

LIA BISSOLI MALAMAN

**O PROCESSO DE ADESÃO DOS PACIENTES
DIABÉTICOS AOS GRUPOS EDUCATIVOS COMO
ANALISADOR DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

CAMPINAS

2006

LIA BISSOLI MALAMAN

**O PROCESSO DE ADESÃO DOS PACIENTES
DIABÉTICOS AOS GRUPOS EDUCATIVOS COMO
ANALISADOR DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a SOLANGE L'ABBATE

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M291a Malaman, Lia Bissoli
O Processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos com analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde / Lia Bissoli Malaman. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Solange L'Abbate
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Diabetes. 2. Educação em saúde. 3. Enfermagem. I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês : The process of adhesion of diabetic patients to educative groups as an analyzer of the institutional relations in the basic health units

Keywords: • Diabetes

- Education in health
- Nursing

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate
Profa. Dra. Sonia Maria Soares
Prof Dr Everardo Duarte Nunes**

Data da defesa: 29-06-2006

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a SOLANGE L'ABBATE

MEMBROS TITULARES

PROF^a DRA SONIA MARIA SOARES _____

PROF DR EVERARDO DUARTE NUNES _____

MEMBROS SUPLENTE

PROF^a DR^a ROSANA ONOCKO CAMPOS _____

PROF^a DR^a ANA LUCIA ABRAHÃO DA SILVA _____

Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas UNICAMP

Data 29/06/2006

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Henrique, cuja ternura e sorriso me incentivaram sempre a continuar, e que dos 3 aos 5 anos de idade teve maturidade e complacência pra dividir o colo da mãe com este trabalho.

À minha mãe que teve a cumplicidade de mãe a dedicação de professora e a ternura de avó para me auxiliar nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a querida Solange L'Abbate por ter sido durante tempo uma orientadora dedicada e sempre presente, uma amiga paciente e por ser o exemplo de docente que eu quero seguir por toda a vida.

Na figura do Professor Dr. Everardo Duarte Nunes simbolizo o meu agradecimento a todo quadro de professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social por terem se tornado uma referência para mim e para os alunos da pós Graduação.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social, em especial à amiga Leoci, sempre solícita, alegre e resolutiva.

Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e em especial à Professora Dra Márcia Regina Osawa por todas as contribuições durante a qualificação e a Professora Dra Débora Isane Kirstchbaun que juntamente com a Professora Márcia me ensinaram a ser a enfermeira que sou.

À Dra Marta Salomão, ex-diretora do departamento de saúde de São João da Boa Vista, que me incentivou a realizar este trabalho.

À enfermeira Silvia Vallota, diretora do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista por todo apoio e disponibilidade.

A todos os usuários do Serviço Municipal de Saúde que me acompanharam nos dois anos de viagens a Unicamp, porém com motivos menos nobres que os meus.

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde, enfermeiras Sonia, Adriana e Daniella que colaboraram e acreditaram nesta pesquisa desde o começo.

Aos funcionários do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista especialmente à Isamara e Rosangela que tanto colaboraram comigo.

Aos meus alunos, que muito me ensinaram e aos colegas docentes da UNIFEQB.

À minha amiga Nuria Chaim que colaborou em várias etapas da realização desta dissertação.

À amiga Martinha Baroni que digitou as correções comigo, me fazendo companhia nas tardes de domingo.

Aos amigos Marco e Andréia pelo apoio, sempre.

A todos os amigos que fiz durante o Mestrado em especial à amiga Ursula Catarino que tantas vezes me acolheu em sua casa com carinho.

	PÁG.
RESUMO	<i>xix</i>
ABSTRACT	<i>xxiii</i>
APRESENTAÇÃO	27
1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	33
1.1- A Relevância das Atividades Educativas no Tratamento do Diabetes	35
1.2- As Práticas de Promoção à Saúde e a Dinâmica de Grupos Educativos	39
1.3- A Enfermagem e as Práticas Grupo-Educativas	41
2- PROBLEMATIZAÇÃO	43
3- OBJETIVOS	51
3.1- Objetivos Gerais	53
3.2- Objetivos Específicos	53
4- O CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	55
4.1- Uma Breve História da Saúde em São João da Boa Vista em Anos Recentes	58
4.2- As Unidades Estudadas	60
4.2.1- A Unidade do Jardim São Paulo.....	60
4.2.2- A Unidade do Jardim Durval Nicolau.....	61
4.2.3- A Unidade da Vila Valentim.....	62
5- REFERENCIAL TEÓRICO	65
5.1- O SUS e o Principio da Integralidade da Assistência	67
5.2- Promoção à Saúde e Educação em Saúde	69
5.3- A Análise Institucional e seus Conceitos	70
5.4- O Conceito de Grupo	75
5.5- O Processo de Adesão	79

6- METODOLOGIA.....	81
6.1- Tipo de Pesquisa.....	83
6.2- Instrumentos de Coleta de Informações.....	83
6.3- Percurso Metodológico.....	87
6.3.1- As Entrevistas na unidade do Jardim São Paulo.....	88
6.3.2- As Entrevistas no Jardim Durval Nicolau.....	89
6.3.3- As Entrevistas no P.S.F da Vila Valentim.....	89
6.3.4- A Entrevista com a Diretora do Departamento Municipal de Saúde.....	89
6.4- Aspectos Éticos.....	90
6.5- A Análise das Informações.....	90
7- APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	93
7.1- Categoria grupo.....	95
7.1.1- A concepção de trabalho de grupo dos funcionários da rede pública.....	95
7.1.2- A preparação profissional para condução das atividades grupo-educativas.....	96
7.1.3- Por que se adotou a estratégia de atividades em grupo na unidade.....	99
7.1.4- Os recursos institucionais.....	100
7.1.5- Envolvimento e implicação com as atividades de grupo.....	103
7.2- Categoria Adesão.....	107
7.2.1- O perfil dos usuários aderentes e não aderentes às atividades educativas na ótica dos funcionários.....	107
7.2.2- A adesão e a não adesão segundo os usuários.....	110
7.2.3- O reforço do vínculo equipe/usuário propiciado pelos grupos.....	111
7.3- Categoria Efetividade.....	112
7.3.1- A efetividade das atividades grupo-educativas.....	112
7.4- Categoria Saúde-Doença.....	115
7.4.1- A aceitação da doença	115

7.4.2- A concepção de tratamento dos usuários.....	117
7.4.3- Os hábitos de vida.....	118
8- CONCLUSÕES.....	121
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
10- ANEXOS.....	137
Anexo I.....	139
Anexo II.....	147
Anexo III.....	151
Anexo IV.....	153
Anexo V.....	155
Anexo VI.....	157
Anexo VII.....	159
Anexo VIII.....	161
Anexo IX.....	163
Anexo X.....	165

RESUMO



O diabetes é um grave problema de Saúde Pública, alcançando níveis epidêmicos significativos e associando-se à complicações, que comprometem a produtividade e a qualidade de vida da população. É uma patologia na qual o compromisso do paciente com a mudança do seu estilo de vida é fundamental. Daí a orientação do Ministério da Saúde, propondo a realização de atividades grupo-educativas para diabéticos e hipertensos. Dados de produção das Unidades de saúde de São João da Boa Vista/SP onde foi realizada esta investigação, mostram, porém, que a adesão dos usuários às atividades educativas é baixa, quando comparada à procura por consultas médicas. Para identificar os motivos dessa não adesão, realizou-se uma pesquisa qualitativa junto à equipe de enfermagem das Unidades de saúde e aos usuários, considerados não aderentes às atividades grupo-educativas. O material das entrevistas foi analisado mediante o referencial da Análise Institucional, tendo como fundamento, o princípio de integralidade do SUS. Concluiu-se que os usuários não aderentes às atividades grupo-educativas privilegiam, sobretudo, o uso de medicamentos e que os usuários aderentes são os mais dependentes do serviço, mais inseguros e com maior dificuldade em aceitar a própria doença. Concluiu-se também que, embora a atividade educativa seja bastante efetiva para o tratamento de doenças crônicas, os profissionais carecem de preparação adequada para realizá-las, dado a complexidade dessas ações. Finalmente, a não adesão revelou-se um analisador importante de certas deficiências das Unidades de Saúde, em relação à infra-estrutura e às condições de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem.

ABSTRACT



The diabetes is a serious Public Health issue, reaching significant epidemic levels and associating with complications which compromise the productivity and the quality of life of the population. It is a pathology in which the commitment of the patient with the change of his life style is paramount. Hence the orientation of the Ministry of Health, proposing the undertaking of group-educating activities for diabetics and hypertenses. Production data from the Health Units of São João da Boa Vista/SP, where this investigation took place have shown, nevertheless, that the adhesion of users to educational activities is low when compared to the search for medical appointments. In order to identify the reasons for this non-adhesion, a qualitative survey has been carried out jointly with the nursing teams from the Health Units and to users, considered non-adherent to group-educating activities. The material of the interviews has been analysed under the referential of Institutional Analysis, having as foundation the integrality of SUS. It has been concluded that, although the educational activity is rather effective for the treatment of chronicle diseases, the professionals lack in adequate preparation to undertake them, given the complexity of such actions. Finally, the non-adhesion has revealed an important analyser of certain deficiencies of Health Units, in relation with the infra-structure and the working conditions of the professionals of the nursing team.

Palavras Chave: Diabetes, Educação em Saúde, Enfermagem

Key words : Diabetes, Education in Health, Nursing

APRESENTAÇÃO



Minha implicação com as ações de Saúde Pública é anterior à minha inserção profissional nos serviços de saúde. Durante a graduação em enfermagem, entre os anos 1990 e 1995, uma afinidade maior com os docentes da área, o movimento instituinte de implementação do SUS, a IX Conferência Nacional de Saúde, a criação dos primeiros Conselhos Locais e Municipais de Saúde e a primeira gestão do Gastão como Secretário da Saúde em Campinas, foram me conduzindo pelos caminhos da saúde Pública.

No Centro de Saúde Vila Rica, Distrito Sul de Campinas, primeira unidade em que trabalhei, surgem as primeiras demandas pela criação de grupos educativos para pacientes diabéticos e hipertensos e junto com isso o discurso de trabalhadoras mais antigas no serviço de que “não adianta montar grupo educativo pois os pacientes não vêm!”.

No ano de 1997, começo a atuar como enfermeira no Módulo de Programa de Saúde da Família do bairro Vida Nova, uma das primeiras unidades de P.S.F de Campinas. A equipe era composta por mim e mais duas auxiliares de enfermagem e o atendimento médico da população pertencente à área era realizado no Centro de Saúde Vista Alegre, que era a nossa referência. Como a unidade era composta apenas pela equipe de enfermagem, criamos atividades educativas junto à população do bairro, entre elas os grupos educativos para hipertensos e diabéticos e constatamos que, de fato, a adesão dos pacientes às atividades era baixa, no começo apenas dois usuários compareciam.

Com o aumento da nossa inserção junto à comunidade, através da participação nas reuniões de colegiado de bairro e atividades na escola e na creche, a presença de pacientes às atividades oferecidas foi aumentando significativamente. As reuniões não se prendiam mais aos assuntos relacionados às patologias crônicas, mas a cuidados gerais com a saúde, como por exemplo, calendário vacinal de adultos e crianças, métodos contraceptivos e riscos da auto-medicação. Também conversávamos sobre o papel da Unidade de P.S.F. e do Centro de saúde na vida da comunidade, o sistema de marcação de consultas, o novo modelo de atenção à saúde que estávamos implantando ali, os medicamentos oferecidos pela rede básica e os tipos de programas desenvolvidos. Assim, fomos fortalecendo, e muito, nosso vínculo com a comunidade.

Infelizmente o aumento da violência no bairro e a chacina na Escola Municipal em 1999 nos afastaram do bairro. Hoje o atendimento da população é feito no Centro de Saúde União dos Bairros.

Mesmo dentro de uma realidade adversa, uma vez que éramos muito mais um “extra-muros” do Centro de Saúde do que uma Unidade de P.S.F., tivemos uma experiência riquíssima, pois conseguimos construir um vínculo positivo com a comunidade e produzir saúde em nossas reuniões.

Em São João da Boa Vista, onde a pesquisa será desenvolvida, ao assumir o cargo de enfermeira da Unidade de Avaliação e Controle (UAC) no ano de 2001 me deparei com o mesmo discurso do meu primeiro emprego “não adianta montar grupos educativos, pois os pacientes não vêm!”.

A não adesão dos usuários às atividades educativas começou então a me inquietar e eu percebi que esse era um problema que deveria ser estudado. E é para conhecer os motivos da não adesão dos usuários às atividades grupo-educativas que realizei esta pesquisa.

O Departamento de Medicina Preventiva e Social funcionou como minha referência durante a graduação, o relacionamento dos professores deste departamento conosco, alunas de um curso não médico dentro da Faculdade de Ciências Médicas sempre foi muito próximo e produtivo. Nasce deste contato uma grande afinidade com as questões da Educação em Saúde, fato que me levou a prestar o mestrado em Saúde Coletiva para estudar de maneira mais aprofundada as relações dos usuários com os serviços educativos oferecidos pela rede pública. Através da disciplina SC386 Análise Teórico-Metodológica das instituições de saúde: Ênfase em Análise Institucional. Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, me encantei com os conceitos da Análise Institucional e optei por utilizá-la para analisar as práticas educativas dentro das instituições em que elas acontecem.

A dissertação consta das seguintes partes: **introdução e justificativa** que ressaltam a importância das atividades educativas para pacientes diabéticos; **a problematização**, onde discute-se e delimita-se o objeto da investigação considerando a

inserção da enfermagem na elaboração, coordenação e implementação das atividades grupo-educativas; o **referencial teórico** que aborda: 1-) as diretrizes do SUS, com ênfase nos princípios de integralidade da assistência, 2-) o conceito de Promoção da Saúde, 3-) a Análise Institucional e seus conceitos 4-) o conceito de grupo e 5-) o fator adesão

A seguir, a **metodologia** descreve o tipo de pesquisa utilizado para obtenção dos dados coletados, o cenário da investigação e o percurso metodológico transcorrido. São apresentadas então, a **análise dos dados coletados** e as **conclusões finais** da dissertação. Por fim, são apresentados as **referências bibliográficas** utilizadas e os **anexos**.

1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1- A Relevância das Atividades Educativas no Tratamento do Diabetes

A Lei 8080 de 1991 que regulamenta o Sistema Único de Saúde, SUS, lança o princípio da *Integralidade da Assistência* segundo o qual, uma oferta adequada de serviços de saúde só se dá, baseada no “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade”, reforçando a importância das ações educativas e preventivas como parte do tratamento da doença. Somado a isso, em setembro de 1999 foi aprovado pelo Congresso Nacional a Emenda Constitucional n.º 29, que vincula recursos advindos dos impostos para a manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde, propondo “incentivo aos programas que estimulem o desenvolvimento de novos estilos de vida e de comportamento que reduzam a incidência de doenças cardiovasculares”, postura referendada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SP determinando que, “cabe aos municípios toda uma série de medidas de caráter educacional e preventivo de promoção e proteção à saúde que possam tornar a população mais saudável” (GUEDES, 2000)

Essa tendência a um modelo de saúde que foge do padrão médico-centrado e que convoca a população a ter uma participação efetiva no seu processo de promoção, proteção à saúde e prevenção de doenças é também mundial. A Declaração de Jacarta sobre “Promoção da Saúde no século XXI” elege como prioridade de ação “aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo”. (CARVALHO, 2004)

“A origem do Diabetes data da era egípcia. Entre os hebreus há relatos com suspeita da ocorrência do diabetes gestacional. No ano de 70 d.C, o médico Areteu da Capadócia, na Grécia, conseguiu descrever o diabetes. Areteu observou que aquele silencioso problema desenvolvia quatro complicações: muita fome (polifagia), muita sede (polidipsia), muita urina (poliúria) e fraqueza (poliastenia). Areteu observou também que, quase sempre, as pessoas com esses sintomas entravam em coma antes da morte. Era algo “grave e misterioso”. Afinal, mesmo com a fartura de alimentos que entravam pela boca, a falta de energia corporal permanecia”¹

¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES <http://www.sbd.com.br>

O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por uma deficiência na produção de insulina causando um aumento da glicose sanguínea. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas. A ação principal da insulina é levar a glicose do sangue para dentro das células. Quando existe uma diminuição da produção ou um comprometimento da ação da insulina, o aumento da glicose sanguínea começa a provocar os sintomas do diabetes.

Segundo informação do Instituto Mineiro de Endocrinologia, hoje se estima que 7,6% da população é portadora de diabetes e, o que é mais preocupante, quase a metade não sabe que possui a doença. No mundo inteiro, há pelo menos 130 milhões de diabéticos e a expectativa é que em 2025 este número chegue a 300 milhões. Este aumento da incidência do diabetes está relacionado ao maior número de pessoas com excesso de peso e obesidade, ao crescente sedentarismo, à maior expectativa de vida da população em geral e à maior sobrevida dos pacientes diabéticos.

O diabetes tipo 1 aparece geralmente antes dos 30 anos e existe uma deficiência quase completa de insulina. Anticorpos do próprio organismo promovem uma destruição progressiva das células que é causada por uma desnaturação das células do pâncreas. Acomete aproximadamente 10% dos diabéticos.

O diabetes tipo 2 aparece geralmente após os 40 anos, tem forte fator hereditário e freqüentemente está associado à obesidade e ao sedentarismo. Neste tipo, a insulina pode estar até aumentada mas não funciona adequadamente: é o que chamamos de resistência à insulina. Representa aproximadamente 90% dos casos de diabetes.

O Diabetes se insere no grupo de doenças crônicas não transmissíveis e atualmente vem se configurando como grave problema de saúde pública no Brasil. A doença tem alcançado altos níveis epidêmicos e está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos acarretando em altos custos para seu controle metabólico e tratamento das complicações decorrentes da doença. *“O diabetes é uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, porém com manejo complexo, uma vez que sua abordagem além da terapêutica medicamentosa envolve uma séria mudança nos hábitos de vida”* (ASSUNÇÃO, SANTOS e COSTA 2000)

É uma patologia em que o compromisso e a participação do paciente no processo de controle da sua patologia é fundamental. *“No tratamento do diabetes os recursos medicamentosos são empregados geralmente em um segundo momento da terapêutica diante da incapacidade de controlar níveis glicêmicos pela prática de dieta e exercícios físicos (se possível)”* (COSTA&ALMEIDA,1992)

O instrumento que atualmente orienta as estratégias de controle do Diabetes é a Portaria do Ministério da Saúde, 371/GM de 04 de março de 2002, que cria o Plano de Reorganização e Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA).O plano estabelece a organização da assistência e Promoção da Saúde a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e demais fatores para doenças cardiovasculares e determina como responsabilidade das secretarias municipais de saúde, além do oferecimento de consultas médicas e medicação, a *“implementação de outras ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis voltados para a melhoria do controle clínico destas doenças”*. (inciso III item e da Portaria que institui o Plano de Reorganização e Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e o cadastro HIPERDIA

A coordenadoria nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus reconhece que, *“uma etapa difícil para prevenir a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus é convencer o doente de que ele precisa mudar seu comportamento. É uma etapa minuciosa, pois tem que lidar com o estilo de vida das pessoas. O Ministério estabelece as diretrizes e o município desenvolve o trabalho.”*²

Essas diretrizes enfatizam os cuidados com uma alimentação saudável e a necessidade da prática de exercícios físicos no controle da doença. As complicações do diabetes são geralmente incapacitantes e acarretam ao doente, limitações importantes no campo da visão e da locomoção e aos serviços de saúde longos períodos de internações, pois além disso há grandes possibilidades de recidivas.

² MINISTÉRIO DA SAÚDE [http:// www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Porém, tal plano não especifica como essas atividades devem se dar. As secretarias municipais de saúde têm toda liberdade de montar o seu plano de Educação em Saúde para os usuários e decidir quais os profissionais incluídos, os requisitos deles exigidos e as estratégias pedagógicas a serem adotadas para o alcance dos objetivos pretendidos, que é o de “mudar o estilo de vida das pessoas”.

Uma análise dos dados de produção da unidade de Avaliação e Controle (ANEXO I) do Município de São João da Boa Vista, cidade onde a pesquisa foi desenvolvida, mostra que, embora sejam realizadas atividades grupo-educativas nas Unidades de Saúde, elas aconteceram em pequeno número, quando comparada a outras, como consulta médica e atendimento de enfermagem.

Por mais que a produção de consultas médicas e de enfermagem tenha sido alta e o uso de medicações hipoglicemiantes e insulina também houve, no período, internações hospitalares decorrentes de complicações associadas ao diabetes e um número importante de complicações agudas e crônicas o que nos leva a supor que o sucesso do tratamento está associado a outros fatores, e não apenas ao oferecimento de consultas médicas e medicamentos.

O Ministério vem investindo uma grande soma de recursos no tratamento das patologias. R\$ 260.000,00 para a capacitação de 2.000 médicos e enfermeiros da rede básica de saúde para o atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e R\$ 101.000.000,00 na compra de medicamentos para essas patologias.

No ano de 2003, no Dia Mundial do Diabetes, comemorado em 14 de novembro, foram distribuídos 100 mil cartazes e 250 mil cartilhas para as secretarias Estaduais, Municipais e Universidades.

Jacob Finkelmal representante da OPAS no Brasil afirma que: “*A prevenção evita custos para o serviço público de saúde, mas não se trata só de uma questão financeira e sim de cidadania e melhoras da qualidade de vida da população*”.³ –

³ Fonte - Site do Ministério da Saúde : [http:// www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

Portanto, isto demonstra a relevância da atividade educativa, quando ela tem como objetivo comprometer o paciente com a sua patologia, auxiliá-lo - na mudança dos seus hábitos de vida e contribuir para a melhora do seu quadro de saúde.

1.2- As Práticas de Promoção à Saúde e a Dinâmica de Grupos Educativos

A prática da Educação em Saúde pode se dar de diversas maneiras uma vez que qualquer atendimento em saúde envolve no mínimo a **interação** entre duas pessoas. Sendo assim, o desenvolvimento da prática profissional no atendimento à população sugere que a transmissão de conhecimento ao usuário acerca da sua patologia pode se dar nos seguintes momentos:

- Na consulta médica.
- Na consulta de enfermagem
- Nos grupos educativos oferecidos pela unidade de saúde

O uso das práticas grupo-educativas, além de executar seu papel de Educação em Saúde, surge como um instrumento de fortalecimento do vínculo do usuário com todo o sistema de atendimento. *“Se entendermos que a prática de grupo em Saúde Coletiva, pela sua importância no processo de trabalho em saúde, na contribuição na construção de um modo de atender que não seja centrado na doença, deva ultrapassar as ações objetivas, ou seja, processos em que o grupo passa a ser investigado. O grupo, neste sentido torna-se um dispositivo, pois tensiona, desloca, modifica o modo de cuidar”*.(SPAGNOL et al, 2004)

Existe um caráter inerente ao conjunto de práticas desenvolvidas num serviço de saúde que é o de estabelecer uma relação com a clientela. Seja esta uma relação de aprendizagem e troca ou autoritária, de submissão da clientela ao saber instituído e/ou mesmo a mesclagem de todas estas formas. Nesse sentido, os momentos de grupo podem ser muito mais do que uma simples transmissão de conhecimento, pois trazem a possibilidade de se criar processos de **auto-gestão**.

Além disso, nos processos grupais a inter-relação entre os participantes funcionaria como “o jogo dos espelhos”, ou seja, um paciente reconhece o seu problema no outro para se apropriar do conhecimento. *“Chego atualmente a acreditar que os únicos conhecimentos capazes de influenciar o comportamento de um indivíduo são aqueles que ele próprio descobre e dos quais se apropria”*. (ROGERS apud LAPASSADE, 1989).

Embora seja consensual a consideração da importância das atividades educativas no tratamento do Diabetes, tanto pela necessidade de implementação das mesmas no cotidiano das equipes de saúde, quanto por normatizações legislativas acerca do tema, não foram encontradas referências sobre a participação das esferas federal e estadual na capacitação técnica das equipes municipais para a condução das atividades educativas.

As secretarias Estaduais e Municipais de saúde têm toda a liberdade de montar o seu plano de Educação em Saúde para os usuários e decidir quais os profissionais o executarão, qual nível de informação elas devem ter, com quais técnicas de Educação em Saúde deverão trabalhar e qual treinamento deverão ter os profissionais envolvidos neste processo para alcançar os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde que é o de “mudar o estilo de vida das pessoas”. Paralelamente a essa liberdade de ações está a falta de padrões norteadores.

Assim, para a equipe que conduz a atividade educativa, faltam sustentações teóricas no incremento dessas atividades. De quais elementos essa equipe poderia se apropriar para tornar estas atividades mais efetivas e mais atrativas aos usuários?

SPAGNOL et al, 2004, analisaram publicações acerca do tema no período de 1992 a 2002 LILACS e encontraram apenas 17 trabalhos, sendo a maioria publicada em 1999 e concentrada na área de saúde mental. Os autores, concluem que *“a produção é pouca e ainda falta muito a discutir, escrever e publicar sobre grupos, na área da saúde”*.

Num dos poucos trabalhos produzidos pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, GRANADA analisa que as atividades grupo-educativas apresentam um bom resultado na manutenção das condições de vida da população, sugerindo um papel estratégico deste tipo de atividade na busca da Promoção da Saúde e na consolidação do SUS. (GRANADA, 2004).

Portanto, me parece ser bastante relevante um estudo que busque aprofundar um tema tão pouco estudado, visando fornecer elementos norteadores para a condução das atividades educativas, favorecendo assim a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

1.3- A Enfermagem e as Práticas Grupo-Educativas

Segundo indicações do Ministério da Saúde **todos** os pacientes cadastrados no *Hiperdia* e que passam por consulta médica deveriam participar das atividades educativas.

Na rotina colocada pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista fica a cargo da Enfermagem montar, organizar e conduzir os grupos educativos para diabéticos.

Em Campinas, por exemplo, já existe uma enfermeira por área de atenção, ou seja, área do adulto, da mulher e da criança, mas em nosso município ainda há apenas uma enfermeira por unidade básica, fazendo com que essa enfermeira acabe assumindo todas as áreas e as inúmeras tarefas provenientes delas.

Os relatos são sempre negativistas e referem que por mais que se faça, por mais que se incremente a atividade, não se consegue participação dos usuários. Numa das unidades escolhidas para a pesquisa, a equipe compra de lanches e brindes para sorteio com o próprio dinheiro e mesmo assim, a frequência a essas atividades é pequena.

A grande motivação para a realização deste trabalho surgiu a partir da fala recorrente das enfermeiras das Unidades de saúde em que trabalhei sobre a adesão dos usuários às atividades grupo educativo oferecidas pela equipe de enfermagem.

Não é objetivo desta dissertação, avaliar se as atividades grupo-educativas oferecidas atingem os seus objetivos e nem de que maneira elas são conduzidas. O foco da investigação é o de entender por que o usuário que é convidado a participar da atividade educativa, que é parte do seu tratamento, comparece às demais atividades e se ausenta desta e também qual a leitura que a equipe de enfermagem, responsável pela condução destas atividades, faz dessa não adesão.

Um estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais no município de Juiz de Fora - MG observou que: *“A ação educativa realizada pelas enfermeiras se estabelece concebendo o processo saúde doença restrito ao corpo anátomo-biológico, limitando a força e o grande potencial deste papel. Percebe-se, pelos dados das observações e das falas das entrevistadas, que a ação educativa poderia ser um instrumento transformador da realidade de saúde, desde que o processo saúde-doença fosse compreendido de forma mais ampla, isto é, incluindo-se a questão social para que os indivíduos examinassem socialmente suas vidas com o objetivo de perceber condições adversas de saúde, identificando os reais problemas de saúde de suas comunidades”*. (FRIEDRICH, 2002 p:775).

A ruptura com o modelo curativo é processual, não ocorre de uma hora para outra e também não depende somente da enfermagem. Verifica-se um acúmulo de fazeres da enfermagem e, em especial, da enfermeira que indica mudança na qualidade do cuidado, todavia não configurando um novo modelo. *“A superação do fazer centrado nas ações complementares do ato médico e de outros profissionais para uma ação terapêutica e propedêutica específica da enfermagem e de controle de risco está em processo”*. (FRIEDRICH, 2002 p:778).

2- PROBLEMATIZAÇÃO

Para iniciar, conto resumidamente o caso da Sra Tomasetti que foi utilizado por muitos anos pelo Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes na disciplina de Ciências Sociais Aplicadas a Medicina do Curso de Medicina da UNICAMP, conforme informa o referido professor em artigo recente.

*“A Sra Tomasetti, 55 anos, imigrante do sul da Itália foi admitida numa emergência hospitalar dos Estados Unidos com um quadro de deficiência cardíaca congestiva associada ao diabetes mellitus. Há tempos vinha se tratando na clínica. Tolera bem a insulina que necessita é fiel à medicação, porém não controla a ingestão de carboidratos, gorduras e açúcares – que devem ser ingeridos com parcimônia e justifica seu comportamento dizendo: **“sei que o Sr me disse para não ingerir esses alimentos, mas havia gente em casa, velhos amigos e bem, pensei, seria apenas uma vez”** E sempre que voltava a clínica a Sra Tomasetti parecia aceitar as recomendações e concordava em cooperar, porém não acatava as ordens médicas.”*

*O artigo prossegue e demonstra que após uma intervenção multidisciplinar e junto à família, com aumento do **vínculo** da paciente com a equipe que a atendia ela vinha mantendo bem a medicação e a dieta e reduzindo suas visitas a clínica. Porém a Sra Tomasetti não renunciou a sua posição de “matrona” na família e a decisão acordada pela família e a equipe médica é que a paciente não estivesse sozinha nas responsabilidades da cozinha, mas que também não se ausentasse delas. (BLOOM apud NUNES, E.D. 2003). (Grifos da autora)*

Além disso, o diabetes envolve algo de extrema importância para o ser humano, a alimentação. Para HELMAN, 2003 *“devido ao papel central dos alimentos na vida cotidiana, especialmente nas relações sociais, as crenças e as práticas relacionadas à dieta são notoriamente difíceis de serem mudadas”*.(p: 52)

O autor introduz o conceito de *alimentos sociais*, ou seja, aqueles consumidos na presença de outras pessoas e que tem um valor simbólico além de nutritivo, para todos os envolvidos. Mais do que uma necessidade fisiológica a alimentação age em algumas sociedades como agregador familiar e social. As pessoas reúnem-se em volta da mesa nos momentos de confraternização.

Culturalmente, a maioria das famílias se reúne e faz da refeição um prazer. Quitutes, bolos recheados e cobertos com várias camadas de glacê e receitas passadas através de gerações são preparados e degustados por todos e é essa estrutura social e familiar que a restrição alimentar que o diabetes exige, ira alterar.

Mudar hábitos na vida de alguém é uma atividade bastante complexa, pois a ação que se aplica a esse cliente não deverá durar apenas uma hora ou o tempo de permanência dele na unidade de saúde, exige uma atividade continua e de caráter duradouro. Portanto o papel das atividades educativas é agir como facilitador deste processo.

Em minha prática profissional tenho visto que o tratamento dispensado aos pacientes crônicos não contempla a realidade social na qual o paciente se insere. O modelo de atendimento mais comum vivenciado nas Unidades Básicas de Saúde privilegia o enfoque da patologia e não do usuário como um todo, quebrando o principio de *Integralidade* proposta pelo SUS, revelando um distanciamento dos profissionais com a unidade de saúde e impedindo o vinculo deste com o serviço como um todo.

É através do uso das práticas grupo-educativas, que além de desempenhar seu papel na Educação em Saúde, agem como instrumento de fortalecimento do vinculo do usuário com todo o sistema de atendimento público, que iremos tirar da unidade de saúde o rótulo de local de doença para local de saúde favorecendo a quebra do modelo médico-centrado baseado na queixa conduta ainda hegemônico hoje em dia.

As práticas grupo-educativas, quando adequadamente constituídas, possibilitam um momento rico de entrosamento do usuário com a unidade de saúde diferente daquele da dor, da queixa ou da apreensão comum durante a consulta médica. Esse momento deve ser conduzido com carinho, com cuidado e com técnica, e não o de realizar o “atendimento a varejo” com a única finalidade de diminuir a demanda dos usuários ou o tempo da consulta.

Existe uma fragmentação no atendimento ao usuário, ele passa pelo médico, depois pela auxiliar de enfermagem e em outro momento pela enfermeira ficando submetido a um excesso de informações que dificulta a absorção de qualquer conhecimento.

As consultas médicas são cada vez mais curtas e centradas apenas na adequação da dose de medicamentos deixando para a enfermagem todas as demais atividades tanto educativas como até mesmo o exame físico do paciente e a verificação de sinais vitais. É como se ele recebesse de cada membro da equipe uma parte da informação que unidas formam o atendimento integral, mas nem sempre as informações são complementares ou discutidas e nem sempre há uma uniformidade nesses dizeres.

A condução das atividades grupo-educativas é quase sempre realizada por enfermeiros. Pode-se dizer que a enfermagem se apropriou desse trabalho e atua na condução de vários grupos: de diabéticos, de hipertensos, de gestantes, de puericultura, entre outros, porém nem sempre a formação recebida por esse profissional o prepara para exercer essa função.

Em São João da Boa Vista, local onde foi realizada esta investigação, o “Manual do Programa de Educação e Controle do Diabetes Mellitus do Departamento Municipal de Saúde” estabelece diretrizes para o atendimento nas Unidades de saúde contemplando ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis “através da adoção da prática educativa em grupo como estratégia para Educação em Saúde”, e estabelece que as atividades grupo educativas sejam conduzidas por auxiliares de enfermagem e por enfermeiros.

Segundo o Manual o papel do **Enfermeiro** é:

1. Informar ao paciente o que é Diabetes.
2. Informar qual a alimentação adequada.
3. Informar quais as complicações agudas e crônicas da doença.
4. Orientar o auto controle domiciliar.
5. Orientar a auto aplicação de insulina.
6. Orientar quanto aos cuidados de higiene corporal.
7. Reforçar a importância da atividade física.
8. Encaminhar aos trabalhos de grupo.

Ao **Auxiliar de Enfermagem** cabe:

1. Orientar o preparo para os exames laboratoriais.
2. Verificar pressão arterial do paciente em decúbito vertical e horizontal.
3. Verificar peso e altura.
4. Verificar circunferência abdominal.
5. Verificar circunferência da tireóide.
6. Reforçar as orientações do enfermeiro.
7. Preencher os impressos do atendimento de enfermagem.
8. Agendar a próxima consulta.
9. Convocar os faltosos

O Cronograma de Atendimento para Pacientes Diabéticos (Anexos III e IV) referenda a inserção da enfermagem neste processo uma vez que institui o atendimento de enfermagem e a consulta de enfermagem periodicamente e intercalada com a consulta médica.

Também em São João da Boa Vista, dados de produção das três Unidades de saúde escolhidas para a pesquisa junto a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista no período de 01/10/2002 a 31/12/2003 (ANEXO I) mostram que a adesão dos usuários às práticas grupo-educativas oferecidas pelas unidades é baixa quando comparadas às demais atividades oferecidas pelo programa.

Uma das conseqüências dessa baixa aderência dos usuários às atividades grupo-educativas, segundo as tabelas de produção do ANEXO I, é que a maioria faz uso apenas de hipoglicemiante oral, prática recomendada como secundária pelo Ministério da Saúde e apenas uma pequena porcentagem usa as atividades educativas como tratamento exclusivo.

Outra consequência é o número de complicações agudas, que indica a existência de uma alimentação inadequada, já que a maioria das complicações revelou hiperglicemia.

Uma vez que o objetivo das atividades grupo-educativas é a de propiciar mudanças nos hábitos de vida, elas têm função de grande relevância na mudança dos quadros de medicalização e complicações decorrentes da doença.

Mas se as atividades educativas são tão importantes para o tratamento adequado da doença, se estão instituídas pela prática profissional e referendadas tanto pela legislação quanto pelos protocolos das unidades, por que a adesão dos usuários a estas atividades é tão baixa quando comparada à procura por consultas médicas?

Embora seja consensual a importância das atividades educativas no tratamento do diabetes o incentivo financeiro não condiz com a sua importância, pois, o procedimento de grupo educativo consta da Tabela Descritiva SIA/SUS sob código 0702101-01- “atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde com clientela oriunda de clínicas especializadas ,em grupo, com um mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos desenvolvidas na comunidade” e o valor pago pelo procedimento é de apenas R\$ 2,80.

Independente do incentivo ou da normatização a condução de qualquer atividade exige um preparo técnico e pessoal. No caso das atividades educativas o preparo técnico que se espera é que o responsável pela sua condução conheça o assunto que vai abordar, estructure o conteúdo de forma clara e coerente, tenha subsídio para esclarecer as dúvidas que por ventura ocorram e que assegure o momentos de troca de informações durante a reunião. A intenção final é a de apoiar o cliente na mudança de seus hábitos de vida visando melhor controle da sua patologia. *“Na realidade, todo trabalho de grupo almeja o desenvolvimento da autonomia das pessoas, no sentido de que possam ser, cada vez mais, os próprios cuidadores da sua saúde, contando é claro com o apoio dos profissionais”* (L’ABBATE, 2004 p: 08).

Mas para isso é necessário que o profissional coordenador esteja implicado com a sua atividade. No seu estudo sobre grupos educativos, já referido, GRANADA relata que essas atividades podem ser produtivas se existe envolvimento da equipe na realização das

tarefas. “*O sucesso das atividades educativas parece estar intimamente ligado à implicação pessoal dos trabalhadores envolvidos nestas ações*” (GRANADA, 2004 p.229)

O compromisso do profissional com a atividade desenvolvida, a sua vinculação com a comunidade onde usuário se insere, com os problemas, limitações e características próprias, somadas à sua formação profissional e à sua afinidade com esse tipo de trabalho comporiam o cenário ideal para uma condução de atividade grupo educativa que seja atraente e conseqüentemente possa criar vínculos de maneira efetiva. “*A implicação, ou seja, nosso envolvimento em suas dimensões afetivas, existenciais e profissionais, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada por nós, quando estivermos realizando um trabalho educativo*”. (L’ABBATE, 2004 p: 08).

A mudança dos hábitos de vida do cliente depende exclusivamente dele, as atividades educativas são apenas os fios condutores deste processo. Para isso elas devem ser realizadas de forma a permitir que o usuário participe delas com freqüência suficiente para que alguma mudança nos seus hábitos de vida, de fato, ocorra.

Mais que um fim, a atividade grupo educativa é um meio de se obter e manter uma situação de saúde desejada. Por isso ela diverge do atendimento imediato e de queixa-conduta.

*Sempre que se trabalha em grupo é necessário perceber que o próprio grupo é um **dispositivo** atravessado por instituições que são, na verdade, os diferentes tipos de vínculo dos participantes. Ainda que estejam claros os objetivos voltados para o controle de alguma doença, incômodo, ou o aprendizado de uma técnica, ao se constituir como grupo, haverá muitas outras “transversalidades” em jogo, e quanto mais o educador tiver consciência disso, e puder comentar com os participantes, mais efetivo será seu trabalho.* (SPAGNOL et al., 2004)

Quando a enfermeira se apropria do papel de educadora em saúde ela incentiva a auto-gestão social do grupo educativo com o qual estabelece uma relação de vínculo e então muda o seu perfil profissional de assistencial para educativo e faz assim um movimento instituinte.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivos Gerais

A dissertação analisa a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos de três unidades básicas de saúde no município de São João da Boa Vista aos trabalhos grupo-educativos oferecidos e o impacto da não adesão no processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Assim, foi possível identificar os motivos que levam o usuário a não frequentar essas atividades e quais as conseqüências disso na condução dos trabalhos educativos elaborados pelas equipes.

3.2- Objetivos Específicos

1. Caracterizar a prática das atividades de grupo educativo nas unidades pesquisadas como ferramenta de Educação em Saúde.
2. Analisar a percepção sobre a aderência do usuário e o impacto disto no processo de trabalho da equipe de saúde.
3. Identificar a percepção do usuário sobre o tratamento da doença.
4. Identificar os motivos da adesão e da não adesão às atividades oferecidas alegados pelos usuários.
5. Identificar o significado da doença para o usuário.

4- O CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

Cidade dos Crepúsculos Maravilhosos, essa é a nossa bela São João Boa Vista, fundada em 24 de junho de 1824, por Antônio Machado de Oliveira e os cunhados Inácio Cândido e Francisco Cândido, vindos de Itajubá, cidade de Minas Gerais, chegando à região às vésperas do dia em que se comemorava o culto a São João Batista, o que deu origem ao nome da cidade. Contudo, em fato da cidade ter sido iniciada nos terrenos da Fazenda Boa Vista, de propriedade do Padre João Ramalho, recebeu assim o complemento “da Boa Vista.” Antônio Machado, um dos fundadores, doou um terreno para a futura povoação do Local, dando origem à atual São João da Boa Vista.



O município está localizado na região polarizada por Campinas.

Ocupa a posição leste, dentro do Estado de São Paulo, não longe da divisa do Estado de Minas Gerais.

As terras do município estão na região cristalina da Serra da Mantiqueira (Região geomorfológica de Lindóia e Serra Negra) e próximas à linha de contato com a região sedimentar (Depressão Periférica), que estão a oeste do município, em direção a Aguaí.

As colinas da parte urbana possuem altitudes de 730 metros, em média. Este sítio urbano, acidentado, explica a irregular malha urbana de São João da Boa Vista: algumas ruas, em ladeiras, não retilíneas, sem saídas ou praças parcialmente fechadas Fonte www.saojoao.gov.br

4.1- Uma Breve História da Saúde em São João da Boa Vista em Anos Recentes

No início da década de 80 São João contava apenas com uma unidade de Centro de Saúde – O Centro de Saúde 1 - administrado pela Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, dois Postos de Pronto Atendimento (PPAs) um localizado na vila Conrado e outro no Bairro do Rosário, e um Programa Integrado de Saúde para crianças de 0 a 3 anos , o PAME, que funcionava nas creches dos Bairros D.E.R e Santo Antonio, administrados pela Secretaria Municipal de Saúde. As unidades de Pronto Atendimento realizavam atendimento imediato à população, ações preventivas, vacinação de rotina e seguimento da gestação. A unidade de pronto atendimento do Rosário contava ainda com um laboratório de análises clínicas e uma unidade odontológica.

Em 1988 aumenta significativamente o número de Unidades de Saúde Municipais e são incorporadas outras Unidades Estaduais ao Município. Foram criadas cinco novas Unidades de Saúde Municipais e as demais foram municipalizadas ou mudaram seu modelo de atenção, passando de Pronto Atendimento para Unidades Integradas de Saúde.

Naquele ano foram inauguradas seis Unidades de saúde, sendo três no perímetro urbano e três na zona rural: UIS Dr Paulo Emilio de Oliveira Azevedo ou Unidade do Jardim São Paulo, UIS Dr Raul de Oliveira Andrade, ou Unidade do Durval Nicolau e UIS Dr. Geraldo Pradela, UIS Dr. Armando Gonçalves dos Santos, ou Unidade do Bairro Alegre, UIS Dr. Paulo Roberto Sorci, ou Unidade do Pedregulho e a Unidade do Gerivá, esta fechada no início da década de 90. Além disso, o Centro de Saúde I foi municipalizado e as UIS Dr Delvo de Oliveira Westim e Dr Acidino de Andrade, Unidades do Rosário e Vila Conrado respectivamente, passam a ser Unidades Integradas de Saúde contando com uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e clinico geral, ginecologista e pediatra. Finalmente em 1989 foi inaugurado o Pronto Socorro Municipal e em 2001 foram criadas as unidades de Programa de saúde da Família

Portanto atualmente o município possui 14 Unidades Básicas de e saúde credenciadas ao SUS, sendo um Pronto Socorro, três Unidades de PSF e oito unidades básicas de saúde, uma unidade odontológica e 1 ambulatório de saúde do trabalhador.

São Eles:

Pronto Socorro Municipal Dr Oscar Pirajá Martins

PSF da Vila Valentim

PSF Jardim dos Ypês

PSF Maria Gabriela Junqueira Valim (Recanto do Jaguari)

UIS Dr. Acidino de Andrade (Vila Conrado)

UIS Dr. Aléxis Hakim (DER)

UIS Dr. Amado Gonçalves dos Santos (Bairro Alegre)

UIS Dr. Delvo de Oliveira Westim (Rosário)

UIS Dr. Geraldo Pradela (Sto Antonio)

UIS Dr. Paulo Emilio de Oliveira Azevedo (Jardim São Paulo)

UIS Dr. Paulo Roberto Sorci (Pedregulho)

UIS Dr. Raul de Oliveira Andrade (Durval Nicolau)

Unidade de Assistência Odontológica Palmyro Farrante

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Para esse estudo foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de PSF do Município de São João da Boa Vista -SP.

A escolha das unidades para a pesquisa levou em conta o seu cadastramento no Hiperdia e conseqüentemente o envio de dados sobre atividades grupo-educativas para a Unidade de Avaliação e Controle do Município (UAC), o quadro de recursos humanos completo e área física adequada à realização das atividades.

Além disso, foram consideradas as localizações geográficas, sendo que as Unidades Básicas estão localizadas em dois extremos do Município e leva em conta a grande área de abrangência das unidades e as características sociais da população (ANEXO XI).

4.2- As Unidades Estudadas

4.2.1- A Unidade do Jardim São Paulo

Inaugurada em 1988, esta unidade está situada na região sul do município e tem em sua área de cobertura 19 bairros, compostos na sua maioria por uma população jovem, de baixa renda e quase toda SUS - dependente. É o movimento de migração de mão de obra de baixa renda e o êxodo rural que faz a região crescer bastante em meados da década de 80. Hoje a região é uma das mais populosas da cidade e sem sombra de dúvidas a que mais cresce em serviços e habitação.

Entre 2003 e 2004 foram criadas mais duas unidades de PSF na região para tentar sanar o inchaço da Unidade de Saúde Paulo Emilio de Oliveira Azevedo, ou o “Postinho do Jardim São Paulo” como é conhecido. Embora a Unidade seja cadastrada no Hiperdia e conste nas tabelas de produção da UAC a realização de grupos, a unidade atualmente não vem realiza atividades grupo-educativas. Segundo nos informa a enfermeira da Unidade, a falta de funcionários e a falta de treinamento para os novos funcionários, que estão sendo contratados recentemente para suprir o quadro de recursos humanos, levaram-na a interromper as atividades educativas na unidade.

A Unidade é coordenada por uma enfermeira, desde 1989. Formada pela PUC-Campinas em 1988 teve a sua formação voltada exclusivamente para área hospitalar e nunca imaginou trabalhar na área da Saúde Pública, segundo o relatado por ela em entrevista.

A enfermeira da unidade exerceu durante os anos de 1992 a 1996 o cargo de assessora do então Diretor Municipal de Saúde e após a saída do diretor do cargo, voltou para assistência.

A unidade implantou com grande dedicação e sucesso o grupo para gestantes. Por iniciativa própria a enfermeira se capacitou, fez cursos, implantou o grupo de gestantes na unidade e organizou visitas programadas das gestantes à maternidade credenciada junto ao SUS, no município. Porém para implantação do Programa de Educação Para Diabetes e Hipertensão do Município os grupos para gestantes foram interrompidos para que os grupos para diabetes fossem montados.

4.2.2- A Unidade do Jardim Durval Nicolau

O Bairro Jardim Durval Nicolau nasce a partir de um conjunto habitacional de casas populares construído pelos governos Municipal e Estadual no final da década de 80. As casas populares foram construídas e entregues à população e a partir daí o bairro precisava de infraestrutura, uma vez que era bem distante da região central. Assim, em 1988 foi inaugurada a Unidade de Saúde Dr Raul de Oliveira Andrade ou Unidade de Saúde do Jardim Durval Nicolau, como ficou conhecida, que atendia inicialmente dois bairros, O Jardim Durval Nicolau e a Vila Nossa Senhora de Fátima. Hoje, com o crescimento dessa área urbana a unidade de saúde atende nove bairros e parte da Zona Rural.

A unidade é coordenada por uma enfermeira que está à frente da condução dos trabalhos de grupo desde 2001. Formada em 1984 pela EFOA – em Alfenas, M.G, teve uma formação fortemente voltada para as questões de Educação em Saúde, tanto pelas características da escola, quanto pela dificuldade de se conseguir campo de estágio hospitalar.

Essa Unidade é a primeira do município a ter os grupos educativos consolidados. Antes mesmo da regulamentação do Plano de Reorganização e Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus os grupos já aconteciam regularmente e tanto a equipe de saúde local, quanto os pacientes da área de cobertura, já conheciam essa prática e estavam acostumados com ela.

Pela normatização do Departamento Municipal de Saúde a equipe deveria conduzir atividades educativas destinadas a hipertensos e diabéticos semanalmente, porém devido a falta de funcionários, a unidade segue uma sistematização própria de reuniões mensais.

Segundo a coordenadora da unidade não há supervisão direta dessas atividades nem treinamento de rotina. O único treinamento realizado foi o da secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e não aborda a questão da condução das atividades e sim a utilização de certos recursos para atrair os usuários a participar desses grupos, tais como brindes e lanches custeados pelos próprios funcionários.

4.2.3- A Unidade da Vila Valentim

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder "a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas".
(FRANCO E MEHRY <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>)

Unidade de PSF da Vila Valentim, a primeira deste tipo de atenção no Município, foi inaugurada em 2001. Antes da sua criação, a população era atendida na Unidade Integrada de Saúde Dr. Raul de Oliveira Andrade ou “Postinho do Rosário” que atendia as populações da Vila Valentim, bairro de classe média e de mais cinco bairros; Pratinha, Rosário, Jardim Vale do Sol, Recanto dos Pássaros e Vila 1º de maio. Porém, logo após a inauguração da unidade de PSF o “Postinho do Rosário” foi fechado por problemas na sua edificação e toda a população do bairro passou a pertencer à área de cobertura do Centro de Saúde Monsenhor Ramalho, distante dali aproximadamente quatro quilômetros, no bairro mesmo ficou só a unidade de PSF.

Esta unidade de PSF foi criada obedecendo aos critérios de equipe mínima do Ministério da Saúde e começou a funcionar com um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde para uma população de 1000 famílias circunscritas ao redor. Hoje a unidade já possui um ginecologista, um pediatra e uma equipe odontológica, porém o número de famílias atendidas continua o mesmo, o que vem causando reclamações e protestos dos moradores dos bairros vizinhos. É uma unidade nova, bonita, grande, salas arejadas muito melhor que as instalações do “Postinho do Rosário”, mas como respeita a área de abrangência de 1000 famílias, moradores de áreas mais distantes e até mais carentes passam diante da porta para serem atendidos no Centro de Saúde Monsenhor Ramalho.

O modo de contratação do quadro de recursos humanos deste PSF é diferente das demais unidades do município, pois os funcionários são contratados por uma ONG, no caso a ASPA, Associação Sanjoanense de Proteção a Aids, em regime de CLT. A ONG assume os honorários e encargos trabalhistas referentes aos funcionários e o Departamento de Saúde repassa a verba do Ministério da Saúde mensalmente a esta ONG. Ou seja, os funcionários não integram o quadro de funcionários da prefeitura não tendo nem o mesmo regime de trabalho, nem os mesmos deveres, nem os mesmos benefícios e nem o mesmo salário dos demais funcionários da rede pública municipal. Porém é o Departamento Municipal de Saúde quem define as tarefas e produtividade que a unidade deverá ter.

A Unidade de PSF de São João da Boa Vista já nasce como um elemento diferente, ela acolhe de maneira diferente das demais, remunera diferentemente das demais e, portanto quer agir diferentemente das demais, mas nem sempre consegue superar esse último desafio.

Mesmo pertencendo a um modelo de atenção diferente a unidade deve seguir o que foi planejado pelo Departamento Municipal de Saúde e dentre as atividades previstas está o Plano de Reorganização e Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que institui o cadastro Hiperdia, entre outros.

A Unidade é coordenada por uma enfermeira. Formada pela Unicamp em 1998 teve a formação contemplada pelo novo currículo que preconizava a realização de várias ações de Saúde Pública, porém, segundo a enfermeira, porém sua formação ainda foi voltada para a assistência hospitalar.

Durante a entrevista realizada na unidade a enfermeira coloca as dificuldades de conscientizar a população de que o que se propõe ali é um modelo de atenção diferente, que tenta romper o modelo médico centrado e que tenta romper com a grande demanda de porta de entrada existente nas unidades básicas de saúde convencionais.

O que acontece, segundo o relato da enfermeira é que há um equívoco na concepção de PSF tanto por parte da população quanto por parte do Departamento de Saúde, que cobra uma produtividade de Unidade básica de uma unidade de PSF.

Mas, apesar da falta de coordenação e de infra-estrutura de recursos humanos, o programa de diabéticos e hipertensos do município tem determinado reuniões de grupo semanais e essa periodicidade, segundo a enfermeira, se torna inviável. A estratégia usada então é fazer reuniões mensalmente.

5- REFERENCIAL TEÓRICO

5.1- O SUS e o Princípio da Integralidade

Como pressupostos gerais, introduzo alguns conceitos do SUS e do Princípio de Integralidade da Assistência.

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. E está definido como "*o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde*".

Dentre os artigos da legislação destacamos aos seguintes:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS:

- I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*
- II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;*
- III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de **promoção, proteção e recuperação** da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.*

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

*I- **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*

*II- **integralidade** de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*

*III- **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*

*IV- **igualdade da assistência** à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*

Dentre os princípios dos SUS, é altamente relevante para entendermos a ação das práticas educativas na Promoção da Saúde o princípio da integralidade que se discute na seqüência:

Integralidade:

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer.

Ou seja, as ações de promoção (que envolvem ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), com ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).

Tais ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade devem formar um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

5.2- Promoção à Saúde e Educação em Saúde

A Carta de Ottawa (Canadá, 1986) conceitua a Promoção da Saúde "*como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*". Ela define cinco pontos básicos de ações interdependentes para a consecução dos seus objetivos: 1) desenvolvimento de políticas saudáveis organizadas pelo setor público; 2) reforço à ação comunitária; 3) desenvolvimento de habilidades pessoais; 4) preocupação com o meio ambiente; 5) reorientação dos serviços de saúde. "*Estes pontos têm uma dimensão social transformadora e questionadora, que se apóia no desenvolvimento individual e coletivo, na solidariedade e ajuda mútua, destacando a participação e o controle social como fundamentais para implementar e consolidar ações em Promoção a Saúde*" (MELLO, et al.1998 p:590)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, também realizada em 1986, produziu premissas e ações que seriam incorporadas à Constituição de 1988, e, por conseqüência, à elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Movimento de Reforma Sanitária e aos programas de saúde dos governos subseqüentes.

A Promoção da Saúde tornou-se uma vertente de atuação que o incentivo a hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva e a inter-relação saudável das pessoas com seus ambientes pessoais, quer domiciliar, de trabalho e de lazer. Para a concretização desses objetivos, no entanto, a essência das ações de Promoção da Saúde, deve ser a garantia irrestrita de acesso à saúde, em todos os níveis.

Dentre os conceitos criados pela promoção a saúde está o de empoderamento da população sobre a sua condição de saúde, o "*Empowerment*" definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas (LABONTE,1987 apud MELLO 1998)

CARVALHO, 2000 refere “a existência de duas abordagens principais do empowerment: o enfoque psicológico e o enfoque comunitário. Na diferenciação dessas variantes encontram-se múltiplas dimensões da categoria ”poder”, em que convivem dimensões criativas e instituintes da ação política e dimensões que reforçam o controle e a regulação do social: o poder que é opressão e, ao mesmo tempo, produção e potência libertadora” (p: 20).

A Educação em Saúde é, então uma importante ferramenta de “empoderamento” da população, uma vez que atribui a ela os cuidados com a sua saúde através do oferecimento de subsídios e recursos teóricos e científicos para isso.

As Diretrizes da Educação para a Saúde definem Educação em saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”. (CARVALHO, 2000 p: 13)

5.3 - A Análise Institucional e seus Conceitos

O referencial da Análise Institucional é, sem dúvida o que ofereceu ferramentas mais potentes para a análise da reflexão realizada nesta dissertação, a partir do conjunto das informações coletadas, e, sobretudo, dos depoimentos dos sujeitos entrevistados. Por isso, introduzo, a seguir, uma síntese de alguns de seus conceitos.

Um grupo ou uma organização social é sempre determinado por instituições, pois existe uma relação de interdependência entre os conceitos de grupo de organização e de instituição. A experiência imediata da vida social situa-se sempre em grupo: a família, a classe, os amigos. O grupo é aprisionado num sistema institucional. Nesse nível distancia-se a possibilidade de ação direta sobre as decisões. “Quando surge uma crise na família ou no grupo em que você vive, no prédio, no bairro, ou cidade onde mora, no local em que trabalha ou ao qual vai para se divertir ou fazer esporte, onde pratica atividades religiosas ou políticas, no estabelecimento em que é professor ou aluno, na associação da qual é membro etc., pode-se dizer que estão reunidas às condições para uma análise institucional” (LOURAU, 1993, p: 178)

Operar com material da Análise Institucional, segundo LAPASSADE, requer do pesquisador uma postura bastante diversa da usual, uma vez que no desenvolvimento do corpo teórico referencial da Análise Institucional, ocorrem três reversões epistemológicas: a do instituinte contra o instituído, ou seja, interessa mais o que está em mudança, o que está em conflito do que o estabelecido; a consideração de que é o analisador que faz a análise e a terceira reversão, que é a da implicação contra a neutralidade. (LAPASSADE, apud L'ABBATE, 2005)

A Análise Institucional é herdeira do projeto político e analítico voltado para a descoberta da instituição na prática cotidiana. Ela nasce de uma crítica aos métodos do grupo centrados no grupo. *“O grupo pode [...] recolocar o problema das instituições (e das normas) sociais que estão em jogo em todo o grupo, seja do exterior ou do próprio interior do grupo”* (BAULÉO apud LOURAU 2004, p: 185).

A Análise Institucional engloba, de um lado, um método de conhecimento indutivo e de outro um modo de análise em situação. Não se pode tratar os problemas dos grupos sem tratar ao mesmo tempo dos problemas das organizações e das instituições. (LAPASSADE, 1989.)

LAPASSADE chama de Análise Institucional *“o método que visa revelar nos grupos esse nível oculto de sua vida e de seu funcionamento”*. Ainda, segundo o autor: *“a terapia de grupo praticada em coletividade hospitalar não tem efeitos decisivos desde que não se leve em consideração a dimensão institucional dessa coletividade. Para levá-la em consideração é preciso agir sobre a própria instituição – é preciso tratar a instituição”*. (LAPASSADE, 1989 p:14.)

Segundo HESS, para Lourau, a Análise Institucional *“é um método de intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições”* Uma das originalidades desse método está *“no fato de o analista não mais se situar no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandam a intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra”*. A Análise Institucional em situação é comumente chamada de socioanálise. (HESS, R. 2004 p: 23).

L'ABBATE, 2004 afirma que *“pode-se dizer que a Análise Institucional tem por finalidade compreender a realidade social a partir das ações e discursos de seus sujeitos. O método utilizado consiste num conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, transversalidade, analisador, encomenda/demandas e o de implicação”*. (p. 06)

Alguns desses conceitos, apresentados a seguir, foram utilizados para a análise e interpretação das falas dos sujeitos nas entrevistas, conforme o que será apresentado no capítulo sete.

- **O conceito de Instituição:**

*“Toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o **instituído**, estabelecido, considerado o momento da universalidade; o **instituinte**, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um ‘vir a ser’ em contínua transformação. Trata-se do terceiro momento, chamado de **institucionalização**”*.(L'ABBATE, 2004. p:07)

A atividade grupo-educativa se configura como um momento instituinte, quando se contrapõe ao modelo “medicocêntrico” e medicalizante, produzindo uma forma de atenção diferente daquela instituída e padronizada.

Podemos, à luz desse conceito, dizer que o tratamento convencional e centrado na medicalização seria o que está instituído. As práticas de Educação em Saúde, seriam o movimento instituinte. E por fim, as práticas de Educação em Saúde, baseadas no fornecimento de informações, sempre realizadas, de forma a respeitar os saberes da população, a institucionalização desta prática.

- **A Transversalidade**

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar dois impasses, o de uma pura verticalidade (relações hierárquicas como chefes, subchefes...) e o de uma simples horizontalidade (relações não estabelecidas no organograma), ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes níveis. É o próprio objeto em busca do sujeito. (GUATTARI, 1987 p: 101)

As relações são constantemente “atravessadas” por micro poderes, a partir das inserções sociais, políticas, ideológicas e institucionais dos profissionais e dos usuários, através dos diversos vínculos construídos no interior da sociedade.

Além disso, o conceito de transversalidade permite abordar a questão da autonomia através das noções de **grupo sujeito** e **grupo sujeitoado**. “*O primeiro seria aquele que se orienta a partir de uma heteronomia, ou seja, se submete a uma orientação que vem de fora; o segundo ao contrário se orienta por uma autonomia a partir de dentro. A intenção de toda análise é contribuir para a mudança de sujeitoado em sujeito.* (L’ABBATE, 2005, p:238), revelando assim, quais os poderes e envolvimento que permeiam as relações equipe/usuário no desenrolar das práticas educativas.

- **A Implicação.**

O conceito de implicação remete ao grau de envolvimento que o pesquisador/socioanalista tem com o fenômeno a ser investigado, contrapondo-se à idéia de neutralidade advinda do positivismo, que coloca o investigador à margem do contexto estudado, ou seja, distante do seu objeto e do cenário de observação. (LOURAU, 1993)

A implicação, isto é, nosso envolvimento, às vezes, até mesmo inconsciente, com tudo aquilo que fazemos, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada por nós, quando estivermos realizando um trabalho educativo. Isto por que, se estivermos “desimplicados”, ou seja, alienados em relação à atividade que estamos realizando, provavelmente, nada acontecerá. Ao contrário, implicados demais, querendo que “o programa ou atividade

educativa dê certo a qualquer custo”, seja por convencimento de ordem político-ideológica, seja por vantagens profissionais ou de prestígio, também estaremos fadados ao fracasso. (L’ABBATE, 2004 p: 08)

A implicação, em suas dimensões psicoafetiva, histórico-existencial e estrutural-profissional (BARBIER, 1985), subsidia e é fundamental para a compreensão do envolvimento da equipe de enfermagem na condução das atividades grupo-educativas.

- **O Analisador**

“De forma geral o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos”(L’ABBATE, 2004 p:81).

O conceito de “analisador” norteia as discussões acerca da adesão dos usuários às atividades grupo-educativas oferecidas, uma vez que a adesão revela os aspectos contraditórios do serviço de saúde. Portanto, a adesão e a não adesão surgem como analisadores, uma vez que revelam o funcionamento e as relações criadas na instituição. *“Tudo que é silencioso, não dito, parcimoniamente comunicado é simbolicamente enunciado pela estrutura do aparelho” (LOURAU, 1996 p: 283).*

A auto-gestão

A auto-gestão é também umas das regras da socioanálise (HESS e SAVOYE, 1993) e, neste sentido, os grupos deveriam ser criados **para** os usuários enquanto indivíduos inseridos numa sociedade e **com** o usuário, enquanto pessoa em cuidado, interessada no tratamento ou até na convivência a sua doença.

A verdadeira auto-gestão deveria por termo à separação entre os dirigentes e os que executam entre os que governam e os que são governados. Ela visa modificar atitudes e comportamentos. *“Se amanhã forem instaladas novas estruturas visando enfim permitir a participação de todos nas decisões, quer dizer, visando a auto gestão, de nada servirá se os*

homens já não tiverem aprendido a viver na nova sociedade e a construí-la permanentemente”(...) (SAID 1966 apud GUATTARI 1987 p100).

“Na realidade, todo trabalho de grupo almeja o desenvolvimento da autonomia das pessoas, no sentido de que possam ser, cada vez mais, os próprios cuidadores da sua saúde, contando é claro com o apoio dos profissionais. Nesse sentido, as noções de grupo objeto /grupo sujeito introduzidas por Félix Guattari, podem vir em auxílio do educador”. (L’ABBATE, 2004 p: 08).

5.4 - O Conceito de Grupo

Afinal, como definir grupo?

De acordo com o Novo Dicionário Aurélio grupo é definido como: 1-Conjunto de objetos que se vêem duma vez ou se abrangem no mesmo lance de olhos; 2-Reunião de coisas que formam um todo; 3-Reunião de pessoas; 4-Pequena associação ou reunião de pessoas ligadas para um fim comum.

Para Pichon Revière o grupo é concebido como: *“Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mutua representação interna, que se expõem implícita ou explicitamente numa tarefa que constitui sua finalidade”* (RIVIÈRE, P, 1971 apud BARROS 2001 p.80)

Para BARROS, 1994 *“o grupo, seria uma “resultante” de linhas vindas tanto do indivíduo quanto da sociedade, ou melhor, uma instância intermediária criada para responder às demandas “dos anseios individuais” e “da sociedade”.*(p:42)

As reuniões grupo-educativas, independente da maneira como sejam realizadas, configuram uma prática de ensino-aprendizagem. Essas práticas podem se dar de maneira verticalizada, onde quem detém o saber (e o poder) transmite a quem não tem, ou de maneira horizontalizada onde o condutor facilita as descobertas do grupo e aprende com ele também.

Segundo BARROS (2001), **aprender** é operar sobre determinadas práticas de modos diferentes do que se estava acostumado. *“Em todo processo de aprender não há apenas fatos a serem incorporados. As informações são fagocitadas, ingeridas, transformadas, produzindo-se, então, outras subjetividades, novas formas de estar no mundo”* (BARROS 2001, p 72). Segundo a mesma autora, **ensinar** é *“possibilitar a apreensão de diferentes modos de conhecimento e pensamento antes de dar informações sobre um tema”* ou ainda *“mostrar sabedoria sobre algo que considera importante transmitir”* (p 73).

Em geral reconhecem-se como as primeiras experiências de trabalho de grupo, as realizadas, em 1924, por Elton Mayo. Professor de filosofia australiano, Mayo inicia sua experiência com operárias da *Western Electric Company* visando “examinar certos problemas relacionados ao rendimento na produção” (LAPASSADE, 1987 p:47). Ao final de sua experiência, Mayo demonstrou que um dos fatores determinantes para o aumento do rendimento do trabalho foi o fato de reunir as operárias em o grupo. As operárias passaram a manter boas relações pessoais que facilitaram seu trabalho, independente da organização formal e oficial o que resultou em um produto final positivo. (LAPASSADE, 1989).

No final da década de 30, Moreno, um psiquiatra romeno que atribui conseqüências terapêuticas à mudança de papéis vivenciados pelos integrantes de um grupo, cria o Psicodrama. Moreno também aparece como “fundador da sociometria” (LAPASSADE, 1989, p51) quando constata que as adaptações acontecem mais facilmente quando as pessoas se agrupam de acordo com as suas escolhas. *“O teste sociométrico revela o sistema complexo de”redes informais” que constituem os fundamentos psicossociológicos reais de um grupo, ou de um sistema de grupos”* (LAPASSADE,1989, p52)

Em 1944 o psicólogo alemão Kurt Lewin cria o termo “dinâmica de grupo”.A elaboração dos métodos de formação proposta por Lewin, mostra uma nova orientação, na qual o técnico em dinâmica de grupo elabora o conhecimento a partir de uma prática social e de uma pesquisa-ação. (LAPASSADE, 1989)

Por outro lado, o psicoterapeuta norte-americano Carl Rogers introduz, em 1961, o conceito da não diretividade de acordo com a idéia de que *“os verdadeiros conhecimentos não estão no exterior para serem transmitidos, mas estão no interior de cada um de nós e em nossa experiência”*. O condutor da atividade ou o monitor de grupo aparece apenas como facilitador desse processo. *“O monitor “não -diretivo” é aquele que dá possibilidades ao grupo de auto-formação, de estruturar ele próprio as condições pedagógicas”* (LAPASSADE, G.1989 p:59)

Pratt, médico de um dispensário para tuberculosos na cidade de Boston, E.U.A, introduz o sistema chamado de classes coletivas, a fim de acelerar a recuperação dos enfermos. As sessões freqüentadas por 50 pacientes constituam-se de breves conferências da terapêutica sobre higiene e cuidados no tratamento, seguidas de perguntas e debates. À medida que os encontros se sucediam os mais interessados ou os que melhor obedeciam ao regime de vida sugerido, passavam a ocupar as primeiras filas da sala, aproximando-se do líder (que era o médico) Os bons resultados relatados por Pratt fizeram com que seu procedimento de trabalho de grupo fosse adotado como modelo em algumas ações de saúde pública. *“O mérito de Pratt foi de utilizar, de forma sistemática e deliberada, as emoções coletivas em busca de uma finalidade terapêutica (...) O método estimula a identificação do paciente com o médico”*. (GINGER, LANGER E RODRIGUÉ 1976 apud RODRIGUES 1999 p:130).

Atualmente, as reuniões de grupo estão estabelecidas, praticamente, em toda as camadas sociais. Várias instituições juntam pessoas com problemas semelhantes para tratá-los em grupo e devido à sua efetividade algumas associações destinadas a alcoolistas, pessoas com sobrepeso e compulsivos de toda ordem se tornaram bastante populares.

O fato da estrutura de grupo almejar uma “mudança de comportamento” dos indivíduos privilegia certos temas: coesão, participação e liderança, resistência à mudança. Porém são necessárias outras estratégias para se alcançar a mudança. Portanto, nem todo o agrupamento de pacientes em torno de um tema, poderá resultar numa atividade grupo-educativa.

Na linha lewiniana, o condutor da atividade grupal pertence à ação. Não cabe ao coordenador apenas a utilização de estratégia de conscientização para atingir o seu objetivo, que é a alteração de condutas. O coordenador deixa de ser um “agente de mudanças” porque deve se envolver diretamente na ação.

A coordenação dos grupos deverá ser baseada nos processos de comunicação e aprendizagem. O papel do coordenador será o de pontuar e interpretar dificuldades que impeçam o grupo de enfrentar a tarefa. O coordenador não está no grupo para responder questões, mas para ajudar o grupo a formular aquelas que permitam o enfrentamento das ansiedades básicas. (BARROS 2001)

O comportamento do coordenador de grupos como “palestrante”, apenas transmitindo conhecimentos sobre a patologia ou noções de higiene, alimentação e medicações “empobrece” a atividade, uma vez que não estimula a interação entre todos os membros do grupo nem provoca modificações no campo social. *“Só haveria grupalidade quando os indivíduos estivessem se relacionando no interior de uma estrutura, isto é, quando as circunstâncias estabelecessem um jogo de interdependência e interações, implicando um marco de referência para seus integrantes”*. (BARROS 1994 p: 53)

Segundo LOURAU os grupos são sempre influenciados pelas instituições onde ocorrem, *“os dispositivos (dos grupos) são marcadamente determinados pela instituição e determina o que a instituição deseja”* (LOURAU, 2004 p: 182) Não se pode, portanto ver os grupos isoladamente, eles são determinados pela instituição que os contêm, seus cenários políticos, sociais e culturais.

Diante disto, é possível constatar a complexidade que envolve um trabalho de coordenação de grupos educativos. Uma formação teórico-prática que contemple as teorias grupais, supervisões e treinamentos adequados para os coordenadores destas atividades poderiam fazer com que os conceitos de grupo fossem menos subjetivos e equivocados, diminuindo também cegueira em relação aos vários vínculos decorrentes dos processos de transversalidade.

5.5- O Processo de Adesão

Para que um tratamento de saúde seja bem sucedido são necessários uma soma de fatores, entre eles, a capacitação do profissional de saúde consultado, para que a conduta escolhida seja a mais correta, a disponibilidade dos medicamentos na rede básica de saúde, a capacitação da equipe de saúde envolvida com as medidas terapêuticas, entre outros, porém o ponto mais importante é a adesão do usuário ao tratamento proposto.

Porém a definição de adesão ao tratamento ou adesão a terapêutica é pouco encontrada, ou se refere a adesão a terapêutica medicamentosa como os textos de LEITE e VASCONCELOS 2003 e o estudo do Ministério da Saúde de NEMES, 2000 sobre a aderência ao tratamento por anti-retrovirais em Serviços públicos do Estado de São Paulo.

Não há consenso sobre o conceito de adesão, ele diverge entre vários autores. Em um estudo bibliográfico, Leite e Vasconcelos, 2003 afirmam que, “ *De forma geral, o conceito de adesão é compreendido como a utilização de medicamentos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total.* (LEITE e VASCONCELOS, 2003 p: 03) O estudo a inda afirma que a não adesão, em algum grau, é universal, porém constitui um ponto fundamental para o tratamento.

Segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa adesão significa: 1- Ato de aderir, aderência; 2-Assentimento; 3-Aprovação, concordância; 4-Manifestação de solidariedade; apoio.

Sendo assim, o paciente aderente a um determinado tipo de tratamento, *assente, aprova, apóia e concorda* com a conduta tomada pela equipe de saúde em relação à sua patologia.

Os termos em Inglês para aderência diferem entre *compliance* e *adherence*. O primeiro, com o significado de obediência, denotaria um papel passivo do cliente e o segundo seria utilizado para identificar uma atitude de livre escolha para adotar ou não certa recomendação. (LEITE E VASCONCELOS, 2003)

Esta dissertação questiona a adesão do usuário ao componente educativo do tratamento de diabetes e hipertensão em alguns serviços de saúde de São João da Boa Vista.

No cenário estudado, por mais que a produção de consultas médicas e de enfermagem tenha sido alta e o uso de medicações hipoglicemiantes e insulina também, a adesão às atividades grupo-educativas foi baixa. Conseqüentemente, houve no período estudado, internações hospitalares decorrentes de complicações associadas ao diabetes e um número importante de complicações agudas e crônicas, permitindo supor que a adesão às atividades educativas colaboraria com o sucesso do tratamento, uma vez que auxiliariam na mudança dos hábitos de vida.

A adesão parece estar diretamente ligada a alguns fatores, tais como a percepção da doença, a concepção de tratamento e o envolvimento do usuário com o médico e com a equipe de saúde. (LEITE e VASCONCELOS, 2003).

A forma como o paciente enfrenta a doença é um dos determinantes da adesão ao tratamento como um todo. O papel do paciente como sujeito ativo e que assume responsabilidades sobre seu tratamento é um fator decisivo para o sucesso da terapêutica.

Ao mesmo tempo, a concepção do usuário sobre o tratamento adequado à sua patologia é também determinante. Usar a medicação prescrita por um médico de sua confiança, uma ou duas vezes por dia, pode configurar para o usuário um tratamento adequado, mas é preciso que ele se conscientize, no caso das doenças crônicas como diabetes e hipertensão, que a sua participação na adoção de novos hábitos de vida é tão importante quanto a medicação.

Para tanto, um tratamento acolhedor, uma identificação com a equipe de saúde e o reforço da importância do componente educativo do tratamento por todos os profissionais envolvidos na conduta, constituem os fatores decisivos para a adesão dos pacientes a todos os componentes do tratamento proposto para diabetes e hipertensão.

“Fica evidente que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição médica, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente”. (LEITE e VASCONCELOS, 2003 p 5).

6- METODOLOGIA

6.1- Tipo de Pesquisa

As atividades grupo-educativas, como colocado anteriormente, são componentes importantes do tratamento do diabetes. Neste trabalho, buscamos conhecer as condições do envolvimento dos coordenadores destas atividades no interior do seu processo de trabalho e o motivo pelo qual, alguns usuários convocados pela equipe **não** participam destas atividades.

Trata-se de um tipo de fenômeno, que exige para seu estudo e elucidação, da utilização da metodologia qualitativa de pesquisa social. Dessa forma, os modos de concepção da realidade foram investigados no interior da relação sujeito–objeto específica da abordagem qualitativa das relações sociais. Dado que nas Ciências Sociais e, também na Saúde Coletiva, sujeito e objeto pertencem à mesma natureza histórica, assume-se que a visão de mundo do pesquisador permeie sua aproximação do objeto e, além disso, que o pesquisador seja considerado como instrumento-chave para a compreensão da realidade a ser estudada (MINAYO, 2000). Do ponto de vista do referencial da Análise Institucional, que seja um sujeito implicado com seu objeto e com seus sujeitos de pesquisa. (LOURAU, 1975)

De forma geral, a investigação do tipo qualitativa preocupa-se menos com generalizações ou resultados fechados e mais com a abrangência da compreensão do objeto de estudo e o aprofundamento de uma análise processual. Isso considerando que “... *o objeto das Ciências Sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação*” (MINAYO, 2000), o que implica que a construção do conhecimento seja um sucessivo levantamento de conclusões provisórias, passíveis de novas formulações.

6.2 - Instrumentos de Coleta de Informações

Tendo em vista a definição do nosso objeto de estudo, escolhemos dois grupos de sujeitos como nossos interlocutores: a equipe de profissionais, enfermeiras coordenadoras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, responsáveis pelo planejamento, elaboração e condução dos trabalhos e os usuários que **não** participam das atividades grupo-educativas oferecidas pelas Unidades de Saúde.

Anteriormente ao contato com esses sujeitos, realizamos a análise documental das planilhas de avaliação do Programa de Educação e Controle do Diabetes Mellitus de São João da Boa Vista do período de 01/10/2002 a 31/12/2003 (ANEXO I), o que nos permitiu a escolha de três Unidades de Saúde para a investigação: Unidade Integrada de Saúde Dr. Raul de Oliveira Andrade (Durval Nicolau), Unidade Integrada de Saúde Dr. Paulo Emilio de Oliveira Azevedo (Jardim São Paulo), Unidade de Programa de Saúde da Família da Vila Valentim.

Após tal levantamento, as informações foram buscadas mediante entrevista individual semi-estruturada com as enfermeiras e coordenadoras das Unidades de saúde estudadas, pesquisa descritiva feita através de grupos focais com as equipes de enfermagem, com o objetivo de conhecer a como se dão as atividades educativas nas unidades e pesquisa descritiva através de entrevistas individuais semi-estruturadas com os usuários cadastrados no programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia- da Unidade que **realizam o acompanhamento médico e medicamentoso na Unidade de Saúde**, e que **não** participem das atividades grupo-educativo oferecidas. (Grifo da autora)

Durante a entrevista com as Enfermeiras das Unidades de Saúde percebemos que foram surgindo fatos relacionando o sucesso das atividades aos recursos institucionais disponibilizados e até mesmo à rotina institucional imposta, como se verá a seguir na análise dos dados.

Percebemos, então, a necessidade de entrevistarmos a Coordenadora do Programa de Educação para o Diabetes do Município. Porém, ela se encontrava de licença. Foram tentados vários contatos telefônicos para a entrevista, sem sucesso. Portanto entrevistamos a Diretora do Departamento Municipal de Saúde para sabermos como se deu a formação dos grupos nos Municípios e como foi montado o atual Programa de Educação para o diabetes.

Para esta dissertação utilizamos a técnica de entrevista individual semi-estruturada com diferentes sujeitos: Enfermeiras coordenadoras das unidades e equipe, enfermeira coordenadora do departamento Municipal de saúde e pacientes considerados **não** aderentes aos grupos educativos.

A entrevista direta pode ser entendida como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas, o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do entrevistado. Cada um deles está em “relação” com o outro. Enquanto instrumento de coleta de dados a entrevista está submetida a busca da objetividades, ou seja, a captação do real. Porém dificilmente o real pode ser captado como num espelho, pois estão contidos nas informações transmitidos os envolvimentos do entrevistado e do entrevistados com o assunto e com o momento. *“As afirmações de natureza subjetiva estão sempre imersas em reações que devem ser levadas em conta: o estado emocional do informante, suas opiniões, suas atitudes e seus valores”* (HAGUETTE 1990 p.75)

Ainda segundo Haguette, usando métodos não estruturados o pesquisador pode com mais facilidade impor sua presença na área a um ritmo mais apropriado evitando as surpresas desagradáveis que certas questões de um questionário podem suscitar.

Quando aplicada às enfermeiras das unidades pesquisadas e responsáveis pelo planejamento, implementação e coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, a entrevista teve como objetivo identificar:

a-) Os subsídios recebidos durante a sua formação acadêmica para condução das atividades de grupo. b-) Os treinamentos recebidos na instituição para condução dos grupos. c-) O envolvimento do profissional com a atividade realizada. d-) A avaliação que faz da efetividade das ações. (ANEXO VII).

Quando aplicada junta á enfermeira coordenadora do Departamento Municipal de Saúde a entrevista buscou identificar

a-) O início das atividades grupo–educativas no Município. b-)A gestão financeira do Programa no Município. c-)O tipo de supervisão realizado nas unidades d-) O treinamento da equipe envolvida nas atividades educativas por parte da coordenação do programa . (ANEXO VIII)

Quando aplicada junto as pacientes **não** aderentes aos grupos educativos teve como objetivo identificar:

a-) O tempo de tratamento para diabetes que já teve a atividades grupo-educativas. b-) Os hábitos de vida, tais como dieta, exercícios físicos etc., presentes no cotidiano do entrevistado. c-) A avaliação do tratamento realizado na Unidade Básica de saúde. d-) A avaliação da Unidade Básica de Saúde de maneira geral. e-) As causas da sua não adesão as atividades oferecidas pela unidade. (ANEXO VI)

Para a busca de informações junto à equipe de auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde envolvidos na condução das atividades educativas a técnica utilizada foi a realização de grupos focais.

A utilização da técnica do grupo focal para numa pesquisa qualitativa é recomendada pela maior possibilidade que oferece para se pensar coletivamente numa temática que faz parte da vida das pessoas ali reunidas

O grupo focal se caracteriza pelo interesse nas opiniões, relevâncias e valores dos participantes. De acordo com o estudo de FURTADO, 2001, possibilita a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também porque eles pensam de determinada forma, além de permitir a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes. Esta dinâmica se apropria aos propósitos desta pesquisa, já que esta abrangerá a dimensão subjetiva envolvida na condução das atividades grupo-educativas.

É uma técnica que permite a obtenção de informações a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Opta-se pelo grupo focal como uma das estratégias de coleta de dados, pensando “... *no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos*” (Minayo, 2000 p:129). Acrescenta-se a isso o papel do pesquisador na coordenação dos grupos focais, como alguém que poderá, de

um ponto de vista externo ao grupo, contribuir com outras sínteses a partir das questões trabalhadas, pois “*A dinâmica das reuniões de grupo focal não se restringe à simples alternância entre a pergunta do pesquisador e a resposta dos participantes. Diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico*” (WESTPHAL et al., 1995. p: 477).

O grupo focal tem se mostrado um instrumento de grande utilidade para o diagnóstico educativo de programas em saúde e avaliação dos mesmos. Segundo WESTPHAL, 1995 “*como os grupos focais se baseiam em procedimentos socialmente orientados a interação proporcionou a troca e a inter-relação e com frequência despertou novas idéias e descobertas entre os participantes*”.(WESTPHAL, 1995, p479).

Nesta investigação as reuniões de grupo focal tiveram como objetivo identificar os seguintes fatores:

a) Como as equipes das unidades receberam a determinação do nível central de trabalhar atividades grupo-educativas b) De que maneira essa prática interferiu na rotina das unidades c) Qual o posicionamento dos gerentes das Unidades na efetivação desta diretriz; f) Qual o processo de trabalho que a equipe adota para condução das atividades educativas d) Que mudanças trouxeram na formação do vínculo entre unidade e pacientes e) Que interpretação a equipe faz da adesão do usuário às atividades educativas oferecidas.(ANEXO V).

6.3 - Percurso Metodológico

As quatro entrevistas individuais realizadas com as enfermeiras coordenadoras das unidades, a enfermeira coordenadora do Departamento Municipal de Saúde e com um auxiliar de enfermagem foram realizadas pela pesquisadora, na unidade de saúde e no Departamento Municipal de saúde, norteadas pelos roteiros semi-estruturados (ANEXO V E VII E ANEXO VIII). Foram gravadas em fitas de áudio mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO IX) e posteriormente transcritas.

Os dois grupos focais realizados nas Unidades de saúde do Jardim Durval Nicolau e na unidade de PSF da Vila Valentim, foram coordenados pela pesquisadora, com duração de aproximadamente duas horas e meia e participação de duas auxiliares de enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde na primeira unidade e duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde na segunda. Foram norteadas por um roteiro semi-estruturado (ANEXO V), gravadas em fita de áudio mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO IX) e posteriormente transcritas.

As 10 entrevistas individuais com os usuários não aderentes foram realizadas pela pesquisadora no domicílio de cada um deles, norteadas por um roteiro semi-estruturado (ANEXO VI), gravadas em fitas de áudio mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO X) e posteriormente transcritas.

Na transcrição dos dados, algumas expressões exclamativas e os erros de concordância verbal, decorrentes da fala cotidiana e foram sublimados ou corrigidos para permitir melhor entendimento durante a leitura.

6.3.1- As Entrevistas na Unidade do Jardim São Paulo

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a Enfermeira, responsável pela coordenação da unidade e entrevista individual semi-estruturada com o único auxiliar de enfermagem responsável pelo atendimento de enfermagem aos pacientes cadastrados no Hiperdia. As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde mediante agendamento prévio Embora a unidade não esteja realizando atividades educativas no momento, foram indicados para as entrevistas individuais semi-estruturadas cinco pacientes considerados como não aderente às atividades grupo educativo por não estarem comparecendo aos atendimentos de enfermagem. Desses, três pacientes foram localizados e concordaram com a entrevista. Ao todo foram realizadas cinco entrevistas individuais semi-estruturadas.

6.3.2- As Entrevistas na Unidade do Jardim Durval Nicolau

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a Enfermeira, responsável também pela coordenação da unidade e uma reunião de grupo focal com três auxiliares de enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde. As entrevistas e a reunião de grupo focal foram realizadas na unidade de saúde mediante agendamento prévio. A reunião durou duas horas e meia e nela a equipe indicou para as entrevistas individuais semi-estruturadas 10 pacientes considerados não aderentes às atividades grupo-educativas. Desses, cinco foram localizados e concordaram em com a entrevista. No total foram realizadas seis entrevistas individuais e um grupo focal.

6.3.3- As Entrevistas no PSF da Vila Valentin

Para a coleta de dados foram realizadas na Unidade entrevistas semi-estruturadas com a Enfermeira, responsável também pela coordenação da unidade e grupo focal com as duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde. Embora a unidade não esteja realizando atividades educativas no momento, a equipe de auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde indicou para as entrevistas individuais semi-estruturadas cinco pacientes considerados não aderentes às atividades grupo-educativas por não estarem comparecendo aos atendimentos de enfermagem. Desses, duas pacientes foram localizadas e concordaram com a entrevista, num total de quatro entrevistas individuais semi-estruturadas e um grupo focal.

6.3.4- A Entrevista com a Diretora do Departamento de Saúde

Para a coleta de dados foi realizada no Departamento Municipal de Saúde uma entrevista semi-estruturada buscando conhecer o início das práticas grupo-educativas no Município e seus “atravessamentos” institucionais.

6.4- Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme (ANEXO IX E ANEXO X).

As entrevistas foram conduzidas respeitando o sigilo das informações e privacidade da identificação dos usuários e equipe de saúde, envolvidas na pesquisa.

Para proteção dos entrevistados, a enfermeira chefe do Departamento Municipal de Saúde será identificada pela sigla Enf. acrescida do sufixo D.S, as enfermeiras das Unidades de Saúde têm a sigla Enf acrescida da abreviatura Unidade de Saúde à que pertence. As auxiliares de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde ser são identificadas pela sigla A. E. e A.C.S respectivamente, acrescidas da abreviatura da unidade a que pertencem .e os usuários são identificados pela palavra usuário acrescido da abreviatura da unidade de saúde correspondente ao seu bairro.

6.5- A Análise e Categorização das Entrevistas

Após a transcrição das entrevistas foram construídas quatro categorias para análise de dados., são elas:

- **Grupos.** Nesta categoria, consideramos a concepção de trabalho de grupo pela equipe envolvida nas atividades, o início das reuniões grupo-educativas na unidade de saúde, a formação e treinamento recebidos pela equipe de enfermagem responsável pela condução das atividades, os recursos institucionais disponíveis para realização das tarefas e o envolvimento e a implicação da equipe. Está dividida em cinco categorias “a concepção de trabalho de grupo dos funcionários da rede pública”, “a preparação do profissional para a condução das atividades grupo-educativas”, “por que se adotou a estratégia de atividades em grupo na unidade” , “os recursos institucionais” e “ o envolvimento e implicação com as atividades de grupo”.

- **Adesão.** Aqui, consideramos as características dos usuários aderentes e não aderentes às atividades educativas presentes na fala da equipe de enfermagem entrevistada, os motivos da não adesão relatados pelos usuários e o vínculo existente entre a equipe e os clientes aderentes às atividades de grupo. Dividimos então em três subcategorias, são elas: “ o perfil dos usuários aderentes e não aderentes às atividades educativas na ótica dos funcionários”, “ a adesão e a não adesão segundo os usuários” e “ o reforço do vínculo equipe/usuário propiciado pelos grupos”
- **Efetividade das Ações.** Nesta categoria, consideramos as falas dos usuários e da equipe de enfermagem que relatam as mudanças de comportamento dos usuários em relação à doença, a segurança adquirida para a continuidade do tratamento e as percepções de efetividade das atividades relatadas pela equipe.
- **Saúde-Doença.** Neste tópico, consideramos a aceitação da doença pelos usuários , a concepção de tratamento que eles têm e quais os hábitos de vida que foram alterados pela patologia. Está dividida em três subcategorias: “ a aceitação da doença”, “ a concepção de tratamento dos usuários” e “ os hábitos de vida”.

***7- APRESENTAÇÃO DOS DADOS
COLETADOS***

7.1- Categoria Grupo

7.1.1- A Concepção de Trabalho de Grupo pelos Funcionários da Rede Pública

Uma vez que a definição de trabalho de grupo, além de ser bastante complexa, não é única, os profissionais envolvidos nessas atividades, como era de se esperar, possuem diferentes concepções sobre como deve se dar a condução e a dinâmica de atividades grupo- educativas.

Durante as entrevistas foi possível identificar algumas dessas concepções. O que aparece na maioria das falas é a confusão entre condução de atividades educativas e palestras.

- *Elas [as auxiliares de enfermagem] achavam que trabalho de grupo deveria ser só palestra e não era então existiam várias maneiras de se direcionar e levar um grupo, até com brincadeira, também ludo terapia, brincadeira mesmo... (Enf. J.D.N.).*

Em outra fala percebe-se que mesmo quando a atividade de grupo não é confundida com palestra a sua condução nem sempre é fácil. A idéia de grupo parece reduzida á uma idéia de “ajuntamento de pessoas ou de pacientes” e não de um conjunto de pessoas em interação.

- *De grupo? Eu não sei! Eu achava que a gente deveria dar instruções [para o usuário] não achava que era assim. Achava que eu tinha que construir em cima deles. Hoje eu sei que trabalho de grupo eles constroem, que vão construir na cabeça deles. Eu achava que tinha que ser uma coisa “mala”. (...) Era eu, trazer pronto... Você trabalhava **para** o grupo, você não trabalhava **com** o grupo. (Enf. J.S.P.) [Grifo da autora]*

Também aparece a idéia de que todo atendimento feito coletivamente se torna um atendimento em grupo.

- *O meu trabalho não é assim, um trabalho de grupo porque não é em outro horário, é no horário em que eles vêm buscar o medicamento, porque como o Programa tem muitos pacientes,*

então acaba sendo trabalho de grupo, todos os dias em que eles vêm. Por que o que é trabalho de grupo, do Programa Hiperdia? É tirar as dúvidas dos pacientes e trocar informações. Porque muitas vezes eu aprendo com eles e eles aprendem comigo e entre eles, eles tiram as dúvidas. Então o trabalho de grupo não é assim, feito, porque tem muita gente que fala que trabalho de grupo de Unidades, de outros Postos mesmos, o trabalho de grupo é um auxiliar ou um enfermeiro conduzir a dinâmica, e no meu ponto de vista não é isso. Tem a hora que a gente precisa conduzir, mas o mais importante pra mim, é como eles estão, se a medicação está fazendo efeito, se eles estão contentes com o atendimento médico, então [é a troca] entre eles que eles mesmos buscam você entendeu? Porque o meu trabalho em grupo não tem dia marcado são todos os dias em que eles vêm (A. E. J.S.P.)

Num outro momento vê-se que a estratégia usada para atender mais pessoas em menos tempo é a de reuni-las em grupo o que não torna a atividade necessariamente uma atividade grupo educativa.

- *Que neste horário de atendimento das 07:00 até às 17:00 horas, tem 60-70 pacientes. Então “não vira...” nem tem jeito de eu pôr um por um. Então tem dia que eu chego aqui, tem 30 prontuários, o que é que eu faço? Eu chamo 10, [eles] vêm, a gente conversa, tudo, dou medicação, [e eles] vão embora. Então o meu trabalho de grupo é assim. (A. E. J.S.P.)*

7.1.2- A Preparação Profissional para Condução de Atividades Grupo-Educativas

A preparação para condução das atividades educativas ocorre num primeiro momento da formação acadêmica dos profissionais graduados e da instituição onde o trabalho é realizado.

- *É... A minha formação foi extremamente voltada para Saúde Hospitalar eu jamais imaginei trabalhar na Saúde Pública, era a minha última opção, mesmo porque quando eu saí da faculdade nem conhecia muito [as práticas de saúde pública] , passei dois*

dias de estágio numa Unidade de Saúde em Campinas só observando. Então, eu já tinha ouvido falar o que eram trabalhos de grupo, só pincelados, entendeu? Agora que a situação econômica do país ta assim a tendência é virar tudo SUS, talvez eles estejam investindo mais nisso, na formação, na graduação. Mas na minha formação eu tive “zero” de Saúde Preventiva, Saúde Pública, era matéria de “bicho grilo”, não é? De quem não queira ganhar dinheiro, de quem queria ser pobre. Engraçado... E eu nem imaginava... (Enf. J.S.P.)

Uma outra fala reforça a importância da formação no envolvimento com a condução das atividades

- *O forte da minha formação foi saúde pública e Educação em Saúde por conta da peculiaridade da cidade. E dentro da área de saúde pública a gente teve muito contato com hansenianos, tuberculosos, na época a gente tinha um surto de sarampo em Minas então a gente trabalhou muito também fazendo questionários nas casas, a gente ia de casa em casa. Então o nível de vida era muito baixo e eles não tinham o que comer então a gente fazia projetos tipo “plante uma horta em sua casa” (...) a faculdade ela não tinha muito pra oferecer, então a gente procurava ajuda do “terceiro setor”. Foi onde a gente cresceu muito dentro da faculdade em saúde pública e foi bom por isso (Enf. J.D.N.)*
- *Eu tive uma formação diferente, uma grade curricular nova que dá mais orientação e que de certa maneira dá mais importância a isso, às relações humanas. Agora... Imagina as pessoas que não tiveram... (Enf. V.V.).*

Porém, além das escolas formadoras terem maior afinidade para a formação hospitalar do profissional de saúde (fato esse já amplamente discutido nos fóruns de discussão de reforma curricular das universidades) o treinamento oferecido pelas unidades não favorece a condução das atividades. Para uma boa condução das atividades de grupo é preciso que a formação recebida pelo profissional seja acrescida de treinamento e supervisão dos trabalhos de grupo.

- *Eu trabalhei um ano na Santa Casa e já vim pra Saúde Pública. E aí, fui jogada de pára-quedas como todas nós fomos; fui jogada e fui aprendendo as coisas aos trancos e barrancos. Eu lembro que se falava muito em trabalho de grupo, trabalho de grupo... Eu não tinha idéia de trabalho de grupo, porque o termo trabalho **de** grupo, não é trabalho **em** grupo. (Enf. J.S.P.) (Grifo da Autora)*
- *A gente tem algum treinamento, muito pouco, (...) o treinamento com a gente mostrou como que seria a técnica de trabalho em grupo, uma delas seria o brinde, para atrair pacientes, outro seria o lanche, outros seriam viagens, excursões, filmes, cinema, mas eu achei meio inviável por enquanto, pra falar a verdade a gente não tentou, mas eu achei inviável (Enf. J.D.N)*

Ao mesmo tempo em que as enfermeiras coordenadoras de unidades relatam a falta de treinamentos para si mesmas, cabe a elas a função de treinar a equipe que irá conduzir as atividades, porém devido à falta de treinamento das próprias enfermeiras isso nem sempre acontece.

- *Foi até proposto a gente tá fazendo treinamento sobre como conduzir estes grupos, como trabalhar isso, teve há umas duas semanas. Como é que a gente trabalha, como é que a gente escolhe o tema, o que é que a gente pode usar. Foi feito isso, achei muito básico e acho que tinha que continuar aprofundar o tema. Tinha que ter uma troca entre todo mundo que trabalha com isso, semestralmente, ou todo domingo... a gente tem esta dificuldade. A gente não tem uma pessoa que faça só isso.(Enf. V.V.)*

Como a equipe acaba assumindo várias atividades, nem sempre o treinamento recebido contempla toda a abrangência do serviço da equipe.

- *Quatro auxiliares foram contratados e o perfil que encaixava nessa sala (sala destinada às consultas de enfermagem do Plano de Reorganização e Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus) seria o meu. Treinamento nós temos, mas é aquele tipo de treinamento teórico, você entendeu? E já com o bonde andando. Quando eu entrei, que eu gostaria de ter tido um treinamento específico em Hiperdia. Hoje, esse treinamento eu não*

preciso, eu não preciso mesmo desse treinamento específico, como que é, como que não é... Este treinamento eu tive que buscar.
(A. E. J.S. P.)

- *Nós tivemos um treinamento como agente comunitário né? Aquele treinamento com o vídeo e os folhetinhos... O vídeo era do Ministério da Saúde se não me engano* (A.C.S. 1 VV)
- *A gente acaba aprendendo em campo mesmo.* (A.C.S.2 J.D.N)

7.1.3- Por que se adotou a Estratégia de Atividades em Grupo na Unidade

Mesmo sem formação específica para condução de grupos e com os relatos da quantidade insuficiente de treinamentos percebe-se que a iniciativa da formação dos grupos nas unidades por parte do Programa de Educação para o Diabetes e Hipertensão do Departamento de saúde tem grande apoio dos funcionários e esse apoio, algumas vezes, acaba sendo mais forte que a determinação institucional.

- *Então o grupo começou com essa finalidade, deles (os pacientes) ficarem compensados...Pra eles participarem do tratamento deles e entenderem a alimentação. Porque a gente começou a achar que só de falar nas casas, só o médico falar, não tava dando tanta importância, então a gente começou com os grupos. Porque eles ficavam perguntando pra gente o que pode, o que não pode. Muito ficavam preocupados, nervosos porque a gente chegava na casa deles e eles falavam que o Dr. Disse que eles não podiam comer mais nada. Não é que eles não podiam comer mais nada, **mas é que eles querem comer o que eles querem e não o que faz bem para a saúde, né?** Então esse foi o motivo dos grupos.* (AE VV)
(Grifo da Autora)

- *Ela [Coordenadora do programa] pediu para que se formassem os grupos e nós começamos os grupos. Aí começamos a dar orientações da patologia e aí descobrimos que se precisava fazer um trabalho de grupo. Por que? Por que a gente via as necessidades dele nos Ais [atendimentos individuais] no posto de enfermagem e a gente acabou vendo a necessidade de a cada 15 dia estar chamando a pessoa para suprir as necessidades, para orientar sobre a suas necessidade (A.E. J. D. N).*

7.1.4- Os Recursos Institucionais

Os grupos tiveram início com o Programa de Educação para os Diabetes e Hipertensão criados pelo Departamento Municipal de Saúde e é, portanto uma determinação do nível central. Mas na prática o programa instituiu normas e periodicidades muitas vezes incompatíveis com a rotina e característica das unidades, conforme já indicado nos ANEXOS III E IV. No início os grupos deveriam acontecer mensalmente e a equipe teria mais tempo para preparar as atividades e até se capacitar para a condução dos grupos. Porém existe uma nova determinação institucional que estabelece reuniões grupo-educativas quinzenalmente. Isso acaba sobrecarregando tanto a equipe quanto os pacientes. A própria direção do programa reconhece a dificuldade em se implantar novos programas nas unidades.

- *Existe alguma dificuldade na hora em que você coloca uma coisa nova, por que é um serviço novo que vai chegar na unidade de saúde, nem sempre a gente trabalha com o número de funcionários suficientes, então eles têm que readequar o serviço da unidade pra isso. Então existe essa dificuldade, não é assim fácil. Muitas vezes o funcionário entende isso como - "Ai, é um serviço a mais e tem muito controle tem muito dado" - você sabe que a enfermagem tem um pouquinho de resistência a isso, mas tem que entender a importância do registro da atividade que a gente faz. (Enf. Departamento Municipal de Saúde.)*

A dificuldade em aceitar novas diretrizes fica ainda mais clara quando entramos no cotidiano do serviço da unidade.

- (...) *A maneira como ela [a coordenação do programa] põe pra gente fazer o grupo a pessoa sabe o que pega: birra, ela não faz, por que é uma obrigação. Por exemplo, o tempo que você usa, na realidade (...) teria que ser pelo menos dois trabalhos de grupo por semana e aí quando você completou 1 mês essa pessoa passa para o grupo de manutenção e vem 1 vez por mês, mas isso não funciona. (...), mas, pra mudar o jeito que a gente trabalha hoje, não tem jeito, primeiro pela falta de funcionário, depois por que nem os pacientes viriam e depois quem fornece os brindes, não é a prefeitura, são os funcionários que tem que comprar e um ou outro paciente que ajuda, mas a maioria (dos brindes) é (são) os funcionários (que compram).* (Enf. J.D.N.).

Algumas Unidades de saúde têm ainda a característica de apresentar um novo modelo de atenção ao município, como pro exemplo a unidade de Programa de Saúde da Família, porém ela incorpora programas de unidade básica com um quadro de recursos humanos muito reduzido.

- *O PSF, na minha concepção, tinha que funcionar de uma maneira diferente e aqui está funcionando como uma Unidade Básica, então o número mínimo de funcionários tem que tocar todos os Programas tem que tocar o Programa de Diabéticos, o Programa de Hipertensão, da Mulher, da Saúde e da Criança. Então, assim, fica quase impossível, os auxiliares ficam até meio excluídos, cada um fazendo o que ta agendado, as pré as pós [consultas]. E para você colocar eles dentro dos trabalhos de grupo você não consegue. Você coloca dentro do trabalho de grupo tem uma pessoa esperando no curativo, você tem que ter uma pessoa ali também... Isso é muito complicado. Então com o número de funcionários que estamos funcionando não dá, hoje a gente tem três, mas até dois meses atrás eram duas. E ainda o público cobrando de você e você... Os Programas eles têm uma produção como de uma Unidade Básica.* (Enf. V.V.).

A informação presente em uma das falas é que a atividade proposta pelo Programa sobrecarrega o paciente e isso acaba dificultando a frequência do usuário a outras atividades propostas pelo tratamento.

- *O Programa implementado pela coordenação foi esmiuçado, detalhado demais. Então com isso o paciente ficou com o “saco cheio” para fazer tudo antes da consulta, ter que ir três vezes na Unidade, fazer glicemia capilar: uma em jejum no dia anterior; uma pós prandial e uma em jejum no dia. Então... é complicado o paciente não gosta de estar aqui direto aqui, não é? E a gente sabe que eles fazem dieta quando chegam perto do dia do exame, né?*
(Enf. J.S.P)

Em sua experiência como médico e condutor das atividades grupo-educativas em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas, GRANADA relata o êxito e a efetividade das atividades coordenadas por ele e com a colaboração de uma equipe multiprofissional. Porém o pesquisador afirma que nos depoimentos dos profissionais do serviço de saúde existe a *“percepção do médico como um profissional resistente à participação de atividades multiprofissionais (...) essa postura pode ter sido possivelmente influenciada por um contexto onde a prática da atenção à saúde continua centrada na forma médico-assistencial”* (GRANADA,2004 p. 233)

Durantes as entrevistas os relatos mostram que o papel do médico é muito importante para o sucesso das atividades.

- *Eu acho que eles **escutam muito o que o médico fala**. Então se o médico forçar bem a barra que ele precisa vir no grupo ele vem, se o médico não der uma forçada na barra é mais difícil. Mesmo nesse tratamento que a gente tem a gente orienta, passa pelo médico, aí passa pela enfermeira, aí com o médico de novo, a gente orienta assim. Eles não vêm nesse meio termo, alguns vem e até fazem direitinho.* (ACS 2 VV) (Grifo da autora)

- *O Doutor fez uma coisa que eu achei uma excelente estratégia com as gestantes. Sabe como conseguimos fazer o grupo? Marcando a consulta. A paciente vem pra consulta e já participa do grupo enquanto espera. Então a gente faz o grupo, o Doutor faz o que tem que fazer, depois vai para a consulta (ACS 1 VV)*

7.1.5- Envolvimento e Implicação com as Atividades de Grupo

Entre as “ferramentas” mais importantes para o sucesso na realização das atividades de grupo aparece o envolvimento e a implicação com as atividades.

- *Quando eu entrei na prefeitura em 2001 o trabalho de grupo estava morto dentro da unidade. Por que estava morto? Por que as meninas estavam muito sobrecarregadas, tinha muito serviço dentro da unidade, pouco funcionário e por que a enfermeira anterior não apoiava muito o trabalho de grupo. (...) Aí eu percebi isso, marcava trabalho de grupo e ninguém vinha, eram 2 ou 3. Aí que eu fiz, comecei a conversar mais com a equipe, fiz trabalho de grupo com a própria equipe mostrando o que era trabalho de grupo (Enf. J.D.N.)*
- *Eu gosto muito [de conduzir os trabalhos de grupo]. Nessa parte eu sempre tive muita facilidade, mas eu procuro ler demais eu leio muito. Então quando eu tenho um tema pra jogar no trabalho de grupo eu leio, pesquiso, pego livros antigos, vou na internet, pego assunto de outros municípios e trago pra cá e misturo muito , então é com essa mistura eu sei trabalhar com essas pessoas. Então, por exemplo, se eu tenho um tema pra trabalhar com o grupo eu não fico só na palestra eu uso muito o paciente para vir junto, ao invés dele ficar na palestra ele vem pro palco, então ele faz parte da apresentação, ele não é um ouvinte então é aonde a gente tem uma boa adesão aos trabalhos de grupo (eu acredito que seja isso) (Enf. J.D.N.)*

A fala de uma das enfermeira mostra a troca de papéis que ocorre entre os participantes e condutores da atividade grupo-educativa , onde as duas partes estão em constante formação, ora aprendendo, ora ensinando, mas sempre envolvidos numa relação de troca.

- *Com o grupo, a gente chora, a gente ri, a gente brinca e tem dia que o professor se torna aluno e o aluno se torna professor a gente tem monitores nos grupos hoje, já deram várias aulas aí às vezes tem pacientes que sabem mais do que a gente, pois eles têm o cotidiano da doença que a gente não tem (Enf. J.D.N).*

O funcionário envolvido com a atividade é o que mais sente os reflexos negativos da não adesão do paciente às atividades propostas.

- *Eu gosto, eu gosto. Eu gosto de fazer atividade em grupo. Eu acho super importante, tem que ter o serviço. Não adianta a gente ficar só reclamando para o médico. As pessoas têm que saber a importância disso. Às vezes você fica desmotivada “nossa mais eu preparei tudo isso e não veio ninguém”! Mas você vai aprendendo, como lidar com gente, percebendo que esta sendo bom...que você está fazendo a diferença quando coloca isso em pratica.. (Enf. V.V.).*
- *Eu gosto de conduzir grupos. Eu tenho minha preferência é lógico, pela área da mulher. Mas eu não faço questão também não... Eu gosto muito de falar com o público assim, informalmente. (Enf. J.S.P.).*

Outras falas mostram que a participação do usuário às atividades faz com que a equipe sinta seu trabalho valorizado

- *O registro das atividades que a gente faz, acho que é tão importante quanto o atendimento ao usuário, por que se esse registro não for feito ou se não for feito de maneira clara e digna eu não vou conseguir avaliar os resultados. Mas isso é um trabalho a mais, nem sempre é assim tão bem aceito por toda a equipe. Mas isso pode ir mudando, né, com o tempo a hora que a equipe comece a ver os resultados. Daí a importância do*

programa ser implantado e ser avaliado periodicamente por que aí você volta com o resultado e mostra pra equipe qual foi o trabalho dela, que o trabalho dela está tendo resultado “você atendeu tantas pessoas, você melhorou isso, isso e aquilo...”.
(Enf. Departamento Municipal de Saúde.)

Certamente um dos fatores importantes para estimular a participação dos usuários às atividades é a qualidade destes trabalhos.

- *Então uma das coisas que nós chegamos à conclusão foi essa: depende da **qualidade** do que você oferece. O trabalho que você oferece, da informação que você dá. Você prende ou não o paciente.* (Enf. J.S.P.).

A não adesão dos usuários aparece na fala dos funcionários, como motivo de angústia para a equipe responsável pela condução das atividades educativas.

- *Ah! A gente fica chateada, porque a gente convida com carinho né, leva o papelzinho... Espera... Aí a gente vai na casa e pergunta por que é que não veio, uma diz: “Ah, tava assistindo a novela”, outra diz: “Ah! Eu tava passando roupa”.* (ACS 2 VV)
- *Eu não sei se é pelo perfil do paciente [que a adesão é baixa]. Porque na gestação a gente fala em saúde, em vida. E no diabético não, é doença, é morte, é mal estar; Ninguém gosta de se expor muito. E as pessoas, e o pessoal idoso, eles não tem paciência, não têm paciência de esperar. É muito difícil.* (Enf. J.S.P.)
- *No começo, quando eu entrei já fazia uns oito meses que [o trabalho em grupo] tava funcionando, tinha o grupo de diabete, de hipertenso e gestante. Só que tava assim... Você começa, começa muito bem, a pessoa vem animada. Com o passar do tempo eles vão... Um não vem, outro não vem. Quando eu entrei, eles fizeram assim, porque eu tinha a possibilidade para dar uma outra arrancada nesses grupos. Aí nós juntamos o artesanato, pra você chegar mais ao pessoal e o pessoal a se chegar mais ao PSF, para não ficar uma coisa assim... Ficar uma troca maior.* (ACS 1 VV)

Notamos que há uma inconstância da frequência nos grupos. Talvez por que o costume do usuário seja ir à Unidade quando está doente, para consulta médica ou exames. Esse modelo de atenção, centrado na conduta médica e na doença, acompanha o usuário há um bom tempo, e, portanto está incorporado ao modo da população lidar com a sua saúde. Daí as tentativas dos funcionários de ter estratégias de atrair as pessoas que venham e que se mantenham nos grupos E muitas vezes essas estratégias dão certo.

- *Depois a gente começou a fazer grupos de artesanato. Então nós começamos a trazer o pessoal através do artesanato... aí então como eles vinham para o artesanato a gente aproveitava e já inseria alguma coisa também do que a gente queria falar. (ACS 1VV)*
- *O que a gente queria é que tivesse o grupo que todas as pessoas se interessassem mais e participassem mais (ACS 1 VV)*
- *Não é o mais importante [a procura por medicamentos na unidade]. Eu percebo isso, eles não estão interessados só mais na glicemia, eles estão interessados no todo. Porque aqui... Eu não vou ser modesta não. Nós trabalhamos muito bem. Essas meninas trabalham muito bem. (AE 1 J.D.N)*

Foi possível perceber que alguns entrevistados têm muito interesse para o trabalho de grupo. Para uma participação efetiva da clientela a esses serviços o envolvimento e a afinidade com de todos os envolvidos – médicos, enfermeiras, equipe de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e outros profissionais da unidade - é fundamental Porém fatores como a preparação para as atividades, as condições oferecidas institucionalmente para que elas ocorram e a percepção da efetividade das ações educativas para o tratamento de pacientes crônicos também são de grande relevância.

7.2 - Categoria Adesão

7.2.1- O Perfil dos Usuários Aderentes e Não Aderentes às Atividades Educativas na Ótica dos Funcionários.

Dentre os relatos nos quais os funcionários descreveram o as características dos usuários aderentes e não aderentes às atividades grupo-educativas. O que percebemos é que o perfil dos pacientes aderentes segue um certo padrão: são pacientes mais queixosos e mais resistentes ao tratamento. Isso torna a atividade ainda mais relevante, pois oferece suporte para o paciente que mais necessita.

- *Os pacientes que vêm no grupo, eles aceitam mais a orientação, mas o que eu noto, é que os pacientes que vêm no grupo são os pacientes mais problemáticos, são os pacientes mais carentes que têm mais problemas em casa. E os pacientes que vão bem, eles vêm na consulta médica, tomam corretamente o remédio e que freqüentam mais a atividade física, e tem uma condição física e psíquica melhor ele não vai nesse grupo que a gente tem feito. Os pacientes da atividade física não freqüentam esse grupo. (Enf. J.D.N.).*
- *E a maioria desses que estão no grupo e que são depressivos a maioria não aceita a atividade física, às vezes não aceita nem a própria doença. Por isso é um grupo que fica meio por ali, mas se você for perguntar pra eles sobre a doença, eles sabem tudo! (Enf. J.D.N.).*
- *Os que vêm sempre vêm os que não vêm nunca vieram. É sempre a mesma turma. (ACS 1 VV)*
- *Têm alguns casos assim, pessoas que não são hipertensas, que não são diabéticas e adoram os trabalhos de grupo, vêm porque gostam. (ACS 3 J. D.N.)*

Embora o perfil dos pacientes não aderentes seja semelhante nas unidades pesquisadas, os motivos para a não adesão, segundo a equipe entrevistada, são bastante diversificados.

- *E aí quando a gente fez esta enquête perguntando por que as pessoas não vinham, algumas respondiam que elas já sabiam ou às vezes respondiam que elas já não tinham tempo de vir. E aí a gente não conseguiu, direcionar e os porquês ficaram muito diversificados, entendeu? A gente tentou abrir a unidade para eles virem a noite. Mas o dia em que a gente abriu vieram duas pessoas. Não é que questão de horário... (Enf. V.V.).*

Embora as mais diversas campanhas educativas tenham mostrado que a veiculação de informações por folhetos nem sempre é eficiente, pois esse tipo de veiculação de informações deve sempre ser antecedidos de explicações, a população de uma das unidades prefere apenas folhetos às reuniões.

- *Quando fizemos a pergunta “Você gostaria de saber [sobre a sua doença] por qual opção: reuniões ou folhetos?”. A maioria falou por folhetos, porque eles não precisam vir aqui. É isso que a gente fica assim mais chateada, porque não vêm né! E a gente sabe que é para o bem deles, para a sua saúde deles. Sempre tem uma desculpinha né, para não vir na reunião” . (ACS 2 VV)*

Em alguns momentos percebemos que não é a unidade de saúde que se adapta ao horário dos usuários e sim o contrário. Tal medida dificulta ainda mais a adesão dos usuários.

- *A pessoa que trabalha atrapalha muito porque o horário, uma hora duas horas da tarde, é um horário que atrapalha, então tem isso. Tem muitas mulheres que olham o neto. A mulher [usuária da unidade] tava revoltadíssima porque ela gostava do grupo, mas é assim... A filha separou e ela tem que olhar os netos e isso tem bastante aqui viu! (AE 1 J.D.N.)*

- *Fizeram palestra de depressão, hipertensão, câncer de pele, do Grupo Renascer, câncer de mama. Aí o pessoal veio tudo de novo depois começou a debandar de novo...Porque eu acho que eles cansam. Eles falam: De novo esse tema? Eu já sei tudo. (ACS 1 V.V)*

Em alguns discursos fica bem evidente a preferência da população pelo modelo de atenção médico centrado e medicamentoso, o que justificaria a baixa adesão às atividades oferecidas, uma vez que o médico não está diretamente envolvido na condução das atividades.

- *Eles [os pacientes] vêm procurar o remédio. Ele não vem atrás da orientação, poucos pensam na importância de estar seguindo as orientações. O negócio é: Tá doente é remédio. (Enf. J.S.P.).*
- *[A adesão] Não é muito grande, assim, em algumas atividades. Não pro atendimento médico, fornecimento de medicamentos, as pessoas até fazem esse controle. A gente não tem uma adesão muito grande aos grupos, às atividades físicas. Não são todos os pacientes cadastrados, que fazem parte do programa, que participam das atividades de grupo e das atividades físicas. (Enf. Departamento Municipal de Saúde.)*
- *É complicado, a população ela tem uma visão de um modelo médico-centrado. Entendeu? Para você conseguir que a população aceite que é importante ela vir no grupo, que é importante ela participar de algum grupo de atividade, fica difícil. (Enf. V.V).*

Vemos através de uma das falas a importância de separar as atividades educativas conforme as características da clientela. Habitualmente as Unidades de Saúde são freqüentadas muito mais pelas mulheres do que pelos homens. Além do fator cultural, um dos fatores que contribui para isso é o horário em que as reuniões acontecem.

- *Os homens... É tão engraçado. Eu acredito que eles não gostam de ficar em grupo que tem muitas mulheres e eles detestam quando a “mulherada” começa a falar muito a dançar e a cantar, além disso, eles detestam dinâmicas de toque. (Enf. J.D.N.)*

7.2.2- A Adesão e a Não Adesão Segundo os Usuários

Os usuários justificam que não aderem às atividades de grupo por motivos relacionados ao seu modo de vida e compromissos familiares. Porém, a baixa participação de outros usuários nos grupos e uma certa inconstância das atividades de grupo por parte da Unidade, também desestimula as pessoas.

- *Eu não vou, porque às vezes eu to sozinha, uma ta prun lado, outra pro outro, e tem menina pequena aí e eu não posso sair.* (Usuário 2 J.D.N.)
- *Pelo conteúdo que eles passaram ali dentro é bom. Só que tem pouca gente, era meio desanimado porque não ia muita gente e então eu parei... Por que não ia quase ninguém era só eu e mais duas então eu parei também* (Usuário 2 VV)
- *Já freqüentei e achei bom. Aí eu parei (...) Porque não sabia que ia ter mais...Não fui avisada. Não to sabendo porque não ta tendo mais...Não convocaram mais* (Usuário 3 J.S.P.)
- *Então... Eu não sei, eles não me convocam... Falaram nada não, mas eles sabem que eu trabalho sabe?* (Usuário 2 J.S.P.)

No entanto os usuários aderentes às atividades de grupo conseguem perceber a melhora do seu quadro de saúde e a importância dessas atividades no seu cotidiano.

- *Eu vou sim, não perco não, porque a gente estando lá ta aprendendo, ta aprendendo as coisas (...) lá eles falam com a gente o que é bom, ensina as coisas que a gente não sabe, eles ensina pra gente certas coisas. Aquela Senhora que teve aqui da última vez. Nossa! Ela falou cada coisa boa que ficou gravada na minha cabeça.* (Usuário 5 J.D.N)
- *Uh, nossa! Era bom, eu gostava muito [das reuniões de grupo para hipertensos]. Aí eu fiquei mais doente, fiquei internado no dia de ano novo, e agora eu vou começar a ir de novo nas reuniões...* (Usuário 4 J.D.N)

A falta de informações e de convocação por parte da unidade muitas vezes colabora para que mesmo os pacientes mais interessados deixem de participar.

7.2.3- O Reforço do Vínculo Equipe/Usuário Propiciado pelos Grupos

As atividades grupo-educativas parecem aumentar os vínculos da equipe de funcionários com os pacientes diabéticos.

- *A gente tem um paciente que freqüentou esse grupo que foi pro grupo de atividade física e que hoje eu falo que ele é como se fosse um agente comunitário voluntário No Bairro onde ele mora não tem programa de agentes comunitários e ele muitas vezes faz esse papel de convocar pacientes de trazer problemas do bairro para serem discutidos na unidade oferece ajuda. Ele se tornou um amigo. A maioria deles se tornam amigos (Enf. J.D.N.).*
- *Eu acho que você acaba criando um vínculo, um relacionamento diferente. É um relacionamento sincero, se eles tem alguma dificuldade, se eles estão com algum problema, eles chegam em mim e falam, entendeu? E mesmo quando eles fazem alguma coisa errada. Você percebe que eles têm um momento e eles já falam: Ah, esta semana eu acho que não vai dar muito boa, minha glicemia né! Porque alguns mentem e eles sabem as coisas que foram discutidas. Então acho que isso é uma força...(Enf. V.V.).*
- *Você cria um **vínculo absurdo**, o vínculo que você cria é... Você acaba virando referência. Entendeu? Acaba ficando referência pra tudo na Unidade. (Enf. J.S. P) [Grifo da Autora].*

A interação entre equipe, coordenação das atividades e usuários depende de ambos estabelecerem uma relação de troca, uma relação significativa. Em algumas unidades se percebe que o vínculo não se dá com a atividade em si, mas sim com o funcionário que a conduz.

- *Às vezes você encontra as pessoas na rua e: “Ah fiquei sabendo que é você que tá lá, vou voltar”. E daí eu já pego telefone, corro atrás do endereço, mesmo sem carona, vou atrás.(A. E. J.S. P.).*
- *É impossível você não criar um vínculo num tempo de um ou dois anos. No máximo em 6 meses você já criou um vínculo (ACS 1 VV)*

7.3- Categoria Efetividade

7.3.1- A Efetividade das Atividades Grupo-Educativas

Os funcionários e os usuários reconhecem a efetividade das atividades educativas para o tratamento da doença.

- *As atividades educativas fazem muita diferença no tratamento da doença por que o paciente que vem no grupo e que gosta do grupo, sempre comparece, mesmo quando tem atividades eventuais no CSU [Centro Social Urbano de esportes e lazer], ele vem em mais atividades, ele faz mais atividade física ele cresce mais tanto quanto pessoa como no cuidado da doença.(Enf J.D.N.)*
- *São as pessoas que você vê que elas são controladas, um nível de glicemia bom, todo mês que fazem glicemia capilar é difícil elas estarem alteradas. Diferente das pessoas que não participam. É assim, são poucas as pessoas, são sempre as mesmas pessoas, é bem diferente. Se a gente conseguisse sensibilizar essas outras pessoas que fazem parte do Programa seria uma maravilha! (Enf. V.V.).*

Algumas falas mostram que a atividade educativa modifica o comportamento do usuário, não só em relação à sua doença, pois ele passa também a compreender melhor o funcionamento da unidade e a colaborar com a equipe.

- *A gente tinha pacientes que quando começaram eram extremamente rebeldes não participavam nem das consultas de enfermagem.Hoje em dia gente tem um numero muito maior de atendimentos de enfermagem do que de consultas médicas, eles aceitam mais as orientações de enfermagem com a implantação do grupo. Foi aonde a gente conseguiu participar junto a esses pacientes. (Enf J.D.N).*
- *Quando o paciente está no grupo eles são mais dóceis, são mais carinhosos, ouvem mais. Agora quando eles estão aqui e vem para as consultas com a enfermeira parece que eles criam uma barreira. Ele aqui sozinho aqui ele não consegue falar e muitas*

vezes não consegue ouvir aquilo que você quer passar. Parece que o grupo traz segurança pra ele, eles se misturam ali e têm um confiança grande e têm liberdade até pra falar agora quando estão sozinhos eles quase não falam. O grupo respalda eles, isso a gente nota. (Enf. J.D.N) [Grifo da Autora]

- *No começo os pacientes vinham todo dia, medir glicemia, verificar pressão e exigiam consultas fora de horário por qualquer motivo. Hoje não, hoje eles conhecem a dinâmica e o funcionamento da unidade e conhecem até os termos corretos, eles pedem uma consulta eventual, pois sabem que não é a do programa, eles sabem pra que serve uma unidade de saúde pra que serve um pronto socorro, eles sabem que no caso de uma hipoglicemia mais severa eles já devem ir direto pro pronto socorro, melhorou bastante essa parte de entendimento da população e na população que frequenta os grupos isso é mais forte.* (Enf. J.D.N)
- *É, são as mesmas pessoas que participam, mas tem diferença sim. Isso eu sei. São pessoas que entendem mais o Programa, são as pessoas que vêm nos atendimentos de enfermagem, são as pessoas que comparecem dentro daquele cronograma nas consultas médicas certinho.* (Enf. V.V.).

A adesão às atividades educativas não altera apenas a rotina do paciente em relação a sua patologia, os relatos mostram também alteração e melhora nos hábitos e rotinas familiares.

- *Um dia veio um Senhor aqui e eu perguntei: “Quanto é que o Senhor gasta de supermercado?” Ele disse: “Pouco”. Aí o homem pegou e falou tudo. Então eu falei: “Então o Senhor vai cortar isso e isso, aí o Senhor vai ver como vai ficar mais saudável”. O menino dele é diabético, a mulher diabética e ele diabético, a mulher “deste tamanho” [gesticula mostrando uma pessoa obesa], o menino “deste tamanho” [gesticula mostrando uma pessoa obesa], e ele, magro. Um belo dia eu estou trabalhando chega a esposa dele e fala: “Quem é que é a M?” Eu falei: “Sou eu”. “Escuta aqui quem é você para falar para o meu marido o que ele pode comprar e que não pode comprar?” Aí eu fiquei de atender,*

chamei ela e fui explicar pra ela quem eu era e porque é que eu falei aquilo. E falei assim: “Eu vou cadastrar você no programa e você vai tentar fazer tudo o que eu falei pro seu marido fazer”. E ela fez e muito bem! Ela economizou 40 reais, com esses 40 reais ela foi na feira, dava para ela gastar 10 reais por semana na feira, comprar um monte de coisa e pegaram o hábito de comer verdura, legume e tudo. Então... E veio agradecer. Hoje ela é assídua, (...).
(AE 1 J.D.N)

Mesmo estranhando a forma de abordagem e de agir desse profissional, percebe-se que a sua intervenção provocou uma reação positiva do usuário na mudança dos seus hábitos de vida e isso só é possível quando existe um vínculo e uma relação de confiança entre o usuário e a unidade de saúde.

- *Vocês perceberam? Não sei se vocês perceberam a Dna. L., pobrezinha, ela não saía... Depois que ela começou a participar do grupo e das danças, ela vem só por isso...(ACS 2 J.D.N)*
- *Mais ela era mulher super assim... Azeda, doente. Depois que ela começou a participar, eles foram jogar em Porto Ferreira, ganharam tudo, a Dona. L. ganhou em primeiro lugar, a melhor jogadora e sábado vai ter baile...(AE 2 J.D.N)*

Porém nem todos os funcionários envolvidos acreditam na efetividade das ações educativas. Isso se dá, segundo os relatos, pelas características sociais da população atendida.

- *Eu sinceramente acho que [as atividades de grupo educativo] não [são efetivas]. Pelo menos no diabético por ter um perfil diferente dos outros, por ser pessoa idosa, uma pessoa já assim sem perspectiva de vida, um perfil econômico difícil. Então quando eu realizei a primeira consulta de enfermagem com uma senhora do programa eu comecei a falar que nem uma tagarela e a paciente ficou só olhando. “E aí? Como é que você vai fazer agora, conta pra mim o que a Sra. achou”. “Então, eu não sei, isso é que eu to pensando, não sei o que eu vou fazer, porque na minha casa só tem arroz e polenta” (Enf. J.S.P.).*

- *Eu acho que [o grupo educativo] não funciona... Com esse nível de população infelizmente não. Não dá para escolher dieta. A gente sabe que o tratamento, por exemplo, tem que ser as três coisas juntas: tem que ser a dieta, a medicação e o exercício físico. Faltando um deles... Acabou! Então a dieta, você pode esquecer. É o que dá para comer. Hoje em dia a gente pergunta: O que a Sra. tem em casa para comer? Aí trabalha em cima do que eles têm em casa. Quase sempre é inadequado. (Enf. J.S.P.).*

7.4- Categoria Saúde-Doença

7.4.1- Aceitação da Doença

O que se percebe é que os usuários não aderentes têm mais dificuldades em aceitar a doença. Para NUNES, 2000 a doença representa duas dimensões, a estrutural e a simbólica. Isso faz com que as pessoas as pessoas experimentem a doença de diversas formas

- *Essa doença é muito ingrata, tem dia que eu pego a insulina e preparo, mas aí não me dá coragem de aplicar, parece que a agulha não vai entrar e eu não aplico, não aplico mesmo! Mas aí eu não me sinto mal, se eu me sinto mal, vou no postinho. Mas tem dia que eu aplico direitinho! E a gente vai levando a doença assim... Quer dizer, ela vai levando a gente, **ela manda na vida da gente** [choro da paciente] (Usuário 3 V.V) (Grifo da autora)*

Ainda apoiada em NUNES, vemos que a experiência com o sofrimento está “*entretecida nas estruturas sociais e em lugar de ser meramente uma experiência individual , são construções e produções sociais coletivas da realidade*” (NUNES, 2000 p:220)

- *Mesmo a insulina eu não tomo sempre. Eu fico muito triste, por que eu era muito saudável. **Sou nordestina, comia comidas fortes**, às vezes eu comia errado, eu sei, mas eu não tinha nada, problema nenhum. Aí me veio esse problema de pressão e a diabetes. Isso me deixa muito mal. (Usuário 3 V.V) (Grifo da autora)*

- *Faz só três meses, (que eu descobri a doença) porque começou assim: minha boca ressecava, minha mãe tinha, minha família quase inteira tem e a minha irmã me falava assim: “vai fazer exame de sangue que você ta com diabete”. Eu falei: ‘**Que diabete o quê, eu não tenho essas coisas não**’. E eu bebia água, bebia água, você precisava ver uma coisa e sentia uma canseira, nossa! Pra eu sair daqui e ir ali, , eu sentia aquela canseira que eu não agüentava! E ficava com a barriga desse tamanho de tanto beber água, e bebia água. (Usuário 5 J.D.N). [Grifo da Autora]*
- *Ah! Sabe que custou pra entrar na minha cabeça? Custou pra mim compreender que eu tava com esse sintoma? Custou pra eu aprender a conviver com isso? Aí ainda eu falei assim: “Eu não tenho isso daí não, logo comigo? Eu era tão forte, agora... logo comigo vai acontecer isso?” Ah eu não acreditava, chorava e me falavam assim: “A Senhora. não pode ficar chorando, você tem que se conformar, você tem que controlar ela, você tem que saber controlar ela. Saber o que você come”. E eu era chegada num doce... (Usuário 5 J.D.N)*

A não aceitação da doença já levou alguns usuários a ter sérias complicações relacionadas ao diabetes.

- *Ela [a diabetes] é “teimosa”. Não havia meio de abaixar. Inclusive uma vez eu fui internada, tava 300 e tanto, quase 400. Lá no hospital só abaixou com insulina. No dia eu que eu saí elas aplicaram a insulina e aí não conseguia abaixar de jeito nenhum. Depois que eu to fazendo regime, tomando medicamento corretamente, graças a Deus, abaixou.(Usuário 1 VV)*

Algumas falas denotam que as percepções da doença são influenciadas pela relação médico-paciente e com a terapêutica proposta.

- *Só [fui internado] a primeira vez, quando eu não sabia que eu tinha diabetes, eu vendia sorvete, eu tava bem magrinho, e a minha filha falou: “Ô pai o Sr. ta doente e eu vou marcar uma consulta”.Aí marcou com o Doutor, eu fui e ele disse. “Olha, se for o que eu to pensando eu vou internar o seu pai hoje mesmo”.*

Aí passou, isso era umas 09:30 por aí, daí ele falou: “Êh seu José, se o Senhor não vem pra cá a coisa pro Senhor ficava ruim, tua diabete ta em 450”. Eu não sabia o que é que era né. “Mas o que é que é isso?” “É uma doença que dá, se você controlar ela você vai vivendo”. Mas nisso que eu tava internado lá eu já tava tomando insulina... (Usuário 1 J.S.P.)

- *No começo eu ficava ruim, ruim. Eu ia lá no postinho e ficava o dia inteiro tomando soro, arrebatava a veia e ficava inchado e eu vinha embora pra casa. Quando via ficava ruim de novo, de madrugada, tinha que me levar de novo. E ficou mais de mês desse jeito e aí o Dr. N. tava lá, primeira pessoa que viu e me disse: “Nossa! Vai imediatamente para o hospital”. Ele mesmo que chamou a ambulância urgente. Aí mandou fazer a ponta de dedo, na hora lá, “pelo amor de Deus, manda essa mulher para o hospital imediatamente”. (Usuário 5 J.D.N)*

Percebemos assim, que mais do que um conjunto de sintomas clínicos ou desconfortos, a doença representa uma alteração na estrutura social e cultural em que o paciente se insere e a percepção e a aceitação da doença pelo usuário são fatores importantes para a adesão deste ao tratamento proposto. Segundo ADAM e HERZELICH, 2001, o doente estabelece uma relação destrutiva com a doença, se a mesma interrompe suas atividades e impossibilita sua integração social. *“Ele (o doente) se esforçará para lutar contra esta situação, chegando a negar a doença enquanto for possível”.* (ADAM e HERZELICH, 2001, p: 70)

7.4.2- A Concepção de Tratamento dos Usuários

A concepção de tratamento que os usuários entrevistados têm está, na totalidade das entrevistas, relacionada ao componente medicamentoso. Todos os usuários entrevistados quando indagados sobre como era o tratamento da sua patologia, se referiram à medicação.

- *Qual o remédio que eu tomo? Eu tomo insulina, 15 unidades de manhã e 10 à tarde. Eu prefiro tomar uma injeção do que tomar um comprimido.* (Usuário 3 J.D.N)
- *O remédio que eu tomo? Ah! Eu tomo insulina, tomo os remédios que o médico manda, a insulina, o metiformina, tomo aquele ASS infantil que ele fala que é pra desobstruir as veias.* (Usuário 1 J.D.N)
- *Ah! Eu tomo um monte de comprimido né! Só que o nome de todos eu não vou lembrar não... Tomo insulina às 7 horas da manhã. Eu tava tomando 11 sabe? Mas essa semana passada eu passei medo e ele me falou: “Dona M., a diabete da Sra. ta alta, eu vou passar para 15 unidades. Eu to fazendo 15, agora o mês que vem eu vou passar por ele para ver o resultado”.* (Usuário 2 J.D.N)
- *Não, eu não faço tratamento, só dieta. Todos os remédios que tomei me fizeram mal.* (Usuário 1 VV) [Grifo da Autora]
- *Eu tomo insulina... E a Metiformina de 500. Eu tava tomando duas, eu to tomando uma só agora. Eu tava tremendo muito...* (Usuário 1 J.S.P)
- *É com medicação, eu entrei no [programa do] postinho e eles fizeram de tudo e tava alta mesmo e aí comecei a tomar medicação, insulina e comprimido.* (Usuário 4 J.D.N)

Constatamos durante as entrevista que **todos** os usuários não reconhecem a atividade grupo-educativa como parte do tratamento. Tal fato pode ser um reflexo das percepções da unidade de saúde acerca dessas práticas.

7.4.3- Os Hábitos de Vida

Uma das maiores dificuldades relatadas pelos usuários é a mudança dos hábitos de vida, principalmente os relacionados à alimentação. Mesmo fazendo o uso correto da medicação indicada pelo médico e algum tipo de atividade física, os usuários não conseguem controlar seus parâmetros de glicemia devido a hábitos alimentares inadequados.

- *Ah! Eu como... Tem vez que eu almoço um pouquinho mais, tem vez eu almoço menos, né? Duas colheres. Tem vez que eu janto, tem vez que eu ponho um tanto e não vai, e eu não sei. Mas a Senhora veja, na minha idade 80 anos,depois de tudo que eu trabalhei ficar passando fome!! Às vezes eu como uma coisinha, uma manga, um pedacinho de broa, mas não é de comer [que a glicemia sobe] não, viu? Eu não sei o que é que ta acontecendo. (Usuário 2 J.D.N.) [Grifo da Autora]*
- *Nossa! Não se pode tomar um café que presta, com tudo que eu já trabalhei. Um café ruim, sem açúcar, aquele adoçante me mata eu, mas que é que eu vou fazer. Eu to fazendo de tudo para ver se quando eu voltar nele [o médico] a glicemia já abaixou. (Usuário 2 J.D.N)*
- *Eu faço a ginástica com o rapaz que dá aula de ginástica para o pessoal que tem diabete, problema de pressão, sabe? Mas minha esposa ficou doente, aí ela [a glicemia] foi pra 362. Ah! Eu acho que fiquei muito nervoso, fiquei sem comer, descontrolou remédio, horário, sabe? (Usuário 1 J.D.N)*
- *Olha! Tem dia que eu faço [dieta], mas tem dia que me dá um desespero. Eu como de tudo, como de tudo e já não quero comer mais. Agora eu to assim, to com problema de cabeça. (Usuário 3 J.D.N)*
- *O médico me tirou os remédios, e disse só para segurar a boca. Então, de vez em quando eu como um docinho, porque é muito difícil às vezes dá uma vontade louca de comer doce. Mas, não sinto nada, graças a Deus não tenho nada. (Usuário 1 VV)*
- *O problema é a questão da alimentação. A cada duas horas você tem que estar comendo alguma coisa, mastigando alguma coisa por causa do metabolismo. Aí eu pensei, vou fazer vestibular, vou prestar faculdade, vou ter que levar um lanche e ter que ficar comendo toda hora lá na escola? A cada duas horas? Eu tava pensando nisso hoje, eu não como salgado nem refrigerante, então eu tenho que levar um “tupewarzinho” com frutas pra mim na escola? É muito chato! Toda vez eu vou ter que parar pra comer? Vou sempre ter que ter alguma coisa na bolsa pra comer? Foi por isso que eu “larguei mão” de querer estudar! (Usuário 2 VV)*

Como já dito anteriormente, mudar hábitos na vida de alguém é uma tarefa bastante complexa e exige uma ação em tempo contínuo. A atividade educativa tem o papel de fornecer subsídios para que o paciente mude seus hábitos de vida em prol da melhora de seus sintomas, porém essa é uma alteração que envolve não só o usuário, mas todo seu círculo familiar e social. Segundo ADAM e HERZELICH, 2001 as modificações dos comportamentos dos usuários baseiam-se em crenças, aceitação das informações dada pelo corpo médico, crença na realidade da ameaça e suas conseqüências e crença na eficácia das medidas preventivas.

Nota-se assim uma “coerência” na conduta dos usuários, pois os mesmos usuários que não reconhecem a atividade grupo-educativa como tratamento mostram muita dificuldade em mudar os hábitos de vida que irão contribuir para a melhora de sua saúde.

8- CONCLUSÕES

O objetivo inicial desta dissertação era conhecer os motivos da não adesão dos pacientes diabéticos às práticas grupo-educativas oferecidas pelas Unidades de Saúde. Partimos do levantamento dos registros das atividades educativas realizadas pelas Unidades de Saúde (ANEXO I) onde verificamos que **todas** as Unidades de saúde do Município realizavam as atividades e possuíam estrutura física e de recursos humanos adequados para a realização das mesmas. Foram escolhidas, então, três Unidades de Saúde para a realização desta pesquisa.

Porém no decorrer da pesquisa verificamos que o quadro inicial não correspondia a realidade constatada.

Uma das unidades pesquisada não realiza atividades grupo-educativas devido a insuficiência de recursos humanos, falta de treinamento da equipe e falta de implicação da coordenadora da unidade com a atividade proposta. Em outra unidade de saúde observamos que o modelo de atenção à saúde adotado não permite o envolvimento de toda a equipe a este tipo de atividade. Portanto apenas uma das unidades que compõem a dissertação realiza atividades educativas propriamente ditas, com pacientes diabéticos.

No entanto sabemos que o diabetes representa um grave problema de saúde pública no Brasil.. Tem alcançado altos níveis epidêmicos e está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, acarretando altos custos para o tratamento das complicações decorrentes da doença. É uma patologia onde o compromisso e a participação do paciente no processo de cura é fundamental.

O tratamento dispensado aos pacientes crônicos não contempla a realidade social na qual ele se insere. O modelo de atendimento mais comum vivenciado nas Unidades Básicas de Saúde privilegia o enfoque da patologia e não do usuário como um todo. Esse modelo de atenção, centrado na conduta médica e na doença, acompanha o usuário há um bom tempo, e, portanto está incorporado ao modo da população lidar com a sua saúde.

A atividade educativa, como ferramenta das ações de Educação em Saúde, se contrapõe ao modelo “medicocêntrico” e medicalizante, produzindo um modelo de atenção diferente daquele instituído e padronizado comprometendo o paciente com a sua patologia, auxiliando-o na mudança dos seus hábitos de vida e contribuindo para a melhora do seu quadro de saúde.

A Promoção da Saúde configura-se uma vertente de atuação em saúde que objetiva a adoção de hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva e a inter-relação saudável das pessoas com seus ambientes pessoais, domiciliar, de trabalho e de lazer

Neste panorama, a Educação em Saúde torna-se uma importante ferramenta de atuação junto à população, uma vez que atribui a ela os cuidados com a sua saúde através do oferecimento de subsídios e recursos teóricos e científicos para isso. A prevenção evita custos para o serviço público de saúde e melhora a qualidade de vida da população

A concepção de tratamento que os usuários entrevistados têm está, na totalidade das entrevistas, relacionada ao componente medicamentoso. Todos os usuários entrevistados quando indagados sobre como era o tratamento da sua patologia, se referiram à medicação. Apenas uma pequena porcentagem dos usuários participa das atividades de grupo. A maioria não adere às práticas educativas oferecidas pela unidade.

Uma das conseqüências da baixa aderência dos usuários às atividades grupo-educativas é que a maioria deles faz uso de hipoglicemiante oral, prática recomendada como secundária pelo Ministério da Saúde. Outra é o grande número de número de complicações agudas. Elas indicam a existência de uma alimentação inadequada, já que a maioria das complicações revelou hiperglicemia.

A condução das atividades grupo-educativas é quase sempre realizada por enfermeiros. Em todas as Unidades de saúde do Município é responsabilidade da enfermeira, organizar, estruturar, convocar os pacientes e conduzir as práticas grupo-educativas.

Porém, nem sempre a formação recebida por esse profissional o prepara para exercer esta função. Mudar hábitos na vida de alguém é uma atividade bastante complexa, pois a ação que se aplica a esse cliente não deverá durar apenas uma hora ou o tempo de permanência dele na unidade de saúde, exige uma atividade contínua e de caráter duradouro. Nas unidades onde a formação da enfermeira contempla as ações educativas já durante a graduação, as atividades de grupo são mais frequentes e a adesão dos usuários é maior

A preparação para condução das atividades educativas deveria vir da instituição onde o trabalho é realizado, mas a formação recebida pelas enfermeiras durante a graduação tem grande influência na condução dada às atividades educativas. É preciso que a formação recebida pelo profissional seja acrescida de treinamento e supervisão dos trabalhos de grupo.

A falta de treinamento da equipe para faz com que as concepções de atividades grupo - educativas seja equivocada. O que aparece na maioria das falas é a confusão entre condução de atividades educativas e palestras. A idéia de grupo parece reduzida a uma idéia de “ajuntamento de pessoas ou de pacientes” e não de um conjunto de pessoas “em interação” Daí fica a crença de que qualquer atendimento feito coletivamente torna-se um atendimento em grupo.

Um outro fator importante que aparece é a implicação profissional com a atividade desenvolvida. O envolvimento com as atividades, somadas a uma formação profissional que contemple as ações de saúde pública na sua totalidade, treinamentos adequados e afinidade com esse tipo de trabalho comporiam o cenário ideal para uma condução de atividade grupo educativa efetiva.

O funcionário envolvido com a atividade é o que mais sente os reflexos negativos da não adesão do paciente às atividades propostas, ela aparece como motivo de angústia para a equipe, pois ela reconhece a efetividade das atividades educativas para o tratamento da doença. Como há uma grande inconstância na frequência nos grupos, os funcionários adotam as mais variadas estratégias para atrair os usuários a vir e a se manter

nos grupos As atividades grupo-educativas parecem aumentar os vínculos da equipe de funcionários com os pacientes diabéticos.

O papel do médico aparece como fator de fundamental importância para o sucesso das atividades. A preferência da população ainda é pelo modelo de atenção médico centrado e medicamentoso, portanto quando o médico não está envolvido com as atividades educativas a adesão é mais baixa.

Os motivos para a não adesão dos usuários são muito variados O horário em que as atividades acontecem, compromissos familiares e mesmo a programação da televisão naquele horário são justificativas para a não adesão. Mas outros fatores como a abordagem centrada na doença, reuniões esvaziadas, informações repetidas e reuniões em forma de palestras aparecem como causas da baixa adesão. Além disso, o Programa Municipal instituiu normas e periodicidades muitas vezes incompatíveis com a rotina e característica das unidades, sobrecarregando o paciente e a equipe e dificultando a frequência do usuário.

O fenômeno da adesão revela o funcionamento da unidade como um todo, os recursos institucionais, a preparação do profissional e o tipo de modelo adotado funcionando assim como um analisador dos processos de trabalho e da relação usuário/unidade de saúde.

Os usuários aderentes às atividades seguem um perfil semelhante. São usuários mais dependentes do serviço, mais inseguros e com mais dificuldade em aceitar a própria doença. Isso torna a atividade educativa muito mais relevante, pois ela modifica o comportamento do usuário não só em relação à sua doença, mas também o auxilia a compreender melhor o funcionamento da unidade e a colaborar com a equipe.

Uma das maiores dificuldades relatadas pelos usuários é a mudança dos hábitos de vida, principalmente os relacionados à alimentação. Mesmo fazendo o uso correto da medicação indicada pelo médico e algum tipo de atividade física, os usuários não conseguem controlar seus parâmetros de glicemia devido a hábitos alimentares inadequados. Uma orientação efetiva poderia modificar esse quadro.

As atividades educativas têm um importante papel no tratamento das doenças crônicas. Mais do que transmitir orientações sobre uma doença com a qual o indivíduo deverá conviver por toda a sua vida cabe à equipe auxiliar o usuário na adequação do seu cotidiano, ou mesmo o de toda família, a diferentes hábitos de vida, necessários ao controle dos parâmetros vitais normais do usuário.

Porém podem ser ainda mais efetivas se a formação dos profissionais responsáveis pela condução dessas atividades contemplar as técnicas de abordagem em grupo desde a sua graduação, com abordagens das diferentes técnicas e dinâmicas de condução de grupos .

Também é necessário treinamento e supervisão das atividades realizadas. Embora a lei do exercício profissional (ANEXO II) não delimite a competência dessas ações, conduzir atividade grupal é uma tarefa complexa. Inserir-se no cotidiano das pessoas, na rotina alimentar de toda uma família requer do profissional capacitação para lidar com as questões que irão emergir desses momentos. Isso faria a diferença entre uma condução de atividade efetiva e a palestra simplesmente focada na patologia, presenciada atualmente.

A implicação positiva do profissional com a atividade é o grande diferencial no sucesso da condução dos trabalhos de grupo. O profissional envolvido vivencia a atividade em grupo de maneira plena. Mais do que seguir uma determinação institucional, o funcionário implicado com a atividade acredita na eficácia da atividade e se capacita para torna-la ainda mais efetiva.

As diferenças de gêneros também precisam ser respeitadas. Homens e mulheres têm maneiras diferentes de se relacionar em grupo. Para as mulheres, por questões culturais, parece ser mais fácil externalizar dúvidas e angustias em espaços coletivos. Do modo como as reuniões são conduzidas a participação de homens fica limitada. As mulheres trocam receitas culinárias, se expõem mais, se envolvem mais com o grupo. Já os homens usam o momento para aprender a lidar com a sua doença e não para interação social, e essas diferenças devem ser respeitadas.

Enfim o fato do paciente diabético de uma Unidade de Saúde aderir plenamente a uma atividade grupo-educativa se correlaciona diretamente com uma maior aceitação da doença, maior participação deste em relação ao seu tratamento, tornando-o um sujeito ativo na sua terapêutica, e um apoio maior entre outros usuários com as mesmas sintomatologias para a difícil tarefa de mudança nos hábitos da sua vida e de seus familiares.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM. P e HERZLICH. C., Saúde, Doença e suas Interpretações Culturais e Sociais. In: **Sociologia da Doença e da Medicina**, EDUSC, Bauru, S.P. ,2001 p: 69-86

ANDRADE, S. M., SOARES, L.C.J (Org.), **Bases da Saúde Coletiva**, Ed. UEL/ Abrasco, Rio de Janeiro, 2001.

ASSUNÇÃO, M.C. F.; SANTOS, I. S ; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, jan/fev. 2000 vol.18, nº 1, p.205-211.

BARBIER,R. O Conceito de “Implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas In: Pesquisa-Ação na Instituição Educativa. Rio de Janeiro, Ed. Zahar,1985 p:105-128

BARROS, R.B, **Grupo a afirmação de um Simulacro**, Tese de Doutorado em Psicologia clínica, PUC/S.P, São Paulo, 1994 p 38-55

BARROS, R.B. Grupo: Estratégia na Formação In: BRITO ; ATHAYDE & BARROS, Trabalhar na escola? Só inventando o prazer. Cuca II PUB, Rio de Janeiro, 2001. p. 71 – 88.

CAMPOS G.W.S., Subjetividade e administração pessoal: Considerações sobre o modo de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o Público**, Hucitec, São Paulo, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o Método da Roda..** Hucitec, São Paulo, 2000.

CANESQUI, A. M., **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**, Hucitec/Abrasco, São Paulo 1995 p. 69-86

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, Rio de Janeiro, jul./ago.2004, (<http://www.scielo.br/scielo>, acessado em 23/Ago/2004).

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

CONTRADIPOLUS, A. P. et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos in: HARTZ, Z (Org), **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas.** , Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

COSTA, A. A.; ALMEIDA Neto, J.S., **Manual de Diabetes: Alimentação, Medicamentos e Exercícios.**: Sarvier. São Paulo, 1992.

FRIEDRICH, D. B. C. ; SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, nov./dez. 2002, vol.10, no.6, p.772-779.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A; REIS, D. C. et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, jan./fev. 2005, vol.21, no.1, p.200-206.

GRANADA, Gelso Guimarães, **Grupos educativos multiprofissionais e promoção da saúde: a experiência em um centro de saúde/escola**, Campinas, 2004 (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas)

GUATTARI, F. Revolução molecular: **Pulsões Políticas do Desejo**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987 p:88-105. Título original: La Révolution Moléculaire. (Tradução de Suely Belinha Rolnik)

HAGUETTE, T.M.F. A Entrevista In: **Metodologias Qualitativas na Sociologia.**, Petrópolis, Vozes, 1990 p 75 –79.

HELMAN, C.G. Dieta e Nutrição In: **Cultura, Saúde e Doença** Porto Alegre, 4ª ed, Artmed, 2003 p 49 –70.

HESS, R. e SAVOYE, A. A intervenção socioanalítica. In: HESS, R. e SAVOYE, A. **L'Analyse Institutionnelle** (Que sais je?). Tradução de Ana Lúcia Abrahão da Silva e Lucia Cardoso Mourão. Revisão de Solange L'Abbate. 2 Ed. Paris: PUF, 1993. cap. 09. p. 97-111

HESS,R. O Movimento da Obra de René Lourau (1933-2000 In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo, Hucitec, 2004: p:15-46.

L' ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H.B.C; ALTOÉ, S. (Org). **Saúde e Loucura** nº 8: Análise Institucional. .São Paulo, Hucitec. 2004 p 79-99

L'ABBATE, S. Comunicação e Educação: uma prática de saúde, In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o Público**, Hucitec, São Paulo, 1997.

L'ABBATE, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 08 (01): 2003, p. 265-274

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde, BIS **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 34, dez 2004. São Paulo, p.6-9

L'ABBATE, S., Educação em Saúde uma Nova Abordagem, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(4): Outubro/Dezembro 1994. p. 481-490

L'ABBATE, S. ,Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional In: BARROS N.F; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos Olhares** , Campinas – S.P. FCM/ UNICAMP, 2005 P. 235-246

L'ABBATE,S. Educação e Sociedade : Uma Abordagem Pedagógica para Odontologia In: BOTAZZO, C. & FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**, São Paulo, Ed UNESP, Bauru, SP: EDUSC;, 1998 p. 273-229.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Tradução. Henrique Augusto de Araújo Mesquita. 2.ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1989 p: 07-62

LEITÃO, M. B. S.; Clínica e processos de subjetivação, In: RODRIGUES, H. B. C., LEITÃO, M.B.S; BARROS R.D.B. (Org) **Grupos e instituições em análise**, 2ª ed, Record, Rio de Janeiro 2000, p. 144 –156

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M. P.C. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, vol 8 nº3, p. 775-782. ISSN 1413-8123

LOURAU, R. **A análise institucional.**, Vozes, Petrópolis, 1975.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ: Análise Institucional e práticas de pesquisa.** Ed. UERJ, Rio de Janeiro, 1993.

LOURAU, R. No Rumo da intervenção Socioanalítica, In: **A análise institucional 2ª Edição.**,Ed. Vozes, Petrópolis, R.J. 1996 p: 265-291.

LOURAU, René. Grupos e instituição. In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: analista institucional em tempo integral.** São Paulo, Hucitec, 2004: 176-185.

MEHRY, E.E, A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas, . In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o Público**, Hucitec, São Paulo, 1997.p. 197 - 228

MELLO, D. A.; ROUQUAYROL, M. Z.; ARAUJO, D. et al. Promoção à Saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, jul./set. 1998, vol.14, no.3, p.583-595.

MERHY, E. E., O ato de governar as tensões constitutivas do agir em Saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2);, 1999 p.305 - 314.

MERHY, E. E, Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida, (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade de ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O (org)., **Inventando a Mudança na Saúde.** Hucitec, São Paulo, 1994 p. 113-160.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo, Hucitec, 1999.

NUNES, E.D., A Doença como Processo Social In: CANESQUI, A. M.(Org), Ciências Sociais e Saúde para o ensino Médico, Hucitec/FAPESP, São Paulo, 2000 p. 217-229

NUNES, E. D. A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, no.1, p.287-297. ISSN 1413-8123.

PUCCINI, Paulo de Tarso e CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, set. /out. 2004, vol.20, no.5, p.1342-1353. ISSN 0102-311X.

RODRIGUES, HBC - Sobre as histórias das práticas grupais: explorações quanto a um intrincado problema. In: JACÓ-VILELA, AM & MANCEBO, D. (ORG) **Psicologia Social : abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro, ed UERJ, 1999: p 111-165.

SPAGNOL, C. A et al **O acontecer das práticas grupais nas organizações de saúde: um estudo bibliográfico** texto elaborado para a disciplina SC386 Análise Teórico – Metodológica das instituições de saúde: Ênfase em Análise Institucional. Curso de Pós – Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP- Campinas/ SP, 2004.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. O Projeto. **Como fazer teses em saúde pública**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro 2001.p 47-81

WESTPHAL, M.F., et al. Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil, **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.120, n.6 , 1996, p.472-82.

10- ANEXOS



18-MEDICAMENTOS ATUALMENTE UTILIZADOS

Unidade		Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Somente hipoglicemiante oral	biguanidas	68	27,53	2	66,66	57	27,27	62	42,17	4	6,34	50	16,07	7	41,17	1	11,11	32	53,33	9	23,07	292	26,42	
	sulfoniuréias	10	42,96	1	33,33	65	31,10	39	26,53	28	44,44	19	63,34	4	11,76	6	66,66	11	18,33	3	5	2	460	41,62
	biguanidas + sulfoniuréias	70	28,34	0	0,00	70	33,49	46	31,29	31	49,20	59	18,97	8	47,05	2	22,22	14	23,33	3	5	0	325	29,41
	outros	3	1,21	0	0,00	17	8,13	0	0,00	0	0,00	5	16,07	0	0,00	0	0,00	3	5,00	0	0,00	28	2,53	
	total	24	66,97	3	13,63	20	75,72	14	72,05	7	55,763	31	58,23	1	7	68,00	9	81,81	60	59,40	3	9	51,31	110
Somente Insulina		69	18,69	1	54,54	27	9,78	17	8,33	25	22,12	90	16,85	1	4	0	0,00	6	5,94	7	9,21	254	14,67	
Hipoglicemiantes orais e insulina	biguanidas e insulina	32	88,88	6	100,00	15	68,18	30	75,00	5	23,80	74	79,56	3	100,00	2	100,00	22	91,66	6	9	1	198	76,74
	sulfoniuréias e insulina	2	5,55	0	0,00	3	13,63	7	17,50	3	14,28	16	17,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	1	9,09	32	12,40
	biguanidas sulfoniuréias e insulina	2	5,55	0	0,00	4	18,18	3	7,50	13	61,90	3	3,22	0	0,00	0	0,00	1	4,16	1	9,09	27	10,46	
	outros e insulina	0		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,16	0	0,00	1	0,38	
	total	36	9,75	6	27,27	22	7,97	40	19,60	21	18,58	93	17,41	3	12,00	2	18,18	24	23,76	1	1	7	258	14,90
	Somente orientação alimentar e exercício físico	17	4,60	1	4,54	18	6,52	0	0,00	4	3,53	40	7,49	3	12,00	0	0,00	11	10,89	1	9	25,00	113	6,52
Não Fizeram tratamento		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05	
Total		36	21,39	2	1,27	27	15,94	20	11,78	11	6,52	53	30,84	2	1,44	1	0,63	10	5,83	7	4,39	173	100,00	

19- I.M.C. NO INÍCIO DO PROGRAMA

Unidade	Rosário		C. Saúde		D Nicolau		V. Conrado		Sto Antonio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Subpeso	4	1,08	3	13,6	4	1,44	3	1,47	0	0,00	2	0,37	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	16	0,92
Normal	121	32,79	6	27,27	83	30,07	50	24,50	33	29,20	61	11,42	5	20,00	4	36,36	12	11,88	12	15,78	387	22,35
Sobrepeso	42	11,38	0	0,00	77	27,89	10	4,90	27	23,89	152	28,46	0	0,00	1	9,09	17	16,83	25	32,89	351	20,27
Obesos I	79	39,10	7	53,8	54	48,21	80	56,73	33	62,26	164	51,41	14	70,00	4	66,66	42	58,33	15	46,87	492	56,03
Obesos II	113	55,94	2	15,38	46	41,07	42	29,78	15	28,30	85	26,64	6	30,00	2	33,33	25	34,72	11	34,37	347	50,72
Obesos III	10	4,95	4	30,76	12	10,71	19	13,47	5	9,43	70	21,94	0	0,00	0	0,00	5	6,94	6	18,75	131	13,50
Total Obesos	202	54,74	13	59,1	112	40,57	141	69,11	53	46,90	319	59,73	20	80,00	6	54,54	72	71,28	32	42,10	970	56,03
Total Obesos		54,74																				100
Sem I M C																			7	9,21	7,00	0,40
Total	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100

20- I.M.C. NA ÚLTIMA VERIFICAÇÃO

Unidade	Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Subpeso	4	1,08	3	13,6	4	1,44	8	3,92	0	0,00	14	2,62	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,31	34	1,96
Normal	125	33,87	7	31,81	102	36,95	66	32,35	36	31,85	60	11,23	11	44,00	4	36,36	24	23,76	11	14,47	446	25,76
Sobrepeso	45	12,19	0	0,00	77	27,89	10	4,90	34	30,08	145	27,15	0	0,00	1	9,09	30	29,70	28	36,84	370	21,37
Obesos I	79	40,51	6	50,00	57	61,29	66	55,00	29	67,44	140	44,44	12	85,71	4	66,66	29	61,70	15	51,72	437	50,00
Obesos II	107	54,87	3	25,00	31	33,33	52	43,43	12	27,90	105	33,33	2	14,28	2	33,33	13	27,65	8	27,58	335	38,32
Obesos III	9	4,61	3	25,00	5	5,37	2	1,66	2	4,65	70	22,22	0	0,00	0	0,00	5	10,63	6	20,68	102	11,67
Total Obesos	195	52,84	12	54,5	93	33,69	120	58,82	43	38,05	315	58,98	14	56,00	6	54,54	47	46,53	29	38,15	874	50,49
Sem I M C																			7	9,21	7	0,40
Total	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100

21- RESULTADO DA ÚLTIMA DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL NO PERÍODO DE 01/10/03 A 31/12/03

Unidade	Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antonio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
não fizeram	115	31,16	15	68,18	4	1,44	17	8,33	0	0,00	98	18,35	2	8,00	0	0,00	4	3,96	12	15,78	267	15,42	
Fizeram	>= 200mg/dl	113	44,48	2	28,57	122	44,85	87	46,52	50	44,24	254	58,25	12	52,17	5	45,45	54	55,67	27	42,18	726	49,59
	< 200mg/dl	141	55,51	5	71,42	150	55,14	100	53,47	63	55,75	182	41,74	11	47,82	6	54,54	43	44,32	37	57,81	738	50,40
	total	254	68,83	7	31,81	272	98,55	187	91,66	113	#####	436	81,64	23	92,00	11	100,00	97	96,03	64	84,21	1464	84,57
Total	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00	

22. RESULTADO DA ÚLTIMA DOSAGEM DAS FRAÇÕES DO COLESTEROL (LDL E HDL) NO PERÍODO DE 01/10/02 A 31/12/03

Unidade		Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
Exames		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fizera m LDL	LDL >= 100mg/dl	64	62,74	3	75,00	120	47,05	48	60,00	72	67,28	210	53,70	13	72,22	8	72,72	60	61,85	35	64,81	633	56,56
	LDL <= 100mg/dl	38	37,25	1	25,00	135	52,94	32	40,00	35	32,71	181	46,29	5	27,77	3	27,27	37	38,14	19	35,18	486	43,43
Total	LDL	102	27,64	4	18,18	255	92,39	80	39,21	107	94,69	391	73,22	18	72,00	11	100,00	97	96,03	54	71,05	1119	64,64
Não fizera m	LDL	267	72,35	0	0,00	0	0,00	124	60,78	6	5,30	143	26,77	7	28,00	0	0,00	4	3,97	22	28,94	612	35,35
Fizera m LDL	HDL > = 40 mg/dl	37	36,27	3	75,00	126	49,41	45	42,05	58	54,20	158	40,40	12	66,66	6	54,54	51	52,57	24	44,44	520	45,37
	HDL <= 40 mg/dl	65	63,72	1	25,00	129	50,58	62	57,94	49	45,79	233	59,59	6	33,33	5	45,45	46	47,42	30	55,55	626	54,62
Total	HDL	102	27,64	4	18,18	255	92,39	107	52,45	107	94,69	391	73,22	18	72,00	11	100,00	97	96,03	54	71,05	1146	66,20
Não fizera m	HDL	267		0	0,00	0	0,00	97	47,54	6	5,30	143	26,77	7	18,00	0	0,00	4	3,97	22	28,94	585	33,79
Total pacientes		369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00

23. RESULTADOS DA ÚLTIMA DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES NO PERÍODO DE 06/10/02 A 31/12/03

Unidade		Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
Realização Exames		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
não fizeram		116	31,43	15	68,18	0	0,00	20	9,80	5	4,42	79	14,79	2	8,00	0	0,00	4	3,96	12	15,78	253	14,61
Fizeram	>=150mg/dl	110	43,47	1	14,28	115	41,66	69	37,50	54	50,00	210	46,15	13	56,52	2	18,18	52	53,60	36	56,25	662	44,79
	<=150mg/dl	143	56,52	6	85,71	161	58,33	115	62,50	54	50,00	245	53,84	10	43,47	9	81,81	45	46,39	28	43,75	816	55,20
	total	253	68,56	7	31,81	276	100	184	90,19	108	95,57	455	85,20	23	92,00	11	100,00	97	96,03	64	84,21	1478	85,38
Total		369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00

24- NÚMERO DE TRABALHOS DE GRUPO REALIZADOS NO PERÍODO DE 01/10/02 a 31/12/03

Unidade	Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total Trabalhos	22	1,46	5	0,33	50	3,33	0	0,00	9	0,6	28	1,86	3	0,2	0	0,00	18	1,2	62	4,13	197	13,13
Total paciente	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00

25- NÚMERO DE PACIENTES ENVOLVIDOS POR TRABALHO DE GRUPO NO PERÍODO DE 01/10/02 a 31/12/03

Unidade	Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total pacientes	290	0,78	15	0,68	981	3,55	0	0,00	61	0,53	555	1,03	25	1,0	0	0,0	334	3,30	1240	16,31	3501	2,02
Total	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00

26- NÚMERO DE PACIENTES QUE FIZERAM ATIVIDADE FÍSICA NO PERÍODO DE 01/10/02 a 31/12/03

Unidade	Rosário		C. Saúde		D. Nicolau		V. Conrado		Sto Antônio		Jd São Paulo		B. Alegre		Pedregulho		PSF V. Valentim		PSF R. Jaguari		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total pacientes	50	13,55	0	0,0	58	21,01	17	8,33	21	18,58	43	8,05	0	0,0	0	0,0	12	11,88	32	27,35	233	13,46
Total	369	21,31	22	1,27	276	15,94	204	11,78	113	6,52	534	30,84	25	1,44	11	0,63	101	5,83	76	4,39	1731	100,00

ANEXO II

DIFERENÇA BÁSICA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

	Escolaridade	Duração do Curso (Aproximadamente)
Enfermeiro	Superior Completo	4 anos
Técnico de Enfermagem	Ensino Médio/ Segundo Grau	1 ano
Auxiliar de Enfermagem	Segundo Grau/Ensino Fundamental	1 ano

Quanto a competência

(Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986).

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:
I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- d), e), f) e g) (vetados)
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

- i) consulta de Enfermagem;
- j) prescrição da assistência de Enfermagem;
- l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;
- g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população;

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente: ·(a) participar da programação da assistência de Enfermagem;

b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;

c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: ·(a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

b) executar ações de tratamento simples;

c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 15 - As atividades referidas nos artigos. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. COFEN (www.cofen.com.br)

ANEXO III

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES RECÉM DIAGNOSTICADOS

ATENDIMENTO	TIPO	INTERVALO
1°	CM + CE	15 dias
2°	CE	15 dias
3°	CM + AE	A cada 30 dias
4°	CM + AE	
5°	AE	AE a cada 30 dias CM a cada 90 dias
6°	AE	
7°	CM + AE	
8°	AE	
9°	AE	
10°	CM + AE	
11°	AE	
12°	AE	
13°	CM + AE	

ANEXO IV

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES ESTÁVEIS

ATENDIMENTO	TIPO	INTERVALO
1º	CM + CE	15 dias
2º	CE	15 dias
3º	CM + AE	30 dias
4º	CM + AE	30 dias
5º	AE	30 dias
6º	AE	30 dias
7º	CM + AE	30 dias
8º	AE	AE a cada 30 dias CM a cada 90 dias
9º	AE	
10º	CM + AE	
11º	AE	
12º	AE	

CM-Consulta Médica

AE -Atendimento de Enfermagem: realizado por auxiliar de enfermagem

CE-Consulta de Enfermagem: Realizada pela Enfermeira

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-) Roteiro norteador para **Grupos focais** nas unidades de saúde escolhidas para a pesquisa com a equipe de enfermagem responsável pela condução dos trabalhos de grupo e enfermeira coordenadora da unidade.

1. Como começou a formação de grupos educativos na unidade de Saúde
2. Como as equipes das unidades receberam a determinação de trabalhar atividades educativas. (se positivo ou negativo)
3. De que maneira essa prática interferiu na rotina das unidades.
4. Quem executa essas tarefas.
5. Qual capacitação que os funcionários que executam esses grupos educativos tem?
Houve algum treinamento inicial para essa equipe?
6. Que mudanças trouxeram na formação do vínculo entre unidade e pacientes.

ANEXO VI

ROTEIRO DE ENTREVISTA

2.) Entrevistas individuais semi estruturadas junto aos usuários que **NÃO** participam das atividades educativas.

1. Há quanto tempo faz tratamento para diabetes?
2. Já freqüentou alguma atividade educativa na unidade? Quais, quando o que achou?
3. Tem em seus hábitos de vida o controle da dieta e exercícios físicos? Pode descreve-los?
4. Acha que o tratamento que está fazendo na UBS está controlando a sua doença?
5. Como avalia a UBS de maneira geral?

ANEXO VII

ROTEIRO DE ENTREVISTA

3-) Roteiro de entrevista a ser aplicado junto às **enfermeiras** responsáveis pelo planejamento e coordenação das atividades grupo-educativas desenvolvidas e Coordenadoras de Equipe.:

1. Como foi a sua formação acadêmica ? (onde se formou , há quanto tempo, como foi a trajetória acadêmica?)
2. Durante a sua formação, você foi treinada a implementar e conduzir atividades educativas? Pode descrever esses momentos?
3. Você gosta de conduzir atividades grupo-educativas?
4. Você acha essas atividades efetivas para o tratamento do diabetes?
5. Como é seu relacionamento com os pacientes do grupo?

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada “Atividades Grupo-Educativas Em Unidades Básicas De Saúde o Analisador Adesão” pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

A pesquisa tem como objetivo analisar a baixa participação aos trabalhos grupo-educativos, que compõe o tratamento para diabetes, junto aos usuários das unidades básicas de saúde no município de São João da Boa Vista e o impacto dessa não participação no processo de trabalho das equipes, oferecendo subsídio teórico às atividades que permitam às unidades de saúde traçar estratégias que levem o aumento da participação da população ..

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da Dissertação.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à ela.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador (a) da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

São João da Boa Vista/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Lia Bissoli Malaman

Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP

Telefones para contato: (19) 36231286 e (19) 97376425

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp telefone: (19) 3788 8936.

ANEXO IX

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada “Atividades Grupo- Educativas Em Unidades Básicas De Saúde o Analisador Adesão.A adesão às atividades grupo educativas oferecidas pelas unidades básicas de saúde do município de São João da Boa Vista –SP a pacientes portadores de diabetes, sob a ótica do usuário” pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

A pesquisa tem como objetivo analisar a baixa participação aos trabalhos grupo-educativos, que compõe o tratamento para diabetes, junto aos usuários das unidades básicas de saúde no município de São João da Boa Vista.

Para isso, a pesquisadora pretende realizar entrevistas individuais e semi-estruturadas com os usuários que freqüentam as consultas médicas oferecidas e retiram a medicação para o tratamento da doença na unidade de saúde, porém não participam das atividades educativas oferecidas pela unidade.

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos pacientes, não os identificando pelo nome, família ou local de residência., quando da transcrição das falas e incorporação das informações na

Os sujeitos que participarem da pesquisa não sofrerão nenhum tipo de desconforto, risco ou prejuízo ao tratamento.

Com base nos resultados coletados a pesquisadora se compromete a levar esta constatação ao conhecimento dos profissionais responsáveis, para que sejam elaboradas estratégias que permitam uma maior participação nas atividades educativas.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à ela.

Após leitura das informações sobre a pesquisa e sabendo dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

São João da Boa Vista/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Lia Bissoli Malaman

Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP

Telefones para contato: (19) 36231286 e (19) 97376425

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê De Ética Em Pesquisa Da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp telefone: (19) 3788 8936.

Área Proposta para Cobertura das Unidades de Saúde

