjoar dessas reuniões da hipertensão. *Bernardo* (médico)

Como não fica determinado para os integrantes quando de fato ocorrerá o término do grupo, esse se torna para muitos “longo” e com eventos repetitivos. Muitas vezes justificando o trabalho com pessoas que têm doenças crônicas. Isso vai sendo introjetado no cotidiano das equipes de Saúde da Família reforçando a cultura de permanência dessas pessoas no serviço, o que se poderia denominar de cultura da cronicidade.

Aparece ainda a oposição a essa fala, valorizando a repetição que favorece a apreensão como ação educativa e do cuidado:

[...] às vezes, apesar de trabalhar, eles [os usuários] ainda demandam, [...] assuntos que eles já escutaram [...]. Eu acho

importante tá fechando também com uma recapitulação em que dúvidas podem ser tiradas, em que discussões podem ser trocadas, conhecimentos podem ser construídos. *Rebecca* (assistente social)

E se a gente não consegue esgotar um tema a gente volta, conversa de novo, discute de novo. *Bernadete* (médica)

O destaque dos grupos de diabéticos e hipertensos ocorre assim, enquanto possibilidade de a equipe garantir o atendimento da população vulnerável para seu acompanhamento. Adotar o grupo como estratégia, para reduzir a demanda espontânea do cotidiano das UBS em situação e suas implicações de cuidado, requer uma ação auto-reflexiva e não uma perspectiva extrema que analisa e propõe a prática de grupo. Ademais, o grupo é modificado constantemente na perspectiva do processo, enquanto fenômeno complexo entre os sujeitos, fruto das relações entre os diferentes atores e do contexto sócio-cultural no que estão situados.

5.2 Como o grupo é estruturado

A estrutura do grupo é explicitada pelo coordenador, o qual alude sobre a forma como esses grupos têm sido construídos. A maioria dos grupos de portadores de diabetes e hipertensão se formam com base na territorialização, uma prerrogativa da Saúde da Família. Fazem, entretanto, pouca referência sobre sua organização interna e planejamento:

[os grupos] são feitos [...] de acordo com a micro-área em que cada um deles [ACS] trabalham. *Luana* (enfermeira)

Ao longo dos 3 a 5 anos de trabalho desses profissionais na Saúde da Família (QUADRO 3, p. 81), foi assimilada a cultura de grupos realizados por microáreas, uma vez que a informação e a comunicação é facilitada pela presença do ACS nos

dois ambientes: domicílio e serviço de saúde. Assim, a oferta de grupos e a adesão do usuário cresceram, surgindo uma frequência variada seja semanal, mensal, bimensal ou trimestral:

Nossos grupos são 40 pessoas em média. [...] nós temos nove grupos de hipertensos, dois grupos de hipertensos e diabéticos e um grupo de diabéticos. A gente tem feito esses grupos assim de dois em dois meses, de três em três meses, nós vamos rodando. *Maria* (enfermeira)

Para todos os efeitos, encontramos um dos informantes repensando e questionando a prática de grupo, reflexão despertada durante o curso de especialização em Saúde da Família:

[...] descobrimos, inclusive, [...] que o grupo, [...] deve conter no máximo 15 pessoas, 12 pessoas, para [...] um bom andamento. *Jefersow* (enfermeiro)

Esses depoimentos sugerem reflexões sobre esta estrutura de grupo no estabelecimento do processo grupal, o que poderá limitar a comunicação efetiva entre os seus membros (PERRASSE, 1987).

Zimerman e Osório (1997) corroboram essa assertiva ao afirmar que o número de participantes no grupo deverá ser o suficiente para que todos possam se conhecer e se engajar em relações sociais.

Segundo Mailhiot (1981), o número entre 12 a 15 participantes é considerado ideal para um bom funcionamento dos grupos. Conforme é apontado por Munari *et al.* (2007), ao se trabalhar com grupos na perspectiva dos programas de saúde, geralmente, o número de integrantes é superior ao acima mencionado - varia de 20 até 50 ou mais. A experiência dessas autoras, somada à nossa, tem evidenciado que o inconveniente de se trabalhar com um número maior que 30 pessoas, refere-se ao fato de diminuir a possibilidade de participação de todos, comprometendo também a

atenção do coordenador a todos os movimentos e pistas presentes no funcionamento e dinâmica do grupo:

Essas "pistas" servem ao coordenador como importante instrumento da leitura grupal, ou seja, em apreender o que ocorre no interior do grupo, pois apontam os caminhos que precisam ser explorados pelo grupo ou que ele sinaliza como importante para ele (MUNARI *et al.*, 2007).

Dessa forma, a necessidade de sistematização do trabalho educativo poderá gerar conseqüências desastrosas ao grupo, como o mau aproveitamento de tempo, maior gasto de energia, desorientação e desgaste individual e grupal gerando, sobretudo, insatisfação de seus componentes (REZENDE, 1995). Bicalho (2006a) corrobora esse pensamento e acrescenta que a instituição não consegue lidar satisfatoriamente com os movimentos gerados nos grupos decorrentes da falta de um projeto prévio, em que se estabeleça seu fim e a sua identidade.

Para Burkes (1990), o planejamento prévio das ações, a serem realizadas no grupo, é um importante fator determinante para o êxito dessa modalidade de assistência.

Munari *et al.* (2007) ratificam a assertiva acima e acrescentam que a delimitação dos princípios de funcionamento do grupo deve considerar o contrato grupal, elaborado em parceria com os membros do grupo, deixando claro, o número de encontros, horário, local e atividades previstas.

Não obstante a todos esses achados e reflexões afloradas, ainda aparece, nos depoimentos, o grupo como ferramenta de trabalho:

[Os grupos] foram desenvolvidos com a intenção [...] de diminuir a demanda da procura por consulta médica. Para que eles entendessem um pouquinho mais da doença. *Sara* (enfermeira)

Ao invés de agendar retorno para o médico, a gente fazia retorno para o grupo. *Malu* (enfermeira)

[...] eu não conseguia que ele [o médico] atendesse mais nada além do diabético e hipertenso. [...] uma estratégia de estar retirando essa população de dentro da UBS. *Maria* (enfermeira)

[...] os grupos operacionais deveriam ajudar a resolver muita coisa, desafogar a demanda. Eu acho que desafogaria das consultas um pouco. *Eduarda* (ENM)

Observamos nessas falas que os grupos são voltados para usuários considerados “hiperutilizadores” dos serviços oferecidos nas UBS, retirando-os do atendimento tradicional e buscando formas diferenciadas de abordagem (PBH, 2006).

Podemos dizer que essa demanda que surgiu e impulsionou a realização desses grupos, a partir da Saúde da Família, relaciona-se a uma estratégia de atendimento, freqüentemente imposta pelo serviço de saúde, conforme citado por estas informantes:

Quando começou o PSF, a questão das equipes, [...] sempre se falava, tem que fazer grupo. Na verdade, era uma imposição, tem que fazer, [...] e ficam cobrando o tempo todo que você faça [...].
Maria (enfermeira)

Cobra-se resultado, cobra-se que seja feito um grupo operativo. *Sara* (enfermeira)

A partir de uma imposição, os grupos já foram introjetados no cotidiano das ESF, o que leva à necessidade de se refletir sobre esse cenário. Bicalho (2006a) comenta que a atenção em grupo se configura como espaço de acolhimento, articulação cidadã e, também, como proposta para a formulação da demanda. Barembliit (1992) completa a assertiva acima, comentando que a demanda não é o primeiro passo de um processo, mas sim, a oferta.

Bicalho (2006a) acrescenta, ainda, que essa possibilidade de trabalho é geralmente imposta pelo serviço de saúde, evidenciado pela questão matemática dos

números. Relata, inclusive, que essa modalidade de trabalho consiste em um recurso útil para o enfrentamento na Saúde Pública, da diversidade de demandas que ali surgem a exigir respostas.

Por outro lado, o grupo também é colocado como uma estratégia de controle do diabetes e da hipertensão, um meio, um incentivo para o cuidado:

[...] além de ser grupo de orientação, é um grupo para gente fazer também acompanhamento da saúde das pessoas. *Luana* (enfermeira)

Eu coloco o trabalho de grupo como uma extensão do tratamento. [...] eu falo com ele [usuário] que é uma outra modalidade de trabalho de abordagem terapêutica, que muitas vezes não é possível tratar durante a consulta. *Rebecca* (assistente social)

Assim o trabalho com os grupos vai se tornando mais amplo para alguns coordenadores que sinalizam a tendência de transcender a modalidade de grupo construída culturalmente pela doença. Alguns relatos mostram como os grupos poderiam trazer novas abordagens temáticas:

[...] poderia estar falando alguma coisa sobre cidadania, sobre [...] saúde. *Renata* (enfermeira)

O pessoal ia [no grupo] porque tinha feito uma amizade [...], as pessoas iam para poder se ver, conversar e para nos ver também, eu e o médico. *Tereza* (enfermeira)

Sob o prisma do modelo biomédico, a estrutura atual dos grupos começa a ser desconstruída, ainda que lenta e gradativamente. Acreditamos que existe quase uma emergência para que isso aconteça, uma vez que a saturação do conteúdo parece provocar desinteresse do usuário.

O grupo passa a ser percebido como um meio que busca não apenas a adesão ao tratamento da doença, mas também um ambiente social propício para estabelecer vínculos, desenvolver relações interpessoais, integrar os participantes, o que leva à

re-significação do grupo enquanto referência para os atores envolvidos.

Para Pichon-Rivière (1980), o grupo consiste em uma estrutura básica de interação. Segundo Merhy *et al.* (1997) alguns pressupostos são necessários para a criação de vínculo dentro do grupo, incluindo: prover espaços de relações de tal maneira a haver sensibilização com o sofrimento do usuário; construir processo de troca entre usuário e trabalhador que possa tornar-se referência para o usuário e resultar autonomia para ele.

5.3. Estratégias do trabalho com grupos de portadores de diabetes e hipertensão

É do nível da universalidade que todos os informantes desta pesquisa abrem mão de uma estratégia para viabilizar a informação sobre o cuidado. Elas também abrangem a diversidade no contexto dessa prática ora reproduzindo os propósitos do modelo biomédico hegemônico, ora proporcionando a participação, ora com uma aplicação bem diferenciada e ora criticada.

Na Saúde da Família, a formação de equipe, a territorialização, a doença, que nessa discussão são vistos como os pilares dos grupos ofertados, dão idéia de mudança de modelo assistencial. No entanto, encontramos estratégias, mencionadas pelos informantes como tecnologias, que viabilizam o cuidado nos grupos, mas, muitas vezes, centrado em saberes construídos e modo singular de aplicação deste pelo profissional centrado na lógica instrumental, ou seja, na tecnologia leve-dura. Observamos também que há mudanças em curso em direção à produção do cuidado.

Cordeiro (1996) explica que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial, referenciado nos princípios da Saúde da Família, não implica retrocesso quanto à inclusão de tecnologias avançadas, segundo a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada designada para pobres. Antes disso, esta proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admitimos, neste cenário, que a Saúde da Família “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (BRASIL, 1997, p. 9).

Reforçam esse pensamento Merhy e Franco (2003), ao afirmarem que suas observações apontam para conclusões que vão além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, em lugar de tecnologias mais estruturadas, há outro, o das relações, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado nos grupos na perspectiva da Saúde da Família.

5.3.1 Verticalidade, horizontalidade e gênero na coordenação dos grupos de portadores de diabetes e hipertensão

Sabemos que cada profissional tem uma cultura de formação e isso determina seu modo de atuar. A referência à estratégia de grupo tem como contexto o grupo de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família e como esses grupos estão sendo realizados pelos informantes deste estudo, ou seja, a metodologia utilizada.

Como sistema menor, inserido em um outro maior, o sistema de saúde sofreu mudanças à medida que também mudaram os sistemas econômico, filosófico,

político e religioso (SOARES; CARNEIRO, 2004).

Assim, os grupos na Saúde da Família, como um sistema menor, sofrem mudanças à medida que ocorre a adscrição da população de referência das ESF. Atualmente, as metodologias utilizadas para os grupos de diabéticos e hipertensos são influenciadas por essa dinamicidade da população atendida pela ESF e pelas formas de se pensar a saúde e de resolver os seus problemas.

Essas metodologias encontram-se articuladas aos modelos de assistência à saúde, bem delimitados e reproduzidos nos grupos de acordo com as formações acadêmicas das categorias profissionais. Ao acompanharmos o trabalho dos coordenadores de grupos, foi evidenciada uma metodologia originária da prática desenvolvida no cotidiano do profissional de saúde, ampliada com a Saúde da Família. Os profissionais têm modos diversos e pontos comuns em suas metodologias de grupo, conforme ilustra a observação de um grupo da UBS "B": *os usuários participaram das atividades de apresentação, atividade física, etc. Quando o médico começou a falar sobre cuidados com alimentação, um usuário perguntou sobre o colesterol e ele foi explicar utilizando uma linguagem em que usava termos científicos. Em pouco tempo, o grupo ficou monótono, com o monólogo que se estabeleceu. A auxiliar de enfermagem disse ao médico: "eles vão dar cartão vermelho para você". O médico parou de falar e ela sugeriu uma atividade: "aquela que você fez semana passada". Ela se referia a uma dinâmica que trabalhava a ansiedade. Nesse momento, todos se envolveram, o coordenador conduziu a dinâmica e explorou os resultados com os participantes.*

Essa metodologia, então, compreende várias etapas, naturalmente articuladas entre si, que se completam e que ocorrem simultaneamente ou não, dando origem a

um produto chamado *grupo operativo*⁷ (SOARES, 1996).

A metodologia utilizada nesses grupos vem permeada pela “transmissão vertical”, conforme descreve um dos informantes quando relata a sua forma de fazer os grupos, o qual é do mesmo grupo observado e anteriormente citado:

[...] a gente fazia exposições a respeito do quê que era a hipertensão, [...] o diabetes, [...] quais as medidas [...] para melhorar o tratamento [...] a gente vai falar sobre o tema, exposição é verbal. *Bernardo* (médico)

A esse respeito, Alves (2005) comenta que as estratégias adotadas por essa prática incluem informações verticalizadas que definem condutas a serem adotadas para a manutenção da saúde. Segundo essa autora, podemos inferir que, quando predomina a verticalidade no grupo, ocorre divergência com o princípio da integralidade, à medida que atropela muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida:

“A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública” (ALVES, 2005, p. 41).

A “transmissão vertical” é percebida entre as categorias profissionais, conforme comenta uma das informantes:

Do médico, a gente já tinha mais uma postura da transmissão vertical. *Tereza* (enfermeira)

Esses relatos, corroborados com a cena citada, levam a inferir que tratando-se

⁷ A autora baseia-se na definição de Pichon-Rivière: o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa e que objetiva aprender a pensar em termos da resolução de dificuldades criadas e manifestadas no grupo.

de temas desenvolvidos nos grupos em que se utiliza a comunicação verbal-oral, incorre-se na referida "transmissão vertical". Quando o tema é trabalhado e utiliza-se uma estratégia, esta proporciona o envolvimento dos participantes do grupo e a possibilidade de exploração de suas percepções, dependendo da bagagem e domínio do manejo de grupo do coordenador.

Então, em um único grupo coordenado pelo mesmo profissional, os momentos da transmissão vertical e do envolvimento se integram. Destaca-se a presença de uma terceira pessoa, profissional também, com o papel de observador ou relator que se torna referência para o desempenho do coordenador/grupo. Essa equipe trabalha junto há aproximadamente dois anos o que, na forma de se entenderem, permite essa proximidade e engajamento.

Andaló (2001) colabora no esclarecimento do comentário acima, respaldada pelo psicodrama, referindo-se ao "ego-auxiliar" que deve ser alguém treinado e capacitado como o próprio coordenador, cujo papel não é de um observador passivo ou neutro, pois participa da ação efetiva e deve desenvolver com o coordenador uma unidade funcional articulada que, evidentemente, só é construída de forma gradativa através da prática e do trabalho conjunto. Aquele, para captar os objetivos do coordenador, atua favorecendo, a partir do papel que lhe foi atribuído naquele contexto, a investigação das hipóteses levantadas pelo coordenador.

Essa verticalização do saber contrapõe-se ao modelo centrado no usuário que se remete à democratização das relações. A "transmissão vertical", por não considerar a existência de fatores intervenientes, a exemplo do contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações individuais, dificulta o exercício da autonomia individual, o que mostra a diversidade cultural e, por vezes, a

sobreposição de culturas. A participação da equipe de saúde é uma estratégia que poderá assegurar um desempenho do grupo, um trabalho com mais consistência e participação, ou seja, um compartilhar de saberes, fazeres e culturas.

Alonso (1999) reforça o comentário acima, ao criticar o relacionamento muito formal, ao enfatizar que se deve mergulhar na cultura e no viver cotidiano dos membros do grupo, visando aproximar, com as suas crenças, saberes e práticas populares com respeito à saúde.

Assim, a “transmissão vertical” também chamada pelos informantes de “palestras educativas” foi apresentada como um das estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros e médicos nos seus grupos, conforme resume um dos depoimentos:

Eu defino para ele o que é a doença e pergunto para ele qual é a expectativa que ele tem em relação a essa palestra. Santos (enfermeiro)

Sabemos que as palestras, no processo de ensino-aprendizagem, têm pouco valor ou impacto social, pois são freqüentemente caracterizadas pelo repasse de conhecimento formal, sob uma óptica informativa e distante da dimensão da estrutura sociocultural da clientela envolvida, o que, traduz um sistema de cuidado unidirecional. Esse tipo de estratégia é estabelecido por relações assimétricas entre profissionais e usuários, onde um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado (ALVES, 2005), reproduzindo, dessa maneira, o modelo biomédico.

Essa assertiva é corroborada por Trentini e Gonçalves (2000) as quais mencionam que os trabalhos de grupos têm geralmente fracassado devido à compreensão limitada dos profissionais em relação à possibilidade de articular os saberes profissionais e os saberes populares. O silêncio resultante dos participantes

e/ou participação do grupo assume características de uma soma de pessoas aprendendo com o profissional e assim deixa de ser grupo. A esse respeito, Silverman (1984) aponta que os profissionais tomam conta do grupo e conseqüentemente vira uma relação de mão única.

Apesar de muitos profissionais não conseguirem transpor o modelo tradicional, observamos um movimento contrário a ele, ainda muito tênue, buscando a participação do usuário. Esta observação é confirmada por alguns relatos dos informantes sobre o que pensam das palestras, percebendo, inclusive, a insatisfação do usuário quando se utilizam desse recurso:

Antes a gente usava palestras [...] e eles [os usuários] gostavam mais de outras atividades, quando tinha um bingo, quando tinha uma dança. *Malu* (enfermeira)

Por isso que acho que eu fico desanimada, porque numa palestra você faz, na outra está vazio [...], não vem ninguém. [...] tem que começar com novas pessoas e você conversar com outras pessoas diferentes do grupo para você poder transmitir. *Tereza* (enfermeira)

Esta constatação corroborada pelo estudo de Wendhausen e Saupe (2003), ao constatar que, apesar de o modelo tradicional ser o mais introjetado para a maioria dos profissionais, de modo que a maneira de fazer grupos se expressa através de palestras, há um movimento que tende buscar outra postura na relação educativa com o usuário. É o caso do "debate", conforme o relato de uma médica:

O que a gente tem feito, [...] é isso, um debate mesmo, acho que a gente pode não colocar como palestra, porque não é aquele negócio que chega "hoje eu vou falar disso", não é assim. [Tem uma participação do grupo?] Tem. *Bernadete* (médica)

Inferimos que a palestra permite a passividade dos participantes do grupo, pois considera o indivíduo carente de informação em saúde (BRICEÑO-LÉON, 1996), ao passo que o debate provoca, faz emergir o sujeito ativo.

A fala de uma médica e de duas enfermeiras demonstram a percepção, necessidade e importância de se adequar a linguagem científica num modelo de linguagem mais popular:

[...] isso é importante, você ter uma linguagem adequada àquele horizonte que você está falando. [...] então se você falar dormência, cãibra, dor, aí eles vão saber o que é. Eles já sentiram, eles sabem o que é, mas se você usa termo científico, isso é uma coisa que a gente procura, também, se igualar a eles na linguagem para você comunicar, senão não tem jeito. *Ana* (médica)

A gente coloca uma linguagem bem simples, bem próxima daquilo que eles [os usuários] podem estar acompanhando e percebendo. Isso a gente percebeu também que é um facilitador, porque falar difícil, como o médico fala, estava afastando demais. *Malu* (enfermeira)

Eu sinto que com a enfermeira é sempre mais à vontade. A enfermeira usa outros métodos, uma linguagem mais informal, menos coisas técnicas, mais objetivas, mesmo, que dê para eles entenderem [em relação ao profissional médico]. *Tereza* (enfermeira)

Percebemos, por esses depoimentos, que a “transmissão vertical” nesses grupos, a partir de um saber, de um discurso científico, muitas vezes distancia os usuários e coordenador e provocam evasão nos grupos, ao passo que na perspectiva do cuidado, o grupo torna-se humanizado e há entre eles, uma mútua aproximação. Idáñez (2004) corrobora essa assertiva, enfatizando que a linguagem do coordenador deve ser a mais simples possível, além de clara e concreta.

Nesse contexto a distinção entre os coordenadores dos grupos que geralmente são do sexo masculino e coincidentemente têm sua metodologia pautada pela verticalização. Os coordenadores enfermeiros também se inclinam para essa metodologia mais diretiva, mas diferem daqueles na linguagem utilizada que é menos formal, mais acessível no sentido que expressões utilizadas são típicas da linguagem do usuário, não perdendo o conteúdo em pauta:

[...] não mostro figuras [...], falo através do que eles [os usuários] falam [...]. Eles têm a noção do que é pâncreas, porque muitos deles compram carne no açougue e sabe que é a mesma coisa da "passarinha do boi". *Santos* (enfermeiro)

Por outro lado, os dos sexos femininos demonstram uma conduta diferenciada. Encontramos, por exemplo, aquela informante referenciando certo domínio do manejo de grupo, sem essa consciência, talvez fazendo-o intuitivamente, como se desvela na fala de uma auxiliar de enfermagem de uma das equipes:

[...] às vezes, você está querendo ir pra um canto e eles puxam pra outro. *Andréia* (ENM)

Conforme Silva *et al.* (2003), é possível que o indivíduo se interesse por temas não programados inicialmente, que deverão ser discutidos de modo a atender às expectativas do grupo.

Dentro dessa perspectiva, encontramos a enfermeira da mesma equipe que coloca:

Que é a metodologia que a gente pensou? Estar fazendo uma coisa não diretiva. A gente conduz o grupo, vai sanando as dúvidas que eles [os usuários] têm, individual. Pensamos em formar pequenos grupos, [...] dessa forma dá tempo para todos eles falarem. *Sara* (enfermeira)

O cuidado aparece trabalhado nessa metodologia com vistas a um resultado, de forma perspicaz de modo a favorecer a participação ativa do sujeito, ficando evidente o respeito pela cultura, pelo modo de vida do usuário e sua visão de mundo, conforme foi explicado pela mesma enfermeira:

Dessa forma, a gente vai norteando o resultado que a gente quer. Se é para falar o que é hipertensão, a gente vai esmiuçando, indagando até eles responderem o que eles sabem. Depois, a gente vem juntando as peças [...]. Eles gostam muito de colocar vivências, experiências que eles têm, ali, e é bom que um identifica com o outro. *Sara* (enfermeira)

Gajardo (1987) reafirma a forma de condução da enfermeira Sara e coloca que o ensino-aprendizagem deve partir da realidade concreta dos grupos com que se trabalha, prevalecendo a horizontalidade das relações e anti-autoritárias.

Cardoso *et al.* (2005) ratificam essa afirmativa, ao dizerem que os indivíduos envolvidos no processo educativo são dotados de uma identidade com características biológicas, socioculturais, afetivas, cognitivas, comportamentais e políticas, conferindo-lhes individualidade. Dessa forma, não se pode desconsiderar esses aspectos quando se aborda a educação. Ainda salientam que a aprendizagem significativa acontece a partir do momento em que o educando passa por um processo que o torna capaz de traduzir, dar um significado novo e reproduzir o aprendido em outras situações.

É notório que, em se tratando da metodologia, há predomínio nas falas acima da diversidade de postura de condução e de metodologias. A posição do médico reflete seu modelo interpretativo baseado em sua formação, conforme já comentado. A enfermagem, por sua vez, também reflete seu modelo interpretativo, de formação mais voltada para a participação, liderança e construtivismo.

Já outras categorias profissionais que emergiram neste contexto, como a assistente social que reflete, com sua fala, um trabalho de grupo mais técnico, subsidiado por sua formação, atuando com o modelo participativo:

[...] planejamos um encontro [...], alicerçado por técnicas de grupos aplicadas à saúde pra facilitar a sensibilização, a expressão, a comunicação e a re-significação pelos participantes de suas experiências e dos novos conhecimentos que são conduzidos aos componentes dos grupos. Durante esse processo de construção de novos conhecimentos, valorizamos a bagagem que o grupo traz como alicerce [...]. Nós trabalhamos as seguintes propostas [no último encontro]: a primeira: o que mais lhe chamou a atenção nos encontros?, a segunda: a de sugestões temáticas para os próximos encontros e a terceira: uma frase que define o que foi o encontro daquele dia. *Rebecca* (assistente social)

Encontramos também uma fisioterapeuta mais sensibilizada com o modelo participativo, quando foi possível resumir sua postura num trecho de sua fala:

[...] a gente trabalha mesmo com a promoção, com a prevenção, com a socialização, o movimento como instrumento facilitador dessas relações, [...] até mesmo de socialização e de [...] busca pessoal. *Vera* (docente de fisioterapia)

Observamos, nesse trecho, a metodologia que aponta para a ruptura da verticalidade da relação profissional-usuário.

Em relação à metodologia, encontramos ainda informantes que avaliam suas metodologias como “algo improvisado” ou que “precisa ser sistematizado”, conforme os depoimentos:

[...] a forma que a gente está fazendo os grupos é que eu acho um pouco precária, porque tem que ficar improvisando. *Andréia* (ENM)

[...] a gente percebe é que os grupos eles eram feitos de uma maneira muito improvisada. *Bernadete* (médica)

Dessa forma, constatamos um dilema entre as atuais modalidades de grupos, pois retratam metodologias influenciadas pelo modelo biomédico e pelo estilo pessoal que limitam a visão do profissional sobre este trabalho. Se não seguir temas articulados com a doença e seu tratamento, o grupo perde a sua razão de ser, uma vez que se formou a partir do diagnóstico, e parece difícil compreender que permitir romper-se com esse tema, metodologicamente falando, está se improvisando. Essa ruptura, porém, pode sinalizar para um processo grupal em evolução de seus participantes e da coordenação, conforme foi falado por uma das informantes:

[...] a questão do que eu vejo em relação a esse trabalho, é um trabalho que tem me dado trabalho [riso] [...]. É que não é só mais um grupo de exercício [...]. É um grupo que veio crescendo e que veio se articulando e hoje eu [...] tenho esse problema. [...] problemas da organização que eles estão alcançando, da organização política [...]. *Vera* (docente de fisioterapia)

A participação social é um ponto-chave a ser trabalhado na ESF, para atender aos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Conforme evidenciado nesta pesquisa, articular essa participação é custosa, vez que é da cultura do profissional lidar apenas com a “passividade do paciente”. Demo (1999) explica que a maior virtude da educação, ao contrário do que muitos pensam, está em ser instrumento de participação política, o que torna, portanto, necessário rever a prática educativa nos grupos.

A metodologia utilizada proporciona, por sua vez, uma modalidade de atendimento que oscila entre dois momentos no grupo: o coletivo e o individual.

No momento coletivo do grupo, são abordadas as mais variadas informações, pelo coordenador, independente de sua categoria profissional:

[...] abordamos vários temas [...], a própria fisiopatologia da doença, o quê que é, os cuidados que tem que [...] ter [...] e o incentivo ao próprio autocuidado do paciente. Maneiras de [...] tá ali [...], reduzindo os fatores de risco, [...] adoção de hábitos saudáveis, mudanças de comportamento, [...] enfim, promoção mesmo do autocuidado [...]. *Ramiro* (enfermeiro)

No momento coletivo, às vezes, aparece, também, o desejo de o usuário falar de outros assuntos. É importante ressaltarmos aqui a escuta de uma coordenadora desses grupos que percebeu o momento sutil do coletivo. Destacamos que no processo grupal os componentes da verticalidade (crenças, valores, experiências grupais anteriores) vão refletir sobremaneira na forma como se conduz o grupo. Assim, o coordenador faz a leitura do grupo, a partir da apropriação de um olhar mais psicológico para construir sua interpretação:

A gente já discutiu sobre tudo, acerca da patologia, [...] fisiopatologia, os fatores de risco e tratamento. [...] e chegou um período que a gente percebia que o grupo tava além disso, sabe? Que o grupo queria discutir violência, o grupo queria discutir a menininha que foi jogada na lagoa, o grupo queria discutir coisas

que [...] fugiam [...] daquele foco de hipertensão e diabetes. [...] e a gente entendeu que isso também é saúde [...]. Que isso também faz parte. Se a gente for olhar o ser humano como um todo, isso faz parte [...]. *Luana* (enfermeira)

Trentini e Cubas (2005) lembram que a educação em saúde, independente de ser individual ou coletiva, deve priorizar o usuário, de maneira que ele se sinta participe desse processo.

Verificamos, ainda que, após a discussão de temas mais específicos à patologia, alguns coordenadores passam a discutir assuntos da vida, do cotidiano, favorecidos ou não pelas metodologias utilizadas:

[...] há alguns momentos que a gente discute coisas da vida [...], a questão do estresse [...]. *Jefersow* (enfermeiro)

A gente pode falar sobre acidentes domésticos, acidentes no trânsito, quais as conseqüências, como preveni-los, quedas em idosos. São temas que a gente fala muito, que está relacionado muito com a fisioterapia, mas que a gente tem uma outra abordagem preventiva, como a gente pode prevenir isso no dia-a-dia. *Vera* (docente de fisioterapia)

Já o momento individual é bem instrumental no estilo consulta, quando se tem a renovação de receita, solicitação de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades, acrescidos de orientações individuais, sendo a metodologia predominante resumida na fala de um dos informantes:

[...] a gente faz o atendimento em grupo, [...] a partir da educação em saúde mesmo, [...] e, depois a gente faz o atendimento individual. Tem momento que afere PA, faz as devidas orientações, renova prescrição, [...] de forma individual mesmo, após a parte educativa. *Ramiro* (enfermeiro)

Segundo Almeida (2006), a participação de diabéticos nos grupos está associada ao recebimento de medicamentos e acesso às consultas médicas ou de outros profissionais.

Para Habermas (1997), o trabalho consiste na ação racional que abarca a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado.

Nessa ação instrumental, percebemos que as trocas simbólicas, existentes no grupo, muitas vezes condicionam a presença do usuário, o que poderá influir negativamente na sua aprendizagem, embora, necessariamente, não resulte na sensibilização deste para o autogerenciamento, uma vez que reforça o modelo biomédico, o tratamento medicamentoso. Aqui, as relações interpessoais podem ser frágeis, contrapondo-se às idéias de Loomis (1979) que comenta ser uma das principais tarefas do grupo a diminuição da dependência do sujeito em relação ao coordenador, aumentando a própria confiança com referência aos diversos recursos interpessoais e sociais de que se dispõe.

Para Soares e Carneiro (2004), o impacto da abordagem cartesiana no mundo científico prevalece na atualidade e o modelo biomédico hegemônico fica evidente quando os fenômenos de saúde continuam a ser encarados como restritos à esfera biológica.

Corroboram com essa colocação Tavares *et al.* (2005) que se referem aos valores biomédicos alicerçados ao pensamento cartesiano, os quais dividem o corpo humano em partes, como em uma máquina. Essas partes, por sua vez, são reduzidas a fragmentos cada vez menores, detendo-se apenas nos problemas fisiológicos. Dessa forma, não é possível compreender a condição humana, seja ela na situação de saúde ou de doença, à medida que esse modelo é incapaz de ver o ser humano

como um todo.

Vale lembrarmos que basear-se em modelos tradicionais, faz-nos deparar com suas limitações à medida que a concepção de saúde está limitada também à dimensão biológica do ser. Assim, os fatores socioculturais, econômicos, educacionais, religiosos de Leininger (1978) não são contemplados. Diferentemente se procede com referência ao modelo centrado no usuário que incorpora a integralidade da saúde, atendendo às expectativas do indivíduo em sua totalidade.

O modelo focado no usuário também foi explicitado por alguns informantes e contextualizado no trabalho vivo⁸:

A gente conversou [...] de uma maneira mesmo de troca, "ô gente, o quê que é colesterol? Quem já ouviu falar nesse tal de colesterol? Quem já ouviu falar nesse tal de triglicérides?" Luana (enfermeira)

Percebemos nessa fala que os profissionais estão incorporando, em sua bagagem cultural, princípios mais integradores e criativos, apesar de, muitas vezes, não reconhecerem isso, ainda que demonstrem tal mudança em suas metodologias de grupos.

Acreditamos que esse não-reconhecimento se deva ao próprio sistema educacional, pois, ao verificarmos a média de idade desses informantes, 39 anos, sua formação moldou-se sob a égide do modelo biomédico, prescritivo e autoritário, mas que, não atendendo às exigências atuais, faz com que esses profissionais comecem a repensar esses modelos em suas práticas.

Vale lembrarmos ainda que as ações das pessoas são conseqüências da

⁸ Segundo Merhy e Franco (2003), "trabalho vivo" em ato refere-se ao trabalho no momento em que este está sendo produzido.

influência das leis do mercado, das políticas governamentais, da formação acadêmica e dos valores culturais, éticos e sociais do mundo em que vivemos (CAMPOS, 1997a).

Verificamos alguns coordenadores, durante suas práticas com grupo, buscam, mesmo de forma insipiente, estimular a consciência crítica e o exercício da autonomia frente à sua condição crônica de saúde, tal como ilustrado abaixo:

Quando a gente fala [...] que [...] está discutindo lá, "o que eu quero para 2007 na minha vida?", [...] a gente tá trabalhando o que eu posso fazer pela minha vida em 2007. Porque eu sou responsável pela minha vida e mais ninguém. Então, essa responsabilização, [...], é tudo que a gente gostaria que eles [os usuários] tivessem ao longo dos anos, que a gente tá fazendo este grupo. A grande parcela, felizmente já teve essa mudança [...]. O que eu tento é que eles escutem e que comecem a refletir sobre aquilo que será possível, algum tipo de mudanças. *Luana* (enfermeira)

Nesta perspectiva, a prática educativa pauta-se na transformação dos saberes existentes, contrapondo-se à transmissão de informações. Essa prática visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, capacitando-os para decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

O atual contexto de grupos retrata uma metodologia pouco diversa. Por outro lado, todos esses profissionais estão inseridos num serviço de saúde em que se tem tentado delimitar modelos de assistência, prevalecendo ainda o modelo biomédico, o que evidencia a universalidade neste modo de fazer grupos, em que todos trabalham temas ligados ao diagnóstico que ainda ocupa o lugar de formador do grupo. Não negamos aqui as tentativas de rupturas, a inserção de outros profissionais com outras concepções deste trabalho, o que é interessante e amplia a situação de diversidade na coordenação dos grupos e em suas metodologias.

Essa abertura de espaço para outros saberes e fazeres através do grupo é um passo rumo à mesa de negociação de modelos, culturas e poder, em que a atual metodologia precisa ser aprimorada. Já há fortes referências de que apenas temas relacionados à doença não são suficientes para o grupo. Isso constitui um indicativo para se refletir sobre o processo grupal que ficou camuflado pela patologia e parece ser a grande ponte entre a doença e a saúde, a grande resposta à reunião dos diferentes e dos semelhantes.

5.3.2 A utilização de dinâmicas nos grupos: recursos ou brincadeiras

Um outro ponto marcante nas falas dos informantes refere-se ao uso da expressão “dinâmicas”, empregada com o significado de brincadeiras, de pouco valor agregado e pouco explorada, contrapondo-se ao real significado da técnica dinâmica de grupo (MAILHIOT, 1981):

Costuma ter uma dinâmica [...]. Às vezes, a gente usa uma bolinha [...] com algumas perguntas, [...] põe uma musiquinha e vai jogando a bola pro pessoal, entendeu? Vai tirando aquelas perguntas e eles [os usuários] vão lendo. *Andréia* (técnica de enfermagem)

Sempre alguma brincadeira. Ou aquela do balão, [...] põe a pergunta dentro do balão, fura o balão, tem uma frase lá que a gente pergunta o que é, ou a gente canta uma música, vai batendo palma e na hora que pára a música, ele [o usuário] responde. Sempre eu uso uma dinâmica assim, que as pessoas ficam mais participativas, mais soltas e o grupo todo ajuda. A pessoa não fica inibida de falar, porque, se ela fica inibida de falar, alguém ajuda. *Tereza* (enfermeira)

Pelo exposto, verificamos que o significado de dinâmica para esses informantes remete a formas facilitadoras para abordar temas relacionados, num primeiro plano, à doença e tratamento e, num segundo, às relações interpessoais, implicitamente trabalhadas, pois, não há exploração de seus resultados. Nesse

sentido, para os informantes desta pesquisa, parece que a dinâmica não é concebida como tecnologia para a produtividade do grupo. Parece passar despercebido o processo do grupo em si, o potencial de cada um, suas experiências, suas contribuições e o coletivo, o que pode estar relacionado às constantes falas dos informantes, que convergem para a necessidade de sua capacitação.

Segundo Albigenor e Militão (1999), as dinâmicas de grupo objetivam desinibir a capacidade criadora dos participantes; alterar a sua produtividade; aumentar a coesão do grupo; aperfeiçoar o trabalho coletivo, visando alcançar metas socialmente desejáveis, podendo, também ampliar sua eficiência, fundamentando-a num firme conhecimento das leis que governam a vida do grupo e transformar o potencial do grupo, fazendo-o crescer em igualdade harmônica de relacionamento interpessoal.

Idáñez (2004) explica que a dinâmica de grupo compreende as interações e processos gerados no interior do grupo, conseqüente à sua existência e pode ser entendida como teoria, técnica ou modo de atuar em grupo. Como técnica, auxilia com grande eficácia o autoconhecimento a partir de uma realidade psicossocial, o que pode auxiliar na resolução de possíveis problemas de dinâmica. A mesma autora adverte sobre a necessidade de o coordenador utilizar esses recursos com habilidade e destreza, assim como de seus participantes assumirem uma atitude madura e produtiva.

Para completar esse raciocínio, Andreola (1999) enfatiza que esse instrumental possibilita desencadear nos grupos experiências valiosas, levando-os a conscientizar-se de sua dinâmica interna, e a desenvolver melhores padrões de comunicação e cooperação. Existe, no entanto, sua contrapartida, vez que, se, de

um lado, essas técnicas podem constituir-se em instrumento conscientizador e libertador, de outro, poderão manipular e dominar.

Ainda é importante salientar que, ao utilizarem-se as dinâmicas de grupo, é primordial criar clima propício para que os participantes possam realizar a experiência da autodescoberta e da descoberta dos outros (ANDREOLA, 1999).

5.3.3 A gente conversa, a gente canta, a gente ri - a comunicação e a linguagem

A comunicação também foi mencionada pelos informantes, como tecnologia utilizada, sendo predominante a conversa informal:

A gente conversa muito, [...] não fica só naquelas coisas assim, [...] falando só de hipertenso. A gente aproveita o grupo e conversa.
Eduarda (ENM)

Observamos, na fala acima, uma tendência à ruptura com as estratégias comunicacionais informativas, como palestras, em prol de uma comunicação dialógica, tão enfatizada por Alves (2005). Aqui o usuário é reconhecido sujeito detentor de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelo coordenador.

Do ponto de vista de Idáñez (2004), a comunicação consiste na capacidade de pôr em comum o que sabem ou vivem determinadas pessoas. Pondera ainda que quanto melhor a comunicação, melhor será o funcionamento grupal, uma vez que a coesão de um grupo, o comportamento cooperativo e as decisões coletivas dependem em grande parte da comunicação existente, tanto na sua natureza quanto na sua amplitude, o que demonstra um respeito ao contexto cultural do grupo.

A mesma autora lembra que, para se ter uma boa comunicação interpessoal dentro do grupo, é fundamental estabelecer uma atitude de diálogo, o que implica ser capaz de ouvir o outro antes de responder; de analisar e discutir um problema ou uma realidade antes de julgar ou dar opinião; e ser capaz de questionar-se, retificando as próprias posições ou pontos de vista, quando o outro ou o grupo mostra as insuficiências do seu pensamento próprio.

A comunicação entre os participantes de um grupo pode ser, todavia influenciada até mesmo pelo ambiente físico, pois este se dispõe em círculo o que facilita o seu acontecer, conforme foi observado, referente à disposição das cadeiras: *o grupo já se encontrava na igreja. Os usuários já no local. As cadeiras estavam dispostas em círculo. NO* (Equipe Jacarandá)

Segundo Idáñez (2004), as cadeiras devem ser dispostas de modo que todos possam ver os rostos uns dos outros, sendo o ideal, a formação de um círculo. Munari *et al.* (2007) explicam que a formação de círculo facilita o estabelecimento do vínculo e da confiança, além de horizontalizar as relações, vez que coloca todas as pessoas em situação de igualdade perante os demais membros do grupo. Nem sempre isso é possível, devido à disposição do mobiliário ou da planta física da sala, conforme a descrição do local de encontro de outro grupo: *o encontro foi realizado na Capela do Asilo. Essa capela possui dimensões reduzidas e seus assentos são bancos fixos, compridos e de madeira. As pessoas já se encontravam sentadas nos bancos de trás. Enfermeira convida a todos para virem para frente: "Assim, um esquenta o outro" (chovia muito nesse dia). Os participantes atendem ao seu pedido prontamente. NO* (Equipe Ipê)

O que chama a atenção nessa observação é como a enfermeira maneja o grupo, com sua linguagem, e proporciona através da comunicação a aproximação dos participantes. Apesar das limitações do ambiente, a enfermeira busca contornar os obstáculos que poderiam comprometer a comunicação e contato entre os presentes, pois, como pontua Idáñez (2004), devem-se evitar relações hierarquizadas como consequência da posição física de uns em relação aos outros.

Briceño-Léon (1996) sugere a orientação das ações de saúde a partir de dois princípios básicos: a necessidade de conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem; e a premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição.

Ainda é interessante destacar que o grupo tem proporcionado aproximações com a cultura do usuário, em que o profissional começa a usar uma linguagem mais acessível, menos técnica de forma a socializar as informações sobre tratamento sem perder o conteúdo, conforme é relatado por uma enfermeira:

A gente coloca uma linguagem bem simples, bem próxima daquilo que eles [os usuários] podem estar acompanhando e percebendo. [...] até o médico está começando a falar mais fácil, a sentar no meio deles, não tem mais aquela postura de longe, [...]. A gente senta no chão, entra no meio deles. Então isso facilitou uma intimidade muito grande com o médico. *Malu* (enfermeira)

Mailhiot (1981) comenta que, para ser validada a comunicação intra-grupo, pressupõe-se que seus membros tenham conseguido, ao se integrarem, adotar uma linguagem comum, reconhecer símbolos e códigos que lhes são próprios. Ainda, sugere que, uma vez estabelecidas relações humanas igualitárias entre os membros e o líder do grupo, a comunicação terá condições de ser aberta e circular.

A partir dessa nova postura pelos coordenadores, percebemos um movimento que se contrapõe ao saber clínico biologizante e mecanicista, trazendo de maneira sutil a possibilidade de humanização nos grupos. Buscam, ainda, a participação ativa do usuário, penetrando nos padrões culturais populares através de sua linguagem, tal como ilustra a seguinte observação de campo: *Após apresentação da dinâmica: "2 corações" pelos ACS, a enfermeira retorna, fazendo uma interlocução sobre os cuidados com HA. Ela utiliza uma linguagem muito parecida com a dos usuários presentes. NO (Equipe Ipê)*

5.3.4 Caminhos criativos: a diversidade dos recursos para o coordenador de grupos

Munari *et al.* (2007) considera a coordenação de grupos como uma arte e uma ciência, porque exige sensibilidade, criatividade e emoção, ao mesmo tempo em que há teoria, técnica e comprometimento com o cuidado humano.

Nessa perspectiva, as tendências educativas apontam caminhos criativos rumo ao ensino-aprendizado o que foi evidenciado nesta pesquisa porque, no universo das palestras, alguém começa a fazer diferente. Alguns informantes relataram o uso de tecnologias que prevêm a inserção do usuário na relação educativa, a exemplo das peças teatrais, da recreação, do lazer, dos jogos e da música. E, assim, como não conseguimos uma fala que contemplasse toda a diversidade de tecnologias, optamos por trazê-las todas conforme referenciaram os informantes, a saber:

[...] a gente introduziu com aquela batata quente, em que a gente ia passando a bolinha e tocando a música, em quem parasse a gente fazia uma pergunta. *Renata (enfermeira)*

A gente brinca, faz dinâmica, [...] a gente canta. *Eduarda* (ENM)

eu tento fazer [...] uma atividade tipo gincana. Coloco dois grupos, [...] e a gente vai fazendo as perguntas, [...] tem que fazer uma tarefa e para cumprir essa tarefa, vai descobrindo o quê que é verdade e o quê que é mentira e aí vão pagando prenda. [...] a gente já fez um que [...] passava um monte de pergunta para memória. [...] qual que é o nome de sua rua? Quem é seu colega que está à sua direita? A gente fazia, [...] para eles ativar a memória, para explicar o quanto que é importante a gente trabalhar com isso, [...] para que a gente não ter [...] esse problema cognitivo, porque a gente acha "Ah! É o envelhecimento mesmo". A gente tem jeito de prevenir, de trabalhar, de melhorar isso, a condição. Então, [...] é sempre uma forma de sensibilizar, de afetá-los de alguma forma. *Vera* (docente de fisioterapia)

[...] teve um grupo de nutrição [estagiários] que veio com jogo interativo com os pacientes. Eles colocavam o tipo de alimento, eles colavam no cartaz o que podia, então foi uma interação boa. *Ana* (médica)

Um dos informantes se refere ao teatro, porém destaca-se aqui, por meio dessa tecnologia, a inserção de um novo profissional no trabalho com os grupos, que até então se encontrava nos bastidores dessa prática:

A gente chegou fazer [...] teatrinho. [...] o ACS [quem escreve os teatros]. [...] a enfermeira, a outra auxiliar de enfermagem tem muito jeito, trabalhos manuais, essas coisas. *Sofia* (ENM)

O teatro é um dos caminhos criativos, utilizado nos grupos, responsável pela inserção de um novo profissional neste contexto. Aparece, então, o ACS escrevendo e interpretando o teatro de fantoches. É uma estratégia interativa através do qual é tratado um tema, relacionado à patologia e que permite diversificar e desmitificar a tão utilizada palestra.

Já o lúdico é particular para alguns coordenadores, mas os seus resultados são poucos valorizados dando uma idéia de que não passam de brincadeira, conforme a visão de uma das informantes, que é a mesma que tem preferência por debate:

[...] percebi [...] que quando a gente tentou introduzir técnicas novas, onde o paciente participava mais, alguma coisa mais lúdica, a aceitação deles não era muito grande. Eles se envolvem muito quando você discute um tema que é de interesse deles, que está no dia-a-dia deles. A hipertensão está ali no dia-a-dia deles, a diabetes está no dia-a-dia deles, as doenças de tireóide, a prevenção [...]. Eu acho que eles [os usuários] acham infantil, [...]: "Ah! Isso não é para mim, estou perdendo tempo de ficar aqui". *Bernadete* (médica)

Nesse caso, Andaló (2001) alerta que, para se escolher a tecnologia a ser utilizada no grupo, deve-se levar em conta o processo grupal como um todo, para que a sua utilização não seja banalizada pelos componentes do grupo, nem mesmo pelos próprios coordenadores.

Vários autores, entre os quais Kaufman (1993), Carraro (1994), Ravelli e Motta (2004) e Leopardi (1996), respaldam a utilização dos recursos lúdicos no processo de ensino aprendizagem. Afirmam que a educação, baseada na criatividade e no jogo, não apenas fornece conhecimentos, mas também possibilita a formação de uma postura mais integradora entre docente e discente em torno da aprendizagem. Ainda, defendem a complementaridade natural entre ciência e arte; a primeira oferece o modelo teórico-científico para fazer e explicar os fatos e a segunda, o modo de expressar significados.

Percebemos, portanto, que as atividades que remetem ao lúdico e à criatividade no cuidado podem contribuir com o processo de humanização construído pelas relações horizontais entre os vários profissionais de saúde e usuários, mesmo que permeada pela divisão social do trabalho nos grupos: em ciência para algumas categorias e arte para as outras. Sendo assim, a liberdade e o reconhecimento de expressão criativa influenciam na reconstrução da realidade do cuidado, proporcionando sua preservação, acomodação e repadronização.

Ressaltamos que, para o emprego de atividades lúdicas, deve-se planejá-las e executá-las de acordo com a necessidade da situação vivenciada, tendo objetivos claros que levem a uma meta estabelecida, pois, as tecnologias educativas não são “extintores de incêndio” (WALL, 2001). Ainda, a autora lembra que essas tecnologias têm um ponto de partida e um ponto de chegada, sendo o caminho, entre esses dois pontos, construído e reconstruído pelos próprios membros do grupo, permitindo repensar as formas de cuidar que é cultural.

Figueroa (2000) ratifica essa assertiva, ao dizer que o uso adequado das tecnologias é primordial para o melhoramento do processo de ensino-aprendizagem, no caso, considera-as também de suma importância para a preservação, acomodação e repadronização do cuidado.

Ao lado das atividades ocorridas no espaço do grupo, verificamos a programação de atividades recreativas, até mesmo externas a esse espaço, tais como lanche, confraternização em datas comemorativas e passeios culturais e ecológicos, constituindo-se em recursos da ordem da diversidade cultural, pois essa tecnologia rompe totalmente com os pressupostos do modelo biomédico e proporciona ao diabético e hipertenso o contexto cultural de sua identidade como pessoa. Vejamos este relato:

[...] a gente fez o Natal do hipertenso. Então, a gente foi no Centro Cultural, teve apresentação de dança. *Renata* (enfermeira)

[...] a gente tem aqui, próximo à unidade de saúde, o Parque Ecológico, [...]. Nós chegamos [...] estar [...] levando duas vezes no Parque Ecológico. E sentimos que por [...] se tratar [...] de uma forma nova de abordagem, [...] nós sentimos uma maior aderência dos pacientes. *Jefersow* (enfermeiro)

E a gente tem [...] o lanche que a gente leva. *Bernadete* (médica)

Albigenor e Militão (1999) enfatizam esses momentos de recreação, de brincadeiras, pois, após alguns momentos de lazer, os grupos tornam-se mais energizados, mais cúmplices, mais integrados. Podemos, portanto, dizer que o ato de “comer ou comemorar juntos”, quando se trabalha em grupo ou nas comemorações em datas festivas, constitui-se em rituais que podem facilitar a socialização entre os integrantes do grupo.

Na visão de Freire (1993, p. 65; 66), esses rituais consistem em “espaços onde cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, seu cheiro, sua textura, seu sabor. É um momento de cuidado e atenção”.

A partir desses achados, vale destacar os apontamentos de Mailhiot (1981) que comenta ser o grupo criativo quando se estabelece um equilíbrio estável entre as exigências da tarefa e as necessidades de solidariedade. Somado a isso, a criatividade em grupo e de grupo pressupõe complementaridade autenticamente preparada e realmente desejada entre os recursos mentais respectivos de cada um dos membros.

5.3.5 O toque, o contato, o movimento: expressões ricas em possibilidades no grupo

Conforme podemos comprovar nesta citação,

O órgão da carícia é, fundamentalmente, a mão: a mão que toca, a mão que afaga, a mão que estabelece relação, a mão que acalenta, a mão que traz quietude. Mas a mão não é simplesmente mão. É a pessoa humana que através da mão revela um modo-de-ser carinhoso. A carícia toca o profundo do ser humano, lá onde se situa seu centro pessoal. Para que a carícia seja verdadeiramente essencial precisamos afagar o eu profundo e não apenas o ego superficial da consciência (BOFF, 2001, p. 120).

O ato de tocar foi, também, mencionado por uma das informantes, na perspectiva da fisioterapia:

A fisioterapia, tradicionalmente, ela tem muita a questão do contato, de pegar, [...] de movimentar, [...] do toque, [...] do cuidado mesmo. [...] esse cuidado, é o toque, [...]. A gente pegar a pessoa, falar um bom dia, um abraço, alguma coisa assim, faz com que eles [os usuários] se sintam queridos de alguma forma, valorizados. *Vera* (docente de fisioterapia)

Goodykoontz⁹, (citado por JÚNIOR e MATHEUS, 2000), explica que tocar é uma forma de comunicação não-verbal, e remete à atitude de nos unir ao outro, tocar como uma maneira de perceber o outro ou relação com o outro. O significado desse toque pode ser diferente para cada um, pois depende da pessoa, da cultura e do contexto em que ocorre o toque. Assim, para que a comunicação seja efetiva, é importante conhecer os fatores que a permeiam, pois as conversas incluem uma parte que é o que se quer dizer e outra parte que é como se quer ser entendido.

Sá (2003) amplia essa idéia ao afirmar que tocar em alguém, quando se tem a intenção de que esta pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico. Já é intuitivo e multicultural tocar o ombro ou as mãos de quem precisa de ajuda. A referida autora salienta que o toque vai além de um mero contato físico, vez que possibilita a troca energética entre dois seres vivos. Alerta, entretanto, que se deve estar atento à não-invasão do espaço pessoal de quem vai ser tocado, evidenciada pelo afastamento de um segmento ou de todo o corpo quando da tentativa de se estabelecer um contato físico.

Também encontramos um outro grupo de portadores de diabetes, coordenado

⁹ GOODYKOONTZ, L. Touch: attitudes & prática. **Nursing Forum**, v. 18, n. 1, p. 5-35, 1979.

por uma das ESF, em que o tipo de recurso observado durante a sua prática se refere ao exame físico do pé diabético, que também remete ao toque. *É realizado o exame físico dos pés dos usuários. Ele é feito em um por um dos participantes por cada membro da equipe, que se sentam lado a lado, dentro de um círculo e passam a examinar os pés e orientar os cuidados específicos. Há orientações gerais: corte de unha, uso de lixa, uso de compressas quentes, etc. Esse recurso de cuidado com o pé diabético, aparentemente é um exame clínico apenas, mas era um momento de plenitude do grupo. Por um lado, a atitude de se despojar dos calçados e por outro, o toque aos pés do usuário, os profissionais semi-curvados, num cenário coletivo, eles usavam luvas e espátulas. Esse grupo, já de longo tempo, parecia bem à vontade. Usuários e profissionais de saúde, num sistema de cuidado se entregando a uma aproximação inusitada, transcendendo o tradicional cuidado orientado, esse era vivido no grupo até então observado. Num ato concreto, compartilhado, sentam-se todos juntos para uma atitude efetiva de cuidado, parecia a cerimônia de lava-pés. Nesse momento, se percebia um processo atual no grupo, ocorrendo no aqui e agora em duas dimensões, individual e com a totalidade dos seus membros, favorecendo as expressões e práticas de cuidado a serem preservadas, acomodadas e repadronizadas.* NO (Equipe Ipê)

Ainda, buscando a promoção da saúde por meio de hábitos mais saudáveis e percebendo que a cada dia se perde a espontaneidade do gesto, desconhece-se o corpo (FREITAS, 1999). As vivências corporais foram mencionadas como tecnologias de cuidado nos grupos, conforme o ilustrado:

A gente ensina um exercício para o marido fazer na mulher, que vêm casais também no grupo. Às vezes, um é hipertenso e o outro é diabético. *Júlia* (enfermeira)

[...] no final, a gente fazia uma vivência com alongamentos simples, alguma atividade que pudesse integrar todos os participantes daquele grupo. [...] eles [os usuários] fazem atividade de aquecimento, exercícios físicos, depois relaxamento, [...] e, no final, a gente fazia uma vivência corporal, [...] tentando sensibilizar as pessoas através do movimento, sensibilizar as questões de saúde porque o movimento, que é o meu objeto de trabalho como fisioterapeuta, ele pode facilitar muito além do físico, dos músculos, [...] dos ossos, das articulações. Ele movimenta a vida das pessoas.
Vera (docente de fisioterapia)

Segundo Zimmermann (1999), os movimentos corporais são expressões ricas em possibilidades. Cabral (1999) acrescenta que o corpo se refere a uma possibilidade de expressão e de sentir o mundo, utilizando técnicas criativas, de construção, de arte e sensibilidade, visando estimular a corporeidade do ser.

Para Freitas (1999), no gesto e em outras formas de expressividade abriga-se a intencionalidade da consciência do ser.

Lembramos, aqui, a importância de que esses recursos estejam mais adequados à população, levando em consideração suas limitações físicas e cognitivas, vez que a idade média dos participantes é de 50 anos, o que é percebido por uma das informantes:

[...] a gente fazia alongamento, fazia exercício, [...] nos quais eles têm condições de estarem fazendo, porque a faixa etária é bem variada. *Renata* (enfermeira)

Assim, também foram evidenciados recursos criativos que permitem ampliar o acesso das pessoas às atividades físicas, transcendendo o espaço do próprio grupo, como se evidencia neste depoimento:

[...] quando nós desenvolvemos, chamava Academia do Lar [uma série de exercícios que poderiam ser realizados em casa com equipamentos construídos artesanalmente]. *Luana* (enfermeira)

Alguns informantes mencionaram ainda tecnologias para o treinamento da prática do cuidado, representado aqui por “Grupos da Dor” e “Grupos de Caminhada” que estimulam o usuário a realizar seu próprio cuidado. Aqui, as orientações verbais se concretizam em tempo real: *Vera [docente de fisioterapia] informa-me que o “Grupo da Dor” faz parte da atividade acadêmica que eles têm na UBS, onde participam pessoas com queixa de dor, incluindo portadores de diabetes e hipertensão. NO (UBS “F”)*

5.3.6 Recursos pedagógicos

E assim vários recursos foram sendo desvelados em seu aspecto relacional, ou de forma concreta, a partir de recursos visuais, ligados a uma determinada temática.

Como recurso pedagógico, alguns informantes mencionaram e também foram observados o uso de álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes ilustrativos e outros para estimular a discussão entre os envolvidos, o que é confirmado pelos trechos:

A gente tem álbum seriado, [...]. *Júlia* (enfermeira)

[...] nossas tecnologias são simples, [...] no [caso do] hipertenso e diabético, a gente utiliza cartazes que a gente mesmo faz, panfletos que são distribuídos na rede. *Ramiro* (enfermeiro)

Tinha um ou outro folder aí que a gente utilizou pra poder apresentar, [...]. No caso do diabetes, tem um pequeno mostruário, com algumas imagens [...], a gente leva imagens que são cartazes que tem imagens ou até mesmo textos sobre o tema. *Bernardo* (médico)

[...] fita de vídeo eu já passei para eles sobre a história [de Godofredo, um portador de neuropatia diabética]. *Ana* (médica)

Esse achado é corroborado por Trentini *et al.* (1996) as quais, ao focalizarem a promoção da saúde de um grupo de pessoas com HA, utilizaram-se de recursos de ensino-aprendizagem, tais como: desenhos, pintura, colagens, discussões, reflexões, depoimentos e explanações. Para essas autoras, estas técnicas funcionaram como estimuladores da manifestação e da reciprocidade ou troca de experiências entre os membros do grupo, as quais foram refletidas, localizando o problema em si, sua historicidade e o seu contexto pessoal e social.

Destacamos aqui a necessidade de proceder à adequação desses materiais, conforme as limitações físicas, psicológicas e sociais dos participantes. Esse aspecto também é contemplado por alguns informantes:

São pessoas que tem ou dificuldade visual pela idade, ou pela doença, [...] ou pela [...] intelectualidade. São pessoas com baixo nível de escolaridade. Então, eu tenho que trabalhar de uma maneira pra que eles realmente entendam. [...] não adianta eu fazer cartaz com letra pequena, escrito lá um monte de coisas, que aquilo ali não vai servir de nada. Então, [...] eu gosto muito de trabalhar com aquilo que você pode ver e aquilo que você pode pegar. *Luana* (enfermeira)

[...] tem que tá pensando na religião, sim! Porque existem pessoas com religiões que não permitem, [...] uma dinâmica que eles dancem. Então a gente pensa nessa questão da religião [...]. E procura tá vendo que tipo de dinâmica ou técnica de grupo que pode ser usada de modo que contemple e respeite a questão da religião da pessoa. *Rebecca* (assistente social)

Para Cardoso *et al.* (2005), esses instrumentos devem ser potencialmente significativos para o aprendiz, vez que a aprendizagem significativa é individual. Devemos relacionar o conteúdo a ser transmitido com aquilo que o educando sabe, permitindo que este use sua própria linguagem e expresse sua visão de mundo.

Ainda, alguns informantes remeteram-se ao uso de folhetins de supermercados, jornais, revistas, garrafas pet, listas telefônicas velhas, meia calça

em desuso, cabo de vassoura como materiais sem valor financeiro e até mesmo descartáveis, mas alternativos para o grupo no sentido de efetivar o cuidado, tal como ilustrados abaixo:

[...] a gente recortava figuras de revistas, jornal. Entregava uma para cada e cada um tinha que falar sobre aquilo que recebeu, tipo assim: "Ah! Recebi um pudim. Pudim, não posso comer, porque pudim tem açúcar, tem gordura", [...] "tem o ovo". Pra gente estar testando o que eles conseguiram assimilar do último grupo [...]. *Renata* (enfermeira)

[...] já ensinei os usuários a fazer. Colocar bacia em casa com bolinha de gude, para assistir televisão, fazer um bordado, [...]. Ela vai por o pé para melhorar a circulação, evitar pé diabético; toquinho com cabo de vassoura, também, colocar no chão, lixado para não ter farpinha, dá para fazer também e por o pé. *Júlia* (enfermeira)

[...] uso de revistas usadas de doação, para montar as coisas, [...]. Então, a gente pede pra fazer isso, eles vão vendo nas gravuras o que eles entendem de saúde, para estar colando. *Andréia* (ENM)

[...] eles precisavam de objetos pra fazer esses exercícios [referindo-se à Academia do Lar]. Mas precisavam de pesinhos pro braço. A gente fez com uma garrafinha de coca-cola, [...] de refrigerante de 500ml. Nós enchíamos ou de areia ou de água, qualquer coisa pra virar peso de meio quilo pra cada braço. [...] aquele pesinho [para os pés] era com meia fina, cortava a meia calça. Eles mesmos que traziam, meia calça e colocava lá dentro um saquinho de areia, saquinho de peso de algo que comprou e que não gostou, um saquinho de qualquer coisa, mas que tivesse meio quilo. [...] fizemos a barra, com um cabo de vassoura. Até o step a gente construiu com lista telefônica grossa, antiga, que ninguém usava mais. A gente amarrou as listas telefônicas, aí tinha um [...] step pra trabalhar subida e descida. *Luana* (enfermeira)

Aqui, materiais descartáveis assumem lugar de destaque nos grupos, transformando-se em recursos para o cuidado. Coordenadores criativos, capazes de criar algo original, único e pessoal (BARAÚNA, 2001), o que facilita o processo de aprendizagem. No contexto do grupo, esses simples materiais foram re-significados para apoiar e dar suporte às pessoas que desejam adotar hábitos de vida mais saudáveis.

Outros recursos utilizados pelos coordenadores referem-se aos próprios elementos disponíveis no ambiente de trabalho, conforme o exemplificado nesta fala:

[...] a gente utiliza os elementos do ambiente, [...]. Aqui fora é um pátio, aberto, e tem um pátio coberto que a gente utiliza quando a gente tem [...] chuva. [...] a gente utiliza os degraus, o degrau [...] da entradinha para fazer alguma atividade de membros inferiores.
Vera (docente de fisioterapia)

Dessa forma, a promoção da atividade física e da nutrição saudável possibilita rever crenças e valores em seus contextos de vida, que cada vez mais são limitados pela influência dos fatores econômicos, políticos, sociais, culturais e a visão de mundo das pessoas.

Bernardes (2000) reforça essa idéia, ao dizer que a construção do conhecimento, a partir da própria capacidade e dos próprios recursos, democratiza o saber, tornando-o vivo e interessante.

5.4 A tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural

Outros recursos utilizados pelos informantes referem-se aos equipamentos como glicosímetro, aparelho de pressão e balanças, caracterizadas por Merhy (2002) como tecnologias duras. A seguir, exemplo dessas tecnologias:

[...] a gente leva o aparelho de pressão, e o esfigmo, [...] a balança, já levamos também. *Bernadete* (médica)

A esse respeito, Almeida (2006) compara os procedimentos de verificação de peso, glicemia e pressão arterial realizados nos grupos como um ritual que cumpre com a função, retratando de maneira simbólica, valores essenciais e orientações culturais, reafirmando, assim, a condição de ser diabético e as necessidades

específicas e inerentes a esta condição.

Também são utilizados formulários para registro de atividades da prática de grupo, tal como esta evidência:

[usamos] agenda. [...] Cartão de hipertenso. [As guias de...] referência [...] e atestado de comparecimento são os impressos que a gente usa com mais frequência. [...] [impresso das atividades direcionadas...] de grupo. A gente preenche. A gente coloca todas as atividades que foram abordadas, o que nós abordamos em termos de orientação, qual a dinâmica que foi feita e quem participou. *Renata* (enfermeira)

As tecnologias leves (MERHY, 2002) e as tecnologias de relações também foram mencionadas por alguns informantes, as quais são exemplificadas:

E eles falam muito pra gente. Como já criou aquele vínculo, aquela afinidade [...], eles têm liberdade de falar com a gente que “eu só tenho isso para comer, o quê que eu posso fazer?” *Eduarda* (técnica de enfermagem)

[...] a gente tá numa fase bem amadurecida desses grupos, onde a gente já consolidou bem [...] essa participação deles. Eles já são vinculados, posso dizer que eles são realmente vinculados ao grupo [...]. *Luana* (enfermeira)

Sabemos que as tecnologias leves dinamizam o processo de interação do usuário no grupo, através do acolhimento, vínculo e busca da autonomia. Dessa forma, vale lembrar que a ESF aposta no “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 7). O uso adequado dessas tecnologias só ocorrerá se não se perder de vista o indivíduo, que é construído social e historicamente (CECÍLIO, 1997, 2001).

Marques e Lima (2004) completam a idéia acima, ao dizer que a melhor qualidade da assistência será possível apenas se houver mudanças significativas

tanto nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, quanto na sua noção de cura, buscando novos elementos norteadores das práticas de saúde.

Posto isso, cabe registrarmos aqui os questionamentos feitos por Souza *et al.* (2005, p. 149), acerca da autonomização do sujeito:

“[...] será que todos os indivíduos possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha? Como escolher alimentar-se de maneira saudável e variada se, muitas vezes, a situação financeira não permite sequer as condições básicas de alimentação? Como seguir as recomendações de higiene sem possuir as condições para tanto?”.

Campos (1997) sugere que uma das formas de se avaliar o quanto o serviço está acolhendo ou não, é a capacidade de dar conta dos vários problemas de saúde combinados com a realidade sócio-econômica e cultural do usuário.

O conhecimento técnico-científico, classificado por Merhy (2002) como tecnologia leve-dura, também foi mencionado por alguns informantes:

Para recurso, a gente usa mais o que a gente aprendeu durante o Curso de Especialização de Saúde da Família. *Renata* (enfermeira)

É importante lembrarmos que a incorporação de conhecimento teórico só terá valor se houver reciprocidade com a prática grupal. Salientamos que a técnica sem uma fundamentação teórica pode levar a um agir intuitivo ou passional (ZIMERMAN, 2000).

A busca ativa dos faltosos também consiste em uma estratégia para aumentar a participação dos membros aos grupos:

E os pacientes que faltam ao grupo, a gente procura fazer uma busca ativa. [...] vamos fazer o levantamento dos prontuários, aí a gente vê lá: “mas esse paciente é hipertenso, só veio aqui há três anos atrás, o que aconteceu com ele?”. A gente vai atrás, provavelmente são pacientes que não aderem mesmo ao tratamento, que recusam, que negam mesmo a doença, [...]. Isso, através do ACS. *Renata* (enfermeira)

Sabemos que o processo educativo em saúde ainda se encontra centrado no modelo biomédico hegemônico, o qual se utiliza de estratégias pouco criativas e efetivas. Podemos dizer que novas estratégias começam a ser adotadas na prática de grupos, apontando novos caminhos para o cuidado, mais inovadores e dinâmicos, pois, segundo coloca Ravelli e Motta (2004, p. 368), a criatividade é intrínseca ao ser humano. Devemos descobri-la e exercê-la, “para germinar um ensino criativo, que poderá facilitar colher frutos de um aprendizado, revelando cuidadores autônomos, críticos e reflexivos, para um melhor cuidar de si e do outro”.

A partir dessas reflexões, a tecnologia nos grupos na perspectiva da Saúde da Família é entendida, aqui, como aquela que reúne conhecimentos vários outros elementos como acolhimento, autonomia, diálogo, escuta, vínculo, integração, interesse, que possibilitam a interação entre os atores envolvidos no processo, e assim provocar uma reflexão sobre as crenças e os valores desses sujeitos em relação aos seus modos de vida e de cuidar.

Então, a atual busca dos objetivos do trabalho com os grupos vem permeada pela tecnologia baseada em conhecimentos técnicos, dinâmicas, palestras, além do emprego de fôlderes, cartazes, álbuns seriados e outros, em que o aspecto relacional é fundamental para preservação, acomodação e repadronização do cuidado. Assim, entendemos que a cultura, saberes e práticas têm peso equivalente aos modos de cuidar. Lançar mão dessas tecnologias é a possibilidade de aprimorar esses modos. É o contrapeso nos atuais padrões de cuidado; é criar espaços e transcender saberes e práticas para o melhor nível de cuidado dentro do modelo assistencial.

A seguir, apresentamos uma concepção esquemática de tecnologia baseada nos resultados encontrados para o cuidado transcultural no trabalho com

grupos (FIGURA 6).

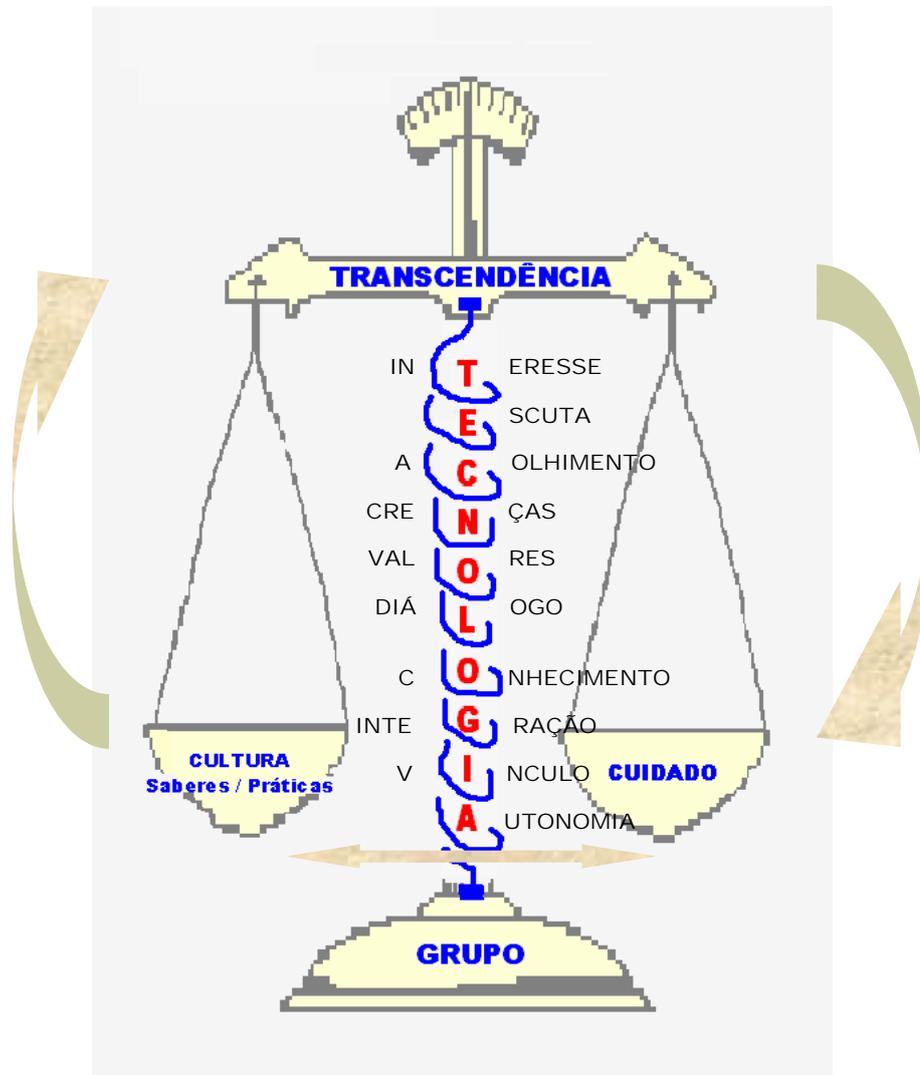


FIGURA 6 - Esquema do referencial teórico sobre tecnologias para o cuidado transcultural no trabalho com grupos
Fonte: TRENTINI; CUBAS (2005), adaptado pela pesquisadora.

Como demonstra a FIGURA 6, pensamos como aquela que traz consigo algo que seja interessante e atrativo para maior efetividade do cuidado na perspectiva de grupo. Ao mesmo tempo, deve facilitar a escuta, acolher, considerando crenças e valores de ambas as partes. Dessa forma, o diálogo estabelecido proporciona o conhecimento bilateral compartilhando as culturas e o cuidar. Assim, entendemos

que o grupo possa alcançar integração, vínculo, respeitando-se as diferentes dimensões sócio-culturais que formatam a visão de mundo do indivíduo. Quando os sujeitos envolvidos desenvolvem autonomia, é possível que depois de todo esse processo, ele reconheça sua cultura, saberes, práticas de cuidado, assim como a cultura e o conhecimento profissional, podendo optar, de modo mais consciente, pela melhor forma de se cuidar, o que se entende ser a proposta implícita desses grupos de portadores de diabetes e hipertensão, ainda não desvelada pelos atores envolvidos.

5.5 Desafios e avanços da prática de grupo na Saúde da Família

Nesta trajetória junto aos coordenadores, foi possível capturar as percepções que eles trazem consigo acerca dos fatores considerados limitantes a suas práticas de grupo.

Verificamos que essas limitações são variadas, freqüentemente, configurando-se em desafios a serem superados pela equipe de Saúde da Família, a exemplo do despreparo específico do profissional coordenador de grupos, o que culturalmente é muito forte. O depoimento seguinte ilustra essa constatação:

[...] até acho minha experiência pequena [...]. A gente sente uma carência. [...] às vezes, nos lugares, que as pessoas estão [...] parece que não tem, perdeu o entusiasmo. Então [...] não sei se é porque a gente está começando, mas a gente, às vezes, sente. *Júlia* (enfermeira)

Esse achado converge para os resultados já descritos por Munari e Furegato (2003) que, ao estudarem o conhecimento dos enfermeiros acerca do trabalho com grupos, verificaram que os mesmos detinham pouco domínio sobre a temática,

fundamentando a sua prática quase que exclusivamente nos conhecimentos empíricos, adquiridos em suas vivências e experiências.

O mesmo acontece com outros profissionais de saúde, como a categoria médica, conforme afirmado nos depoimentos abaixo:

Eu nunca tive uma preparação anterior a isso para poder estar trabalhando com eles. *Marcos* (médico)

[...] e do próprio despreparo que a equipe tem em relação às limitações que nós temos com esse tema. *Bernardo* (médico)

Essas categorias têm como crença básica o seu despreparo para a coordenação, o que permite inferir que há uma dificuldade na preservação, acomodação e repadronização do cuidado na perspectiva de grupo.

Sabemos que o uso quase que exclusivo do conhecimento empírico oportuniza que os coordenadores de grupo incorram em erros, pois, desprovidos de conhecimento técnico, podem não perceber determinadas situações que emergem no grupo, nas suas peculiaridades. Ao serem movidos pelo senso comum, são influenciados pelos valores, crenças e experiências vivenciadas, o que pode limitar o olhar crítico do profissional sobre a realidade do grupo, tanto no seu aspecto evolutivo, quanto no monitoramento da dinâmica das suas relações (ALONSO, 1999).

Outro trecho importante sobre as limitações na prática de grupos refere-se à dificuldade de se fixar o profissional de saúde nas equipes, evidenciada pela sua grande rotatividade, principalmente do profissional médico. Algumas anotações de campo revelam isso:

Uma das enfermeiras relatou sobre a dificuldade de se estruturar trabalho junto aos grupos, devido a grande rotatividade de profissionais na equipe.

Enfermeira - Entram médicos recém-formados que avisam que seu objetivo é a residência. Com o primeiro médico nós conseguimos,

mas ele ia fazer residência, ficar um ano. Aí veio outro, não tinha afinidade com grupo, acabou. *NO* (UBS "C")

Enfermeira e auxiliar de enfermagem informaram que a equipe estava sem médico. Este era contratado e por ter passado no concurso de Contagem demitiu-se. A médica de apoio estava de licença. *NO* (UBS "G")

Para Munari e Furegato (2003), essa rotatividade da equipe pode ser um empecilho na integridade do grupo. A instabilidade dos profissionais nas equipes de saúde compromete a formação de vínculo no grupo, conseqüentemente, da efetivação do cuidado.

Silva *et al.* (2003) alertam que, para obter-se êxito no trabalho com grupos, é necessário interesse e comprometimento das pessoas com essa atividade. Também é fundamental adequar essa modalidade de assistência à clientela a ser atendida e verificar as disponibilidades enquanto coordenadores, avaliando a afinidade com o tipo de cliente.

Podemos ainda dizer que, a partir do despreparo dos profissionais para o manejo de grupos, não são raras as situações em que o coordenador se defronta com dificuldades para lidar com os sentimentos humanos e interações que afloram no grupo, fato este bastante enfatizado por uma das informantes:

Aqui hoje no grupinho eu tenho gente que vem aqui para falar sobre o orçamento participativo. [...] eu tenho pessoas que são articuladas com a prefeitura em relação [...] aos idosos, eles se organizam. *Vera* (docente de fisioterapia)

Nesse depoimento, percebemos que, apesar de a coordenadora apresentar uma escuta sensível, demonstra também fragilidade técnica para lidar com situações que sinalizam a ruptura do grupo com a regularidade de ser/estar reduzido à patologia, ou seja, com a universalidade do modelo no contexto cultural do grupo.

Podemos dizer que a falta de aporte teórico sobre o trabalho com grupo, dificulta o seu manejo.

Munari e Furegato (2003) também compartilham desse resultado e afirmam que o profissional de saúde precisa de conhecimento de dinâmica humana e de grupos para melhor lidar com a emergência de sentimentos e emoções. Além dos recursos teóricos, essas autoras enfatizam a necessidade de se praticar o autoconhecimento, pois, assim, favorece o relacionamento interpessoal capaz de otimizar o valor terapêutico dessa atividade.

Outra limitação para o desenvolvimento do trabalho grupal, bastante reiterada nos depoimentos dos informantes, refere-se à falta de materiais e de apoio logístico, conforme podemos constatar:

A falta de material é uma coisa que a gente sente muito mesmo, [...]. Não chega até a gente material, então você compra, tira xérox, inventa. Se nós tivéssemos material mais adequado, acho que o resultado, às vezes, seria bem mais positivo e estimulante, até para o próprio usuário. [...] que fosse uma fita de VHS, que já está meio ultrapassada, mas seria bom, que a gente tem um vídeo, nós não temos nenhuma fita que fala a respeito de hipertensão, visual mesmo, que fosse um slide, alguma coisa, dessa ordem, acho que seria importante. *Sara* (enfermeira)

Esta fala revela um ponto importante que é a carência e a baixa utilização de algumas mídias, como vídeo, filmes e outros. Com o avanço dos recursos tecnológicos observamos que as ESF não dispõem de todos esses aparatos para o trabalho com grupos. As tecnologias utilizadas incluem uma geração textual e analógica, o que revela que as equipes estão distantes das mídias que permitem outras abordagens com o usuário.

Estudo realizado por Munari e Furegato (2003) também evidenciou falta de infra-estrutura em alguns grupos, tornando-se problema para a efetivação desse

trabalho, que foi ainda somado a outras questões como a sobrecarga de trabalho do enfermeiro. Compartilham desse modo de pensar alguns informantes, tal como descrito a seguir:

[...] a gente sempre tem uma sobrecarga de trabalho. Isso não é desculpa para nada, mas, na verdade, se você tira um horário para fazer um grupo por mês, [...] é uma coisa que não fica muito viável. *Bernadete* (médica)

[...] com o PSF a gente ficou meio sem tempo para cuidar muito do grupo, mas funciona assim. [...] os profissionais acabam ficando, assim, com um monte de coisa para fazer, que você não consegue, [...] programar, [...] não consegue se fazer em grupo, porque é muita coisa. *Eduarda* (ENM)

Apesar dessas limitações para a execução da atividade com grupos, vale ressaltar que os coordenadores, buscam enfrentar desafios através de reforços externos, visando levar em frente as atividades educativas coletivas. Percebemos que a busca de parcerias já se tornou cultural, conforme identificado em várias falas:

[...] a Secretaria de Abastecimento participava com dietas; as faculdades com nutricionistas, para falar de cardápio, montagem de cardápio e assim a gente foi aumentando os grupos [...]. Então a gente sempre traz alguém de fora também para estar ajudando na montagem desses cardápios, tanto para o diabetes quanto para o hipertenso. *Malu* (enfermeira)

Um [grupo] faz no Convento das Irmãs, tem um convento que eles cedem espaço pra gente. O outro é numa Igreja Evangélica, que também cede o espaço, e o outro na Igreja Católica. Então tem esses espaços que são cedidos pra gente, são emprestados. *Bernadete* (médica)

[...] a gente chama o pessoal da zoonose, também, para participar; a gente chama o pessoal da odonto para participar, para falar do tratamento, o que se oferece, o que se pode fazer; a gente convida nutricionista para vir; nós convidamos a RH do Hospital X para vir fazer dinâmica [...]. A Palma [médica] recebe muito representante, aí o representante arruma [fita de vídeo], tem umas da Prefeitura [...]. Têm algumas que o representante manda, alguma coisa nova que saiu. *Eduarda* (ENM)

[...] nós desenvolvemos uma parceria com a Escola X, que é aqui ao lado, uma parceria que eu fiz junto à direção na época, em 2003, e a professora de educação física. Ela começou com atividade em que ela

cedia 1 hora por semana e depois houve um projeto, e depois houve uma adesão dessas horas à própria [...] carga horária dessa professora. [...] e [...] ela consegue alguns equipamentos [para atividade física] da escola e com alguns dela própria [...]. *Rebecca* (assistente social)

Alonso (1999) reforça que o grupo deve ser auxiliado e incentivado, de forma que os indivíduos identifiquem suas necessidades e anseios a respeito da sua saúde; depois, considerem de forma criativa a realidade, inventem, conjuntamente, mecanismos de busca e acesso aos recursos institucionais e dos programas de saúde que atendam a estas necessidades e aspirações.

Essa perspectiva é reforçada pelo documento da Organização da Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte (BRASIL, 2006) o qual prima pelo maior potencial de articulação com a comunidade e abrangência dos problemas de saúde reconhecidos, esperando que a Saúde da Família consiga fazer parcerias com as organizações comunitárias, outras instituições, bem como outros setores da prefeitura que realizem ações sob sua população.

Verificamos que nem sempre é fácil para o coordenador de grupo estabelecer essas parcerias, tal como o exemplificado nos trechos:

A gente sente essa necessidade [...] de ter sugestões e a adesão de outros profissionais. *Júlia* (enfermeira)

[...] que haja a participação do nutricionista, do [...] farmacêutico, [...] do fisioterapeuta, mas a gente tem dificuldades com essas especialidades. [...] a gente tem dificuldade com relação a esse acompanhamento. *Jefersow* (enfermeiro)

Essas falas chamam atenção pelo fato de todos os informantes pertencerem à mesma unidade de saúde e serem enfermeiros, no caso, UBS "G". Isso faz pensar sobre as condições de trabalho e a motivação desses profissionais, que culturalmente são os que realizavam o trabalho educativo e com grupos. Outro fragmento de fala

de uma das informantes acima mencionadas aponta para outra questão, que é o trabalho em equipe versus sentimento de solidão no cotidiano:

Você cria as coisas, mas, se você criar, você tem que está disposto a seguir sozinho. *Júlia* (enfermeira)

Percebemos que, embora a responsabilização de toda a equipe pela organização e condução do grupo faça parte do desejo de muitos profissionais de saúde, na prática, essa ação ainda é pouco concreta.

Para Merhy (2003), todos os atores, implicados na questão da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre esses atores sociais e políticos. Sendo assim, essa pactuação pode ocorrer sob forte tensão e a organização da assistência, configurando-se como produto dela.

Nessa perspectiva, podemos inferir que a ESF tem suas limitações na condução de seu processo de trabalho e no trabalho com grupos, quais sejam o seu manejo e a necessidade multidisciplinar reconhecidos, em que os vários saberes se fazem necessários para preservação, acomodação e repadronização do cuidado nos diversos modos de vida. E também profissionais, com maior grau de especialização, têm maior dificuldade nesse trabalho, pois a visão é diferenciada.

Identificamos, nesta pesquisa, uma declaração pertinente à necessidade de se buscar para esses grupos os vários saberes, valorizando a equipe multiprofissional, como é mencionado a seguir:

Ela [estagiária de nutrição] trabalhou também a parte teórica, [...] falou da combinação dos alimentos, [...]. Coisas que a gente talvez não tem uma experiência para estar falando para o paciente. *Jefersow* (enfermeiro)

[...] gostaria muito que tivesse um trabalho específico na área de nutrição, [...] fisioterapeuta. Porque há uma demanda grande em nossa área. *Rebecca* (assistente social)

Ainda, os informantes evidenciam a necessidade de apoio institucional, para maior aproveitamento da potencialidade do grupo, referenciando-se à “educação permanente”.

Então, [...] estava precisando a gente ter uma capacitação para isso [trabalhar com grupo], para a gente ter uma maneira de como chegar mais a esses pacientes. *Ana* (médica)

[...] ninguém recebe nenhum treinamento. [...] acho que é uma coisa boa que a prefeitura podia estar fazendo, treinamento para trabalhar com grupos. *Maria* (enfermeira)

[...] eu acho que falta, [...] às equipes, [...] um treinamento [...]. Para a gente realizar essas atividades. *Jefersow* (enfermeiro)

Acho que a gente precisava ter uma reciclagem e um treinamento para estar lidando com grupo, [...] precisava de capacitação. *Renata* (enfermeira)

Trentini e Beltrame (2004) lembram que esse é um ponto frágil dos serviços de saúde, pois, dificilmente, são oferecidos à equipe de saúde programas de educação continuada específicos para a atividade com grupos e os poucos existentes geralmente possuem conteúdo apenas técnico, não sendo valorizada a intersubjetividade.

Em contrapartida, apesar de não-sistematizada, encontramos um grupo enquanto espaço de “educação permanente”, visando à capacitação do ACS, como se desvela nas falas:

A gente tenta colocar também o ACS participando do grupo, como uma forma de estar colocando na atividade da equipe e também uma forma de educação continuada para o ACS, também. *Renata* (enfermeira)

A satisfação do ACS aumentou demais, também, a responsabilização, [...]. A gente viu que o ACS se sentiu mais útil também quando a

gente deu essa função para eles [participar dos grupos através de teatros]. *Malu* (enfermeira)

O ACS tem suas competências formuladas para atuar na interação social serviço-comunidade e suas funções transcendem o campo da saúde na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente (PBH, 2006).

Constitui papel do ACS fazer o intercâmbio entre equipe de saúde e comunidade. É importante a liderança e capacidade de comunicação, o que favorece uma aproximação cultural fortalecendo o trabalho da equipe, ao unir o saber científico ao saber popular.

Ainda percebemos que outro grande desafio para a prática de grupo se refere à apropriação das tecnologias leves pelos profissionais, a exemplo da autonomização do indivíduo. Podemos inferir isso, baseados na observação abaixo, que mostra uma prática verticalizada, pouco reflexiva: *durante a realização do grupo, a enfermeira da UBS "E" fazia alguns questionamentos sobre a atividade física. Muitas vezes, ela não oportunizava a fala dos usuários. Perguntava e respondia quase que imediatamente.*

Sabemos que a autonomia do sujeito é primordial para a promoção da saúde. A fragilidade das metodologias utilizadas por alguns coordenadores dificulta o desenvolvimento de competências pessoais, comprometendo o desenvolvimento individual e a formação crítica do sujeito. Dessa forma, o usuário torna-se dependente do serviço de saúde, sustentando práticas tradicionais, pouco integradoras e reflexivas.

Para Bicalho (2006a, p. 8),

Os grupos com alguma dispersão, não filiados a um nome prévio, são contra-institucionais, seu potencial instituinte ameaça a estabilidade das instituições de saúde. Nelas, a dimensão do conceito constitucional de saúde, como cidadania, tem baixa institucionalidade.

Acreditamos, portanto, ser primordial que esses coordenadores passem a mobilizar-se e atentar-se para abrir espaços para as tecnologias leves, por subsidiarem os processos relacionais, viabilizando um cuidado coerente, mais humanizado e dinâmico, a partir da comunicação, reciprocidade e afetos.

A Transição Tecnológica é caracterizada por mudanças no modo de fazer saúde, impactando o processo de trabalho, o que altera as relações das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, denominada como Composição Técnica do Trabalho. Essa transição também é compreendida como um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinada. Assim, devemos configurar esse processo como novos sentidos das práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, por intermédio dos usuários e na resolução de seus problemas (MERHY; FRANCO, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação está no esforço e não apenas na realização final.

Mahatma Gandhi

A realidade é muito mais dinâmica e complexa que a possibilidade de apreendê-la na sua totalidade, por isso, ela constituiu um recorte do nosso trabalho com grupos, a fim de que se pudessemos aproximá-la do entendimento da construção cultural de grupo que se estabeleceu na prática cotidiana do atendimento do diabético e hipertenso na Saúde da Família.

A estratégia da Saúde da Família visa à vigilância à saúde, tendo como principal instrumento a identificação de riscos. Para a efetividade da atuação, utiliza os recursos e equipamentos ao alcance dos profissionais nos serviços de saúde e também na comunidade, procurando adequá-los às reais necessidades da população.

Consideramos a conformação da prática de grupo como necessária para a consolidação do atendimento e cobertura da população portadora de diabetes e hipertensão com maior risco de vulnerabilidade, calcada na integração de vários saberes, evidenciando-se, aí, o caráter integrativo e articulador dos profissionais, viabilizado pelo grupo de alguma forma. Sabemos que a Saúde da Família traz a perspectiva de outras dimensões no processo saúde-doença, que não estritamente a biológica, e reforça a questão da multidisciplinaridade, pois, na busca da integralidade da assistência, a atuação de um único saber profissional não é suficiente.

Na Saúde da Família, o grupo foi eleito como estratégia básica no atendimento ao portador de diabetes e hipertensão. Na perspectiva da universalidade cultural, todas as ações de cuidado e tratamento são possíveis de serem realizadas no grupo

e de estabelecerem relações entre os vários atores envolvidos, de forma que a equipe perceba a multicausalidade dos agravos à saúde e que isso seja percebido também pelo usuário. Já na perspectiva da diversidade, independe se esses agravos são de ordem física, mental, emocional e social como foi colocado nos depoimentos dos informantes desta pesquisa, pois trata-se de atuação em conjunto com o usuário, aceitando-o como um ser cultural e respeitando-o como na unicidade que o caracteriza.

Para que as transformações dessa prática de grupo se efetivem, é preciso que o profissional amplie sua reflexão sobre a prática desempenhada, sobre os contextos históricos, sociais, culturais de suas formações, do modelo assistencial e da própria equipe na qual se encontra. O profissional deve ter a sensibilidade para perceber a real intenção em ofertar grupos, pois, se não é perspicaz, afasta-os de si e de sua identidade, favorecendo a manipulação de seus valores culturais, suas crenças, dando lugar a comportamentos de acomodação e praticidade em detrimento do aspecto relacional e respeito à vontade velada do usuário. Ainda é importante que ele lance mão de conhecimentos teóricos e práticos para a construção de um novo saber-fazer que resgate o grupo, enquanto possibilidade operativa e humanizadora para si e usuários, numa perspectiva crítica e transformadora dessa cultura da cronicidade.

É preciso também uma auto-avaliação sobre os fatores que regem e influenciam a estrutura cultural do grupo, lembrando que as culturas do profissional e do usuário podem ser diferentes, da mesma forma que o mesmo pode ocorrer entre o sistema de cuidado profissional e o popular. Cabe, portanto, aos coordenadores constantemente refletir sobre crenças, valores e necessidades tanto

de quem cuida quanto de quem recebe cuidados. Necessário, então, se torna a compreensão dessa dinâmica do cuidado e dos significados individuais e das ESF acerca do trabalho com os grupos de diabéticos e hipertensos e a aproximação entre equipes e grupos com vistas à negociação, acomodação e repadronização do cuidado, que é cultural.

O reconhecimento da importância do trabalho com grupos se manifesta emergente tendo em vista o contexto das estratégias no atendimento a grupos vulneráveis, à grande demanda com necessidades das mais diversas procedências que leva, por sua vez, a exigências de uma dinamicidade cada vez maior. Assim, os grupos ofertados nas UBS deveriam ser continuamente preparados para responder aos desafios contemporâneos, especialmente as questões emergentes de vida diária, desenvolvendo uma roda social que responda aos anseios dos usuários além do paradigma da doença.

O olhar para o portador de diabetes e hipertensão vai além das vigilâncias relacionadas ao uso dos medicamentos e faz-se necessário avançar a atenção para aspectos que influenciam o tratamento e o controle, no sentido de conhecer o cotidiano desse usuário, as dificuldades e facilidades em seu contexto de vida.

A estratégia de grupo favorece a outra forma de aproximação com o tema cuidado. Na prática, foi possível reconhecer e confirmar, com esta pesquisa, a dificuldade técnica-teórica do profissional para coordenar o grupo, a abordagem de temas na perspectiva da cronicidade e a crença de que recursos e apoio logístico tornarão o grupo mais interessante e efetivo, estabelecendo vínculo, credibilidade e adesão.

Além disso, os informantes acreditam que, para coordenar os grupos, eles

necessitam de treinamentos mais sistematizados para se capacitarem, o que não tem visibilidade, ainda, em nível institucional. É inegável a necessidade de educação permanente para alguns, enquanto que para outros, o grupo é, por exemplo, para os ACS, um espaço de educação permanente. Na prática, a oferta de grupo está reduzida ao cumprimento de protocolo assistencial calcado culturalmente no modelo biomédico e exigência da Saúde da Família. Desde que se inseriram na Saúde da Família, os profissionais começaram os grupos e logo o descobriram como uma ferramenta de enfrentamento da demanda dos portadores de diabetes e hipertensão, desafio gerado pela instabilidade da doença e dificuldade de controle. Soma-se a essa situação a impossibilidade de atender-se a todas as demandas e necessidades não apenas dessa população, mas de todas as faixas etárias em todos os ciclos de vida, conforme é o entendimento.

Outro desafio também gerado é o enfrentamento dessa prática, que se tornou indispensável ao cotidiano das equipes. Já desenvolvido, porém, o seu *modus operandi*¹⁰, mesmo com seus encontros e desencontros, constitui-se numa metodologia a ser continuamente aprimorada e apropriada, uma vez que esse fazer já passou pela fase de apreensão. É uma realidade em todas as UBS, ESF e conhecida, também, por outros profissionais de saúde, informantes desta pesquisa.

Os resultados relativos a tal prática, apesar das controvérsias de concepções, apresentaram-se positivamente, com níveis pressóricos mais controlados, garantia de acesso e acompanhamento. Com isso, consideramos que já se consegue trabalhar

¹⁰ Trata-se de uma expressão em latim que significa "modo de operação". É alguém ou algo que usa o mesmo jeito e aplicação em todas as coisas que realiza, faz tudo do mesmo jeito de uma mesma forma, de maneira que identifique de quem foi feito aquele determinado trabalho (http://pt.wikipedia.org/wiki/Modus_operandi).

bem com os grupos em geral, e o grupo para diabéticos e hipertensos já se tornou cultural nas UBS.

Percebemos a necessidade, pelos relatos, de se ter um instrumento, um parâmetro formal de avaliação das ações no grupo. Neste sentido, algo no modelo assistencial tem se transformado, o que permitiu o desenvolvimento dessa prática, a assimilação pelos profissionais, a sua disseminação pelas UBS e a credibilidade por parte do usuário. Quanto a essa evidência, encontramos uma adesão considerável, mesmo que imposta, a princípio, mas isto significa que há um envolvimento de todos, uma soma de esforços tanto individuais quanto grupais, uma conquista de novos espaços e possibilidades em suas culturas.

Do ponto de vista do papel do coordenador, é esse envolvimento que deverá guiar as intervenções frente ao grupo, seja na universalidade ou na diversidade cultural, com indicação do tipo, frequência e nível de profundidade dessas, uma vez repensando as crenças e valores da atual abordagem.

As atividades com grupos vêm, contudo, como uma possibilidade de transformar o trabalho de equipe e de dirigirem-se na busca de uma relação de mais proximidade entre os agentes participantes desse processo, o que quer dizer negociar e partilhar poder/autonomia profissional, possibilitando, então, acomodarem-se saberes e decisões. Significa construir uma relação dialógica entre esses atores sem negar a existência da divisão técnica do trabalho.

*“Por tudo isso e muito mais,
aposto no trabalho em grupo,
mas acredito sobretudo na capacidade de amar
e de entrega das pessoas,
sem a qual toda técnica e todo procedimento
são inúteis...”*

M^º José Aguilar Idáñez, 2004

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBIGENOR; MILITÃO, R. **S.O.S.:** Dinâmica de grupo. 5. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 200 p.

ALMEIDA, H. G. G. de (Org.) **Diabetes mellitus:** uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. 95 p.

ALMEIDA, S. P. **A vivência no grupo:** a experiência para a pessoa diabética. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ALONSO, J. K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, Jan./Abr. 1999.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Fev./Set. 2005.

AMADO, G.; GUITTET, A. **A dinâmica da comunicação nos grupos.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.

ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de grupo:** jogo da vida e didática do futuro. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 86 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer:** compreender, atuar, acolher. Brasília: Projeto Acolher, 2001. 304 p.

BARAÚNA, T. Criatividade: uma necessidade para a enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 8-9, Fev. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Título original: **L'Analyse de Contenu.**

BAREMBLIT, G. (Coord.) **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. 204 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Belo Horizonte 2005-2008.** Belo Horizonte, 2005. 158 p.

BERNARDES, V. **A música nas escolas de música:** a linguagem musical sob a ótica da percepção. 2000. 125 f. Dissertação (Mestrado em Música) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

BICALHO, M. S. **Elementos da concepção operativa de grupo.** Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais/Grupo de Estudo em Saúde da Família, 2006. 7 f.

Notas de aula. Disponível em: <www.smmfc.org.br/gesf/temas2006/grupo operativo>. Acesso em: 7 dez. 2006.

_____. **Saúde pública: a saúde mental na atenção básica:** nosso ensaio: Distrito Sanitário da Ressaca - Contagem - MG - Brasil. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais/Grupo de Estudo em Saúde da Família, 2006a. 17 f. Notas de aula. Disponível em: <www.smmfc.org.br/gesf/temas2006/grupo operativo>. Acesso em: 7 dez. 2006.

BION, W. R. Experiência em grupos. In: DIRETORIA DA SPAG-RJ. **Grupoterapia Analítica no Brasil:** passado e presente. Buenos Aires: Paidós, 1983. Relatório.

BOFF, L. Ressonâncias do cuidado. In: _____. **Saber cuidar:** ética do humano - compaixão pela terra. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 8, p. 107-130.

BRASI, J. C. de. Elucidações sobre o ECRO. **Boletim n° 9**, Veneza: Centro Internacional de Investigação em Psicologia Social e Grupal, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Seyffarth, A. S.; Lima, L. P.; Leite, M. C. (Coord.) **Abordagem nutricional em diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 155 p.

_____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 104 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 128 p.

_____. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família:** PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 36 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família:** PROESF. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 14 p.

_____. **Notícias:** Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.saúde.gov.br>. Acesso em: 29 nov. 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 61 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, Jan./Mar. 1996.

BURKES, R. The importance of support groups in nursing. **Imprint**, v. 37, n. 3, p. 11, 1990.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê.** Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999. 300 p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 229-266.

CARDOSO, M. A. R. *et al.* Ações educativas vivenciadas junto a pacientes idosos: relato de experiência. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 33, p. 41-51, Jul./Dez. 2005.

CARNEIRO, F. D. M. Síntese teórica e reflexões sobre as limitações e aplicabilidade da técnica do grupo operativo. **Revista de Humanidades**, Fortaleza: Centro de Ciências Humanas da UNIFOR, ano 6, n. 4. 1989.

_____. Liderança grupal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 14., 1996, Belo Horizonte. **Curso.** 13 f. Impresso.

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale:** a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. 1994. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 469-478, Jul./Set. 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-126.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: IDS; USP; MS (Org.) **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 34-42.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde da Família**, Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, p. 10-15, Jan./Jun. 1996.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 176 p.

DIAS, L. P. M.; TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 83-92, Jan./Jun. 1995.

FERNANDES, M. T. O.; LOÉS, R. R. **O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos**. 2003. 40 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FIGUEROA, A. A. Tecnologia y Bioética en enfermería: um desafio permanente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 9-24, Jan./Abr. 2000.

FONSECA, A. S. O cuidado como condição humana no ciclo vital: diversidade e singularidades. In: CONGRESSO BRASILEIRO NURSING, 2., 2004, Centro de Convenções Pompéia. **Catálogo Oficial**. São Paulo, 2004. p. 15.

FRANCIONI, F. F.; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 156-162, Jan./Mar. 2004.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. M. G. V. da. O processo de aceitação do viver com diabetes *mellitus*: considerações sobre a influência do meio ambiente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 36-43, Set./Dez. 2002.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 1999, Belo Horizonte. **Tribuna Livre**. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 18 jun. 2007.

FREIRE, M. O que é um grupo. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 59-68.

FREITAS, M. E. A. **A consciência do corpo – vivência que assusta**: percepção das profissionais de enfermagem na área hospitalar. 1999. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego. Rio de Janeiro: Ed. Standard Brasileira, Imago, v. XVIII. 1980.

GAJARDO, M. Pesquisa Participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 15-50.

GEORGE, J. B. *et al.* Madeleine M. Leininger. In: _____. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 21, p. 297-309.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 75-86, Mar. 1992.

_____. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-422, Dez. 1997.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1997. 147 p. Título original: **Technick und Wissenschaft als ideologie**.

IDÁÑEZ, M. J. A. **Como animar um grupo: princípios básicos e técnicas**. Tradução de Lúcia M. E. Orth. Petrópolis: Vozes, 2004. 302 p. Título original: **Cómo animar un grupo: técnicas grupales**.

IMPSI. Instituto Mineiro de Psicodrama. **Jacob Lewin Moreno. Estudos e práticas psicodramáticas**. 2006. Disponível em: <www.impsi.com.br>. Acesso em: 5 dez. 2006.

JÚNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 6, p. 61-73.

KAUFMAN, A. A ação de transformar: teatro pedagógico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, UFRJ, v. 42, n. 8, p. 421-423, Set. 1993.

KLEBA, M. E. A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de empowerment. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva: livro de resumos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. p. 56-56.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, College Custom Series, 1978. 684 p.

_____. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: LEININGER, M. M. (Ed.) **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune & Stratton, 1998. cap. 3, p. 33-71.

_____ (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 2001. 432 p.

_____ Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**, United States, v. 13, n. 3, p. 189-192, 2002. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/cgi/reprint/13/3/189>>. Acesso em: 27 out. 2006.

LEOPARDI, M. T. Ciência e arte: um diálogo possível. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 11-17, Jan./Jun. 1996.

_____ (Org.) **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-livros, 1999. 226 p.

LEWIN, K. Teoria dinâmica da personalidade. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1975. Original inglês.

LOOMIS, M. E. **Group process for nurses.** Saint Louis: Mosby Company, 1979.

LOPES, M. E. E. F. L. **Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos.** 1992. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUNARDI, V. L. *et al.* Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de diabetes *mellitus*. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 29-34, Jul./Dez. 2000.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin.** 5. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1981. 188 p. Título original: **Dynamique et genese des groupes.**

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 17-25, Abr. 2004.

MEIER, M. J.; CIANCIARULLO, T. I. Tecnologia: um conceito em construção para o trabalhador em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 31-49, Jan./Abr. 2002.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, Set./Dez. 2003.

MIRADOR. **Enciclopédia Mirador Internacional**. São Paulo, Rio de Janeiro: Enciclopaedia Britannica do Brasil, 1979. (Verbetes: Educação, Estrutura, Gestalt, Grupo, Sociologia).

MODUS OPERANDI. In: WIKIPEDIA. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Modus_operandi>. Acesso em: 22 dez. 2006.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Editora Cultrix, 1978.

_____. **Quem sobreviverá?** Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama. Goiânia: Dimensão, 1992. v. 1.

MORSE, J. M. *et al.* Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Sciences**, Maryland, v. 13, n. 1, p. 1-14. 1990.

_____. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 23, n. 2, p. 119-126. 1991.

MUNARI, D. B. *et al.* O uso do grupo na assistência em saúde: análise crítica e possibilidades. In: SANTOS, I. dos *et al.* **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções**. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2007. v. 4, cap. 8. No prelo.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003. 82 p.

NORTON, L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 1269-1275, Dec. 1998.

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

OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupoterapia Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 358 p.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural.** 1990. 232 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

_____. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-106, Jan./Jun. 1992.

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, Jul. 2002.

PERRASSE, A. V. **Manual del educador em diabetes *mellitus*.** Colômbia: Clave Publicitaria, 1987.

PICHON-RIVIÈRE, E. **EL proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social.** 5. ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980. 213 p.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seus cuidados e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60. 1996.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Pesquisa e análise qualitativa. In: _____. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 11, p. 268-288.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. A cuidadora e o (ser)cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-52, Jan./Abr. 2000.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE/PBH. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos Sanitários: o Distrito Sanitário Pampulha.** 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa>>. Acesso em: 11 out. 2005.

_____. **BH-Vida: Saúde Integral. Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004.** 3. ed. Belo Horizonte, 2003. 15 p.

_____. **Saúde – Informação para Atenção Básica – Consolidados de Famílias – Relatórios de Produção das Equipes.** 2005. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/intranet>>. Acesso em: 11 out. 2005; 15 out. 05; 20 jan. 06; 23 jan. 06; 01 fev. 06; 23 fev. 06.

_____. **Saúde - Informação para Atenção Básica - TABNET - Indicadores.** 2005a. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/intranet>>. Acesso em: 11 out. 2005; 15 out. 05; 20 jan. 06; 23 jan. 06; 01 fev. 06; 23 fev. 06.

_____. **Organização da Atenção Básica da Rede Municipal de Belo Horizonte - A atenção básica de saúde em Belo Horizonte:** recomendações para a organização local. Belo Horizonte, 2006. 172 p.

_____. **BH Vida: Saúde Integral:** Programa de Saúde da Família - PSF. 2006a. Folheto.

RAVELLI, A. P. X.; MOTTA, M. G. C. da. Dinâmica musical: nova proposta metodológica no trabalho com gestantes em pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 367-376, Dez. 2004.

REZENDE, A. L. M. de. **O planejamento educacional participativo.** Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 1995. 6 f. Mimeografado.

SÁ, A. C. de. **O cuidado do emocional em saúde.** 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2003. 142 p.

SAWAIA, B. B. Análise psicossocial do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 105-110, Abr. 1994.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, Jun. 2000.

SILVA D. M. G. V. da. **Narrativas do viver com diabetes *mellitus*:** experiências pessoais e culturais. 2000. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVA, D. G. V. da *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, Jan./Mar. 2003.

SILVERMAN, P. R. **Mutual help groups:** organization and development. Beverly Hills: Sage, 1984.

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

SOARES, S. M.; CARNEIRO, M. L. M. Holismo e saúde. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (Org.) **Enfermagem, cultura e processo saúde-doença.** São Paulo: Ícone, 2004. p. 65-76.

SOUZA, A. C. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, Ago. 2005.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: CAMPOS, F. C. B. (Org.) **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 11-23.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 213-221, Abr./Jun. 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, Jul./Set. 2006.

TRENTINI, M. *et al.* Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 19-24, Jul./Dez. 1996.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes *mellitus*. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 261-269. 2004.

TRENTINI, M.; CUBAS, M. R. Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial expandido além da concepção biologicista de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 481-485, Jul./Ago. 2005.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, Jan./Abr. 2000.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYWE, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998. 120 p.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas: subsídios para assistência de enfermagem em grupos**. Goiânia: AB, 2001. 104 p.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 136 p.

WENDHAUSEN, Á.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, Jan./Mar. 2003.

WILD, S. *et al.* Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, May 2004.

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

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 244 p.

ZIMMERMANN, N. A magia do som. **Diálogo: Revista de Ensino Religioso**, São Paulo, v. 4, n. 15, p. 5-8, Ago. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE B

Guia específico para acompanhamento dos grupos

Mês: _____ 2006

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

APÊNDICE C

Formulário para transcrição das entrevistas e observações

ENTREVISTA N° _____	
Informante: Entrevistadora: Data: UBS: Equipe: Duração:	
Transcrição Entrevista	Notas/Análise

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	
Data: Local: UBS: Equipe: Coordenador (es): Faixa etária dos usuários: N° de participantes: Mulheres: _____ Homens: _____ Total participantes: Tema abordado: Início: Término:	
Anotações de campo	Notas/Análise

APÊNDICE D

Ficha do Informante

1. Identificação:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Religião: _____

Médico (a) ____ Enfermeiro (a) ____ Auxiliar de Enfermagem ____

UBS: _____ ESF: _____

Tem especialização? Sim ____ Não ____ Qual? _____

Já fez alguma capacitação para trabalhar com grupos? Sim ____ Não ____

Qual? _____ Onde fez? _____

2. Fale como é a sua experiência com os grupos, considerando a metodologia, tecnologias, suas concepções em relação a esse trabalho.

Fale de que forma o cuidado é abordado no grupo.

APÊNDICE E

Carta de validação dos dados

UFMG

Mestrado em Enfermagem

Mestranda: Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares

Caro(a) colaborador(a),

Informamos que a coleta de dados da pesquisa **GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: Concepções, Estrutura, Metodologias e Tecnologias Para o Cuidado Transcultural** já está finalizada e que as entrevistas foram transcritas na íntegra conforme cópia anexa.

Para validar os dados coletados, solicitamos sua leitura e comentários se assim o desejar, para proceder as alterações.

Ainda, conforme descrito no termo de consentimento assinado na ocasião do seu aceite, queremos a sugestão de nomes fictícios para preservar sua identidade em nosso relatório de dissertação.

Sem mais para o momento, solicitamos sua assinatura e devolução desta.

Seu nome (03 sugestões): _____

Nome para sua equipe: _____

Nome para sua UBS: _____

Assinatura / BM

Belo Horizonte, ____ de fevereiro de 2007

ANEXOS

ANEXO A

Carta de Autorização para Coleta de Dados nas UBS da Pampulha



Belo Horizonte, 03 de março de 2006

Ilmo. Sr. Silvio Monteiro Rezende
Diretor do Distrito Sanitário Pampulha/SMSA/PBH
Ref: Autorização para Pesquisa de Campo (Dissertação de Mestrado)

Prezado Senhor,

Para obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, é necessária a realização de uma pesquisa científica a ser apresentada como "dissertação". A temática é: *grupos na saúde da família: metodologias e tecnologias para o cuidado transcultural*.

Para o desenvolvimento deste estudo, solicitamos a V. S^a autorização para realiza-lo neste distrito, envolvendo os oito (8) Centros de Saúde com suas vinte e quatro (24) Equipes de Saúde da Família (ESF). Os critérios de escolha das equipes serão: completas (1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem), que realizam atividades para hipertensos e diabéticos e que queiram colaborar com esse estudo. Não serão contemplados neste estudo, equipes incompletas e equipes que não realizam atividades de grupo para hipertensos e diabéticos

Os instrumentos para coleta de dados serão a entrevista aberta e a observação participante com agendamentos de acordo com o serviço e disponibilidade dos profissionais.

A data prevista para início da coleta de dados é abril/06 podendo perdurar até setembro-outubro/06, conforme necessário, e estaremos procedendo de acordo com o COEP/SMSA (3277-7767) o COEP/UFMG (3499-4592) e a resolução de CNS 196/96.

Para efetivação desta pesquisa, junto aos profissionais das equipes do PSF, gostaríamos de contar com a aquiescência de V.S^a possibilitando-nos o acesso aos mesmos.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitamos o seu de acordo neste documento.

Atenciosamente,

Mestranda: En^a M^a Teresinha de Oliveira Fernandes
Contatos: 3277-9661/99846697
mtofernandes@gmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia M^a Soares
Contatos: 3248-9855
smssoaresbhz@terra.com.br

diacund
040306
Silvio Monteiro Rezende - BM: 75484-X
Gerente Nivali, Gerência Distrito Sanitário
GER S A - Pampulha - UFMG

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

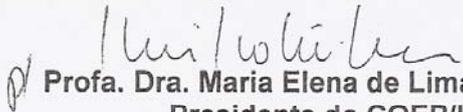
Parecer nº. ETIC 0047/06

**Interessada: Profa. Sônia Maria Soares
Depto. de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 13 de junho de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Grupos na saúde da família: metodologias e tecnologias para o cuidado transcultural**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO C Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/BH



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 009/2006

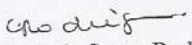
Projeto: “GRUPOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: METODOLOGIAS E TECNOLOGIAS PARA O
CUIDADO TRANSCULTURAL.”

Nome do pesquisador: MARIA TERESINHA DE OLIVEIRA FERNANDES

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 20 de junho de 2006.

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - MESTRADO EM ENFERMAGEM ESCOLA DE ENFERMAGEM

Atividades:

1. Entrevista abrangendo o trabalho com grupos na saúde da família, de autoria da mestrande Maria Teresinha de Oliveira Fernandes (enfermeira da saúde da família do Centro de Saúde João Pinheiro, em Belo Horizonte/MG), como parte da pesquisa do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, no ano de 2006/2007.
2. Observação do trabalho do coordenador (a) de grupo pela pesquisadora. De acordo com a metodologia que se propõe, teremos um processo sistemático de observação, detalhamento, descrição, documentação e análise de modos de vida ou de modelos particulares da cultura, a fim de compreendê-los. Portanto, para se prosseguir com a coleta de dados de forma sistemática, instalam-se quatro fases de observação da pesquisadora: *observação, observação com alguma participação, participação com alguma observação, observação reflexiva*.

Introdução

O senhor (a), profissional de saúde, está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, como colaborador (a) na pesquisa sobre "Grupos na estratégia de saúde da família: metodologias e tecnologias para o cuidado transcultural", de autoria de Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, como parte da pesquisa do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, no ano de 2006/2007.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Objetivos da pesquisa

Desvelar as metodologias e as tecnologias para o cuidado transcultural imanentes da prática de grupo na perspectiva da Saúde da Família.

(Pretende-se com esse estudo desvelar as metodologias, ou seja, a forma com que os profissionais de saúde têm desenvolvido o trabalho junto aos grupos de hipertensos e diabéticos os quais coordenam. E também as tecnologias, ou seja, as ferramentas, suportes e canais utilizados para acesso à informação sobre o cuidado, num contexto (grupo) onde se encontram profissional (conhecimento científico) e usuário (conhecimento popular). Assim para melhor compreensão do cuidado transcultural, trazemos alguns conceitos a fim de compreendê-lo. *Cultura* são valores, crenças compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações. *Preservação* se constitui naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. *Acomodação* são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura e adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais (acomodar, negociar). *Repradonização* são ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, traçar ou em grande parte modificar (reestruturação) (Leininger, 1978).

Participação no trabalho

A sua participação é totalmente voluntária. Caso decida interromper durante a entrevista, não haverá qualquer prejuízo para o senhor (a).

Procedimentos

O senhor (a) precisará responder algumas perguntas que serão feitas e gravadas pela pesquisadora e permitir que o grupo que o senhor (a) coordena seja acompanhado. Os dados obtidos serão analisados segundo a Análise Temática e de Padrões de Leininger (1998).

Confidencialidade

Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas de ambas as partes ou erros da pesquisadora no preenchimento do formulário.

Não será identificado no formulário o nome ou endereço de quem está sendo entrevistado, de forma a manter o sigilo dos seus dados. Serão usados nomes fictícios.

A utilização dos resultados do estudo será divulgada na Dissertação do Mestrado e eventos científicos, congressos e na SMSA/BH.

Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Riscos e desconfortos

O senhor (a) não corre qualquer tipo de risco por participar desta atividade. Caso sinta-se cansada ou incapaz de responder, a sessão será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. E o material já coletado em entrevista, observações realizadas serão destruídos.

Benefícios

Os dados obtidos poderão contribuir com a prática de grupo dos profissionais de saúde e apropriação de metodologias e tecnologias para o cuidado.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso a senhor (a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a atividade, por favor entre em contato com:

- Mestranda: MariaTeresinha de O. Fernandes (31) 3277-9660 - mtofernandes@gmail.com
- Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares - (31)3248-9855 - soniasoares@enf.ufmg.br
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG - 31-32489364
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA - 31- 3277-7767

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	Data ____/____/____
Nome completo e legível do participante do estudo	
Endereço ou telefone de contato: _____ (falar com: _____)	
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	Data ____/____/____
Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	
Assinatura da testemunha	Data ____/____/____
Nome completo e legível da testemunha	