

GELSO GUIMARÃES GRANADA

**GRUPOS EDUCATIVOS MULTIPROFISSIONAIS E
PROMOÇÃO À SAÚDE:**

a experiência em um centro de saúde-escola

AGOSTO

2004

GELSO GUIMARÃES GRANADA

**GRUPOS EDUCATIVOS MULTIPROFISSIONAIS E
PROMOÇÃO À SAÚDE:
a experiência em um centro de saúde-escola**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva*

ORIENTADORA: *Prof^a Dra SOLANGE L'ABBATE*

AGOSTO

2004

G762g

Granada, Gelso Guimarães

Grupos educativos multiprofissionais e promoção à saúde: a experiência em um centro de saúde - escola / Gelso Guimarães Granada. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Solange L'Abbate

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 2. Autonomia. 3. Saúde Pública - Brasil. 4. Saúde – métodos de ensino. I. Solange L'Abbate. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate

Membros Titulares

Prof. Dr. Domenico Feliciello_____

Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade _____

Membros Suplentes

Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho _____

**Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/08/2004

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes, agentes/sujeitos desta história, e a todos os que militam na Saúde Coletiva e que tanto têm contribuído para a construção de uma sociedade brasileira mais justa e democrática.

Dedico este trabalho, em especial, à minha filha Marina, aos meus pais e a toda família Granada, pelo amor com que sempre me nutriu.

Em primeiro lugar agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Solange L'Abbate pela demonstração de dedicação e zelo para comigo ao longo deste trabalho.

Ao convívio e ótima acolhida de todo pessoal do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

Na figura do Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho simbolizo à minha gratidão a todos professores, em especial aos “carregadores de piano” que como ele se tornam referências para todos alunos e que estão sempre ao nosso lado para um auxílio e uma palavra amiga.

Quero também externar o meu apreço pelo carinho e auxílio recebidos da parte dos funcionários do departamento ao longo da realização deste trabalho, em especial a auxiliar de escritório Eliandra e a Leoci, secretária da pós-graduação.

Aos professores Domenico Feliciello, Maria da graça Garcia Andrade e Sérgio Resende Carvalho, membros das bancas examinadora e de qualificação, o meu reconhecimento pela leitura interessada e sugestões apresentadas.

Agradeço o apoio financeiro da Capes através da concessão de uma bolsa de estudos.

Grato aos colegas de trabalho da USF Santa Rita, em Piracicaba, e a todos amigos, pela paciência para comigo na travessia desta jornada que motivou tantas ausências, no trabalho e no lazer.

Aos meus alunos da PUCC e Unicamp, aos colegas do CS Integração e aos meus pacientes pela graça de poder ter compartilhado o meu saber com todos vocês.

A dona Ana e Cecília Pupo de Mello, a Daniela, Nelisa, Natália, Tatiana, Geslaine, Cibele, Aline, Tiago, Gisa, Marina, Marília e a tantos outros que me auxiliaram neste caminho, aqui fica a minha gratidão.

Para finalizar, externo o meu agradecimento especial a Flávia Marques da Silva, futura jornalista, que foi de fundamental apoio para a concretização desta dissertação.

	PÁG.
RESUMO	<i>xxi</i>
ABSTRACT	<i>xxv</i>
1- INTRODUÇÃO	29
2- JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO	39
3- OBJETIVOS	43
3.1- Objetivo geral	45
3.2- Objetivos específicos	45
4- REFERENCIAL TEÓRICO	47
4.1- Promoção à saúde	49
4.1.1- A reforma sanitária brasileira e a promoção à saúde.....	50
4.1.2- A promoção e a educação em saúde.....	53
4.1.3- A nova promoção à saúde.....	55
4.1.4- A promoção e a educação em saúde.....	58
4.2- Interdisciplinaridade	60
4.2.1- O caráter disciplinar das ciências da saúde.....	60
4.2.2- Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.....	64
4.2.3- O conceito de interdisciplinaridade.....	65
4.2.4- Dimensões da interdisciplinaridade.....	66

4.3- As práticas dos profissionais de saúde, a educação em saúde e a interdisciplinaridade.....	69
4.3.1- As práticas de educação participativa e a construção de sujeitos.....	69
4.3.2- A equipe multiprofissional e a divisão social do trabalho.....	71
4.3.3- Limitações às práticas educativas multiprofissionais.....	73
5- METODOLOGIA.....	75
5.1- Procedimentos metodológicos.....	79
5.1.1- Depoimentos.....	80
6- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	85
6.1- O cenário da investigação.....	87
6.1.1- O CSE integração.....	87
6.1.2- Histórico das atividades educativas em saúde no CSE integração.....	89
6.1.3- OS primórdios da rede de atenção básica em Campinas....	89
6.1.4- O CS integração e a inserção da PUC CAMPINAS.....	95
6.1.5- AÍDA e as práticas de educação em saúde no CS integração.....	99
6.1.6- A educação em saúde e o pesquisador.....	104
6.1.7- Mudanças nas atividades do CSE integração.....	105
6.2- Grupo-focal: a experiência dos grupos educativos para os pacientes.....	123
6.2.1- A identificação dos participantes.....	125
6.2.2- A memória.....	126

6.2.3- Lembranças.....	127
6.2.4- Orientações mais significativas.....	130
O caráter multidisciplinar e a interdisciplinaridade.....	130
Alimentação, o aspecto mais lembrado.....	131
Os aspectos emocionais.....	133
A questão medicamentosa.....	134
Cuidados higiênicos.....	135
A necessária prática desportiva.....	136
6.2.5- Dificuldades de incorporação das mudanças necessárias...	137
6.2.6- Relação com o centro de saúde após término dos grupos..	140
6.2.7- Participação em outros grupos educativos.....	142
6.2.8- Participação na comunidade.....	144
6.2.9- Outros aspectos observados.....	146
Momento presente e o sentimento de pertencer.....	146
Limitações físicas adquiridas e a incompreensão social.....	147
Dificuldades no domicílio.....	148
O adequado entendimento da complexidade dos serviços de saúde.....	149
A dependência do vínculo com o grupo.....	150
Difusão e reprodução de orientações.....	152
Desenvolvimento de autonomia e consciência crítica.....	154
6.2.10- Conclusão da análise do grupo focal.....	155

6.3- Entrevistas com a equipe técnica e acadêmicos envolvidos com as atividades.....	156
6.3.1- Entrevistas com os acadêmicos.....	158
A primeira lembrança dos acadêmicos.....	158
Finalidades das atividades.....	161
Dificuldades e limitações observadas.....	167
6.3.2- Entrevistas com o pessoal do serviço.....	171
6.3.3- Entrevistas com os docentes.....	195
7- CONCLUSÕES.....	227
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	241
9- ANEXOS.....	249

RESUMO

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, fortemente influenciado pelos ideais da Promoção à Saúde, tem como concepção básica a saúde como agente central na transformação das condições de vida e na redução das iniquidades sociais. Esta concepção implica na percepção da saúde como dependente do acesso digno a condições mínimas de trabalho, salário, moradia, alimentação, saneamento, transporte, lazer e educação. Para vencer as dificuldades de ordem teórica e prática na busca destes objetivos, têm-se procurado estratégias que dêem conta de implementar o SUS dentro dos princípios de integralidade, participação social, universalidade e equidade, eficiência e eficácia das ações, e na valorização dos trabalhadores do setor. A partir deste contexto, realizamos uma pesquisa de caráter qualitativo que buscou analisar o processo de desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde realizadas por equipes multiprofissionais, em um centro de saúde-escola, situado na cidade de Campinas-SP, com vistas a uma aproximação das possibilidades e limites observados neste tipo de abordagem para a Promoção à Saúde. Para atingirmos este fim realizamos a descrição e análise dessas práticas, através do método hermenêutico-dialético, conjugando técnicas de pesquisa documental e depoimentos dos técnicos e usuários deste serviço envolvidos neste processo. Ao final desse trabalho concluímos que as experiências em estudo apresentaram um bom resultado na manutenção das condições de vida e saúde dos usuários, para a prática docente-assistencial e no atendimento das finalidades do serviço em questão. Tais resultados sugerem um papel estratégico desse tipo de atividade na busca da Promoção à Saúde e na consolidação do SUS.

ABSTRACT

The Brazilian Sanitary Reform, strongly influenced by the ideals of Health Promotion, has as a basic conception the health as central agent in the transformation of the life conditions and in the reduction of the social iniquities. This conception implicates in the perception of the health as dependent of the worthy access to a minimum conditions of work, wage, home, feeding, sanitation, transport, leisure and education. To overcome the difficulties of theoretical and practical order in looking for these objectives, has been seeking strategies that give support of implementing SUS within of the integral principles, social participation, universality and justness, efficiency and effectiveness of the actions, and in the valorization of the workers' section. Starting from this context we accomplished a research of qualitative type that looked to analyze the process of development of Education in Health activities accomplished by multiprofessional teams in a health school center, located in Campinas-SP, with views to obtain an approach of the possibilities and limits observed in this type of approach for Health Promotion. For us to reach this purpose we did the description and analysis of these practices, through dialectical-hermeneutic method, conjugating techniques of documental research and the technicians' depositions and users of this service involved in this process. At last we concluded that the experiences in the study presented a good result in the maintenance of the life conditions and the users' health, for the educational-assistencial practice and in the attendance of the purposes of the service in subject. These results suggest a strategic paper of this activity type in the search of Health Promotion and in the consolidation of SUS.

1- INTRODUÇÃO

A busca de ações efetivas na promoção à saúde e à cidadania, com baixo custo financeiro, é de crucial importância para nações, como o Brasil, que apresentam graves desigualdades sociais e crescentes necessidades nesse setor.

Estudos estatísticos da ONU têm projetado para o Brasil um aumento cada vez mais significativo no contingente de idosos. Concomitante ao aumento desse grupo etário, ainda encontramos um número muito expressivo de crianças, jovens e adultos com suas demandas específicas.

Dentro desse contexto nos deparamos com uma estrutura pública de serviços bastante deficiente nos setores de saúde, educação, equipamentos de lazer e promoção social, entre outros.

Ao final da ditadura militar, vivíamos um momento de grande efervescência política em nosso país. No momento da elaboração da nova Carta Constitucional, encontramos uma série de movimentos sociais organizados, especialmente os trabalhadores e os movimentos populares de saúde, em torno dos ideais da chamada Reforma Sanitária. Esses grupos já vinham de longa data se mobilizando na busca de soluções para os problemas ligados à saúde e suas implicações sociais, influenciados pelos princípios da Conferência de Alma-Ata e do denominado movimento da Promoção à Saúde. Como fruto desta mobilização, assegurou-se na Constituição da República o estabelecimento de um sistema de saúde único, para o atendimento integral e universal da população brasileira. (Paim e Almeida Filho, 2004)

O Sistema Único de Saúde (SUS) aparece na Constituição Brasileira de 1988, definido como “ações e serviços públicos de Saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.

Dentro dos princípios do SUS descritos na Constituição e nas Leis da Saúde, também se inscrevem:

- Eficiência e eficácia das ações;
- Valorização e Capacitação dos servidores;
- Participação dos cidadãos exercendo controle social;
- Cobrança do compromisso dos servidores com os usuários;
- Garantia de suporte à Saúde através de outros setores: trabalho, salários, moradia, alimentação, saneamento, transporte, lazer, *educação*.” (MS, 1993).

Para garantir a realização efetiva de tais metas se faz necessário vencer o desafio de conduzir ações de promoção à saúde que dêem conta das necessidades do contingente mais jovem, somado ao incremento de idosos, em uma situação de escassos recursos técnicos e econômicos.

Para Mendonça, a atenção primária à saúde traria implícita, em sua concepção básica, "uma estratégia de mudança que deve significar muito mais do que a simples implantação e manutenção de serviços básicos. A extensão de cobertura, a democratização do conhecimento sobre saúde, a adequada utilização dos recursos humanos e de tecnologias simplificadas, a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades para a prestação da assistência são algumas das idéias norteadoras dentro dessa busca de alternativas para uma boa prestação de serviços básicos de saúde". (Mendonça, 1993).

As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira e a concepção mais holística do processo saúde/doença fazem necessárias abordagens mais qualitativas, que visem a ações preventivas em saúde, o que exige, por parte dos serviços, capacitação adequada e autonomia para projetar

atividades voltadas ao perfil da população atendida. Dentro dessa perspectiva, as ações educativas participativas apresentam grande potencial na consolidação do SUS e no alcance dos ideais da Promoção à Saúde.

A interdisciplinaridade é vista como um meio para solucionar problemas que ultrapassam os limites de uma única área, na busca de certa unidade de saber e na exploração das relações entre disciplinas e profissões. Os problemas causados pelo desenvolvimento tecnológico e sua utilização como meio de produção estão se tornando de tamanha complexidade que não podem mais ser enfrentados e resolvidos através da utilização do conhecimento de apenas uma disciplina (Klein, 1990).

Temos, pois, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade como possibilidades para melhor compreensão de sistemas ou realidades complexas e como estratégias para ações dirigidas a modificar essas realidades. Compreender a complexidade das inter-relações que definem um problema, propor medidas e ações alternativas para realidades complexas exige uma abordagem oriunda de diferentes perspectivas, metodologia variada e mesmo profissionais com conhecimentos e habilidades técnicas diversificadas.

A interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade dentro de uma prática educativa têm sido buscadas como resposta às necessidades de construção de um novo pensamento em saúde, e aos sérios problemas de ineficiência e ineficácia do setor (Loureiro, 1992).

É necessário lembrar, porém, que o processo educativo supõe, por parte dos técnicos que dele participam, competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade, na qual se inscreve sua prática social. A ação educativa, então, não implica somente a transformação do saber, mas também a transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica se transformam no processo (Pinto, 1982; Freire, 1996).

Para Campos, a incorporação de práticas educativas participativas nos serviços de saúde pode se revelar estratégica no "desenvolvimento da co-gestão do trabalho em grupos, através da ampliação da capacidade de análise e intervenção destes grupos", numa relação dialética entre os trabalhadores e usuários (Campos, 2000).

Stotz lembra que se faz necessário se “pensar a saúde como expressão das forças sociais para promover possibilidades de vida” (Stotz, 1994). Temos que a educação e a informação se tornam ferramentas para a construção e democratização do saber, uma vez que possibilitam ao indivíduo um maior controle sobre sua vida e o ambiente que o cerca, criando espaços de debate e exercício da cidadania, onde se discutem os problemas e as necessidades da comunidade, somando e construindo saberes, de uma forma dialógica, para um bem-estar coletivo.

É preciso pensarmos que as ações educativas em saúde, embora presentes no discurso dos currículos escolares e no planejamento dos serviços, ainda apresentam graves dificuldades de implementação prática, devido a vários fatores. Estes fatores parecem estar ligados, sobretudo, à produção de valores de uso em saúde, o que é contra-hegemônico, em oposição ao modelo biomédico tradicional, flexneriano, médico-centrado, especializado, fragmentado, paternalista, medicalizante (Capra, 1993; Fontes, 1999). Some-se a isso a capacitação ainda incipiente das equipes nas práticas educativas, a fraca atuação intersetorial, além das insuficiências teóricas sobre o tema. Mesmo quando indicada a natureza interdisciplinar de programas escolares, especialmente aqueles ligados aos departamentos de saúde coletiva, carecem de fundamentação básica e estratégias adequadas que efetivem esse discurso na prática acadêmico – profissional.

O campo de nossa pesquisa foi o Centro de Saúde Integração, situado em um bairro de periferia na cidade de Campinas, SP. A população estudada se constituiu dos técnicos (profissionais, docentes e acadêmicos) e usuários

envolvidos em atividades educativas multiprofissionais nesse serviço, realizadas entre os anos de 1997 a 2000.

O fato de tais atividades terem se realizado em um centro de saúde-escola constituiu-o um “lócus” privilegiado de observação de práticas em Saúde Coletiva e formação de recursos humanos em saúde. Tal fato nos permitiu avaliar aspectos ligados à formação acadêmica e à docência, às ações e relações entre trabalhadores do setor, como também aspectos pertinentes à prevenção e à promoção à saúde, dentro de um serviço público de atenção primária. Como nos coloca Loureiro, a área da Saúde Coletiva pode se constituir “em um espaço privilegiado para o trabalho interdisciplinar, na medida em que sintetiza esse conjunto de demandas, desde o reconhecimento da necessidade de novos paradigmas, à crítica constante à hegemonia do empiricismo positivista como método insuperável de apreensão do real”. (Loureiro, 1992)

Perante tais dificuldades, buscamos abordar as experiências de educação em saúde através de uma metodologia científica que possibilitasse uma melhor compreensão dessa problemática e o favorecimento da difusão de experiências de trabalho que respondessem melhor aos pressupostos do SUS, aos ideais da Reforma Sanitária, e da Promoção à Saúde.

Considerando a amplitude dos objetivos enunciados, a contextualização histórica das práticas abordadas, a aproximação interessada do pesquisador e a natureza complexa e em permanente transformação de objetos como a Educação em Saúde e a Saúde Coletiva, a Interdisciplinaridade e a Promoção à Saúde, pareceu-nos mais indicada a opção por uma metodologia de caráter qualitativo, segundo proposto por Minayo. (Minayo, 1998).

Para dar conta do trabalho proposto, inicialmente procedemos a uma revisão teórica onde afloraram vários temas relativos à organização de serviços e à produção e reprodução de saberes em saúde. Dentre esses temas nos aprofundamos no movimento da Promoção à Saúde e em aspectos ligados à organização e às práticas em equipes multiprofissionais de saúde. Igualmente nos

interessamos pela Interdisciplinaridade como resposta ao modelo biomédico hegemônico na área, especializado e fragmentado, de alto custo e baixa eficácia na solução de problemas coletivos, que nos faz refletir acerca de uma necessária reconstrução destes saberes para a atenção integral dos cuidados em saúde.

Após a revisão teórica e explicitação da metodologia proposta para atingirmos os objetivos buscados pelo trabalho, realizamos uma descrição do desenvolvimento destas atividades, de modo a contextualizá-las historicamente.

Para apoiar e contextualizar as atividades, além do material produzido nos grupos educativos, foram feitas leituras de relatórios, monografias, dissertações e outros documentos escritos, relativos ao CS Integração. Em decorrência da insuficiência desse primeiro material, para se obterem informações adicionais e enriquecer a análise, utilizamos outras técnicas de obtenção de dados, como entrevistas semi-estruturadas com a equipe técnica e um grupo focal com os pacientes participantes do processo (Westphal, 1996). A análise de conteúdos teóricos e dos discursos se realizou através do chamado método hermenêutico-dialético. (Minayo, 1998).

Ao final, realizamos uma síntese à guisa de conclusão, onde observamos que as atividades em estudo obtiveram grande sucesso, tanto na promoção das condições de vida dos usuários, na prática docente-assistencial, como também para o atendimento das finalidades do serviço. Concluímos que a incorporação de práticas educativas participativas e interdisciplinares nos serviços de saúde pode se mostrar uma estratégia de grande potência no desenvolvimento da capacidade de análise e intervenção dessas equipes e no incremento da qualidade de vida da população atendida.

Para ajudar no entendimento das várias visões dos profissionais e das etapas pelas quais se constituíam tais grupos, acrescentamos ao final do trabalho uma série de documentos, que julgamos pertinentes para o entendimento do processo. Estes anexos tratam-se de dois tipos de materiais: aqueles produzidos durante o desenvolvimento das atividades educativas (transcrição de uma fita de

vídeo, programas e relatórios elaborados pelos acadêmicos...) e documentos diretamente ligados à realização da pesquisa (roteiros de entrevista, termos de esclarecimento e consentimento...).

Para finalizar, acreditamos que seja pertinente considerar que este trabalho de mestrado não se resumiu apenas à escrita dessa dissertação. A concretização do mestrado passou pela realização das disciplinas obrigatórias, pela fecundação mútua nas conversas com os colegas de turma e o convívio com os professores. Passou pelo Programa de Ensino Docência e pelo difícil exercício de reflexão e escrita. Falar de maneira isenta e científica de algo tão íntimo à nossa pessoa é uma tarefa assaz difícil.

Essa dissertação é o resultado do profundo interesse deste pesquisador pelo tema em questão, a partir de sua experiência enquanto coordenador de grupos educativos multiprofissionais nesse serviço-escola de atenção primária à saúde.

Creemos que nossas ações são profundamente influenciadas por nossas motivações interiores. Quando não ocorre tal motivação, os atos tornam-se mecânicos e pouco significativos, o que gera alienação dos sujeitos implicados na ação. Todos nós já vimos um dia o quão parcial é a visão dos pais quando falam de seus filhos. É difícil ou quase impossível manterem uma ótica distanciada, mostram-se embevecidos e freqüentemente pouco críticos para com suas criações, pois são esses fatos que emprestam significado a sua existência. Consideramos, portanto, pertinente informar ao leitor da profunda implicação¹ deste pesquisador para com o tema ora apresentado à sua leitura e da dificuldade de obter o necessário distanciamento para abordar tal assunto de modo imparcial.

¹ Para René Barbier, o conceito de implicação, no campo das ciências humanas, pode ser definido como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em/ e por práxis científica em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda a atividade de conhecimento. (Barbier, 1985).

2- JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

A incorporação de práticas educativas participativas nos serviços de saúde pode se revelar estratégica no "desenvolvimento da co-gestão do trabalho em grupos através da ampliação da capacidade de análise e intervenção destes grupos", numa relação dialética entre os trabalhadores e usuários (Campos, 2000). Em nossa concepção existe uma série de possibilidades que justificam investimentos na efetivação de tais práticas no cotidiano de equipes de saúde, em especial daquelas ligadas à Saúde Coletiva, tais como:

- aprimorar a relação médico-paciente, fora do tradicional espaço ambulatorial, em um ambiente que favoreça as trocas interpessoais de modo mais descontraído;
- complementar a consulta médica;
- promover a cidadania, através do estímulo de uma maior auto-gestão da saúde e da democratização do conhecimento;
- servir como um espaço privilegiado de trocas e discussões de problemas intersetoriais que afetam o cotidiano dos usuários dos serviços de saúde e, conseqüentemente, sua condição clínica, tal como problemas relacionados à violência, drogadição, saneamento, trabalho, transporte, educação, lazer etc...
- propiciar a discussão dialógica, dentro de grupos educativos, de experiências e práticas trazidas pelos pacientes, mitos e "receitas milagrosas" prescritas por curiosos ou difundidas através dos meios de comunicação;
- fomentar a participação popular nos vários órgãos gestores locais, em saúde, educação, segurança;
- estimular a descoberta, manutenção e utilização dos mais variados equipamentos sociais presentes na comunidade;

- reduzir a demanda dos serviços de saúde, seja através da redução do número de consultas individuais, como também pela melhoria da qualidade de vida desta população (maior eficácia das ações devido a um oferecimento mais voltado às demandas que às encomendas);
- combater a medicalização e o sedentarismo (através da realização de atividades físicas adaptadas a grupos especiais, por exemplo);
- economizar recursos, devido ao baixo custo destas ações;

Embora saibamos que atualmente exista grande número de experiências com grupos educativos em serviços de saúde, a produção de trabalhos analíticos publicados sobre tal temática é ainda bastante restrita. Acreditamos que após a análise e descrição dos processos e dinâmicas desenvolvidas em atividades educativas a que nos propusemos realizar neste trabalho, possamos estar contribuindo para uma melhor compreensão teórica dessa problemática e favorecer a difusão de experiências que respondam melhor aos pressupostos do SUS e aos ideais da Reforma Sanitária, tais como a interdisciplinaridade, integralidade, universalidade e participação popular.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral

Analisar o processo de desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde (E.S.), realizadas por equipes multiprofissionais, em um centro de saúde-escola, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2000, com vistas a obter-se uma aproximação das possibilidades e limites observados neste tipo de abordagem educativa.

3.2- Objetivos específicos

- Caracterizar as atividades em questão, segundo sua história pregressa, desenvolvimento e resultados, sob a luz das referências teóricas adotadas.
- Buscar uma aproximação das conseqüências e potencialidades das atividades de E.S.:
 - na promoção à saúde da clientela de usuários do serviço em questão.
 - junto à prática dos profissionais do serviço em questão.
 - na formação acadêmica.
 - na prática da docência/assistência.
- Buscar a identificação de fatores facilitadores ou limitadores na implementação de tais práticas no cotidiano das equipes de saúde.
- Estabelecer pontos de convergência e divergência, nas representações dos profissionais envolvidos, acerca da natureza e finalidade de tais práticas educativas.

4- REFERENCIAL TEÓRICO

4.1- Promoção à saúde

O conceito de Promoção à Saúde (PS), desde sua primeira utilização, sofreu mudanças estruturais. O termo aparece como proposta para uma nova visão na área médica, com uma articulação que reabre alternativas para uma melhor qualidade de vida dos usuários, assim como para os espaços de produção de saúde e seu atendimento. De modo sintético, para a Organização Mundial de Saúde, a PS “consiste em proporcionar às pessoas as medidas necessárias para uma melhora na sua saúde e o exercício de um maior controle sobre a mesma”. (OMS,1996, tradução livre). Para a Organização Mundial da Saúde, a Promoção à Saúde é definida como:

“the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and therefore improve their health. It has come to represent a unifying concept for those who recognize the basic need for change in both the ways and conditions of living in order to promote health. Health promotion represents a mediating strategy between people and their environments, combining personal choice with social responsibility for health to create a healthier future” (WHO, 1998, *apud* Carvalho, 2002).¹

A idéia da Promoção à Saúde baseia-se em alguns princípios básicos, tais como: o reconhecimento da natureza multidimensional da saúde, a idéia da desmedicalização, a ênfase do envolvimento comunitário e a incorporação da educação para a saúde. O entendimento da multidimensionalidade na promoção da saúde é a compreensão desta como dependente de condições mínimas, não apenas do acesso aos serviços de saúde, mas também de outros fatores, como alimentação, ambiente, saneamento, emprego, renda, lazer e educação (Carvalho, 2002).

¹ “o processo de permitir que indivíduos e comunidades aumentem seu controle sobre os determinantes de saúde e, além disso, promovam sua saúde. Isto leva à compreensão de um conceito unificador por aqueles que reconhecem a necessidade básica de mudança tanto nos meios como nas condições de vida, de modo a promover a saúde. Promoção à Saúde representa uma estratégia de mediação entre pessoas e seu meio-ambiente, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social pela saúde, de modo a criar-se um futuro saudável.” (OMS, 1998, *apud* Carvalho, 2002) tradução livre do Inglês.

Neste contexto, a PS não se restringe a uma prática individual e assistencial nas ações em saúde, mas considera também os fatores sociais da demanda, como condições de vida, alimentação, aspectos econômicos, entre outros.

Segundo Carvalho e Pedrosa (2004), “para a PS, educar é contribuir para a autonomia das pessoas”, sendo essa uma das estratégias que a PS tem como objetivo: possibilitar o acesso a informações, agindo no resgate da autonomia, através de ações sociais e educativas. A participação social e atividades educativas agem como suporte nesse processo de autonomia, porque estimula o compromisso com a própria saúde (autocuidado), articulando a socialização de conhecimento. A análise de Carvalho e Pedrosa identifica que práticas e ações educativas conduzem a um processo que capacita os indivíduos que buscam alternativas para seus problemas comuns:

“Na concepção de PS, a aquisição de informações sobre os determinantes de saúde e doença desencadeia um processo no qual os indivíduos, agora tornados sujeitos graças à conscientização de sua situação de ser no mundo, buscam sua autonomia para o enfrentamento dos seus problemas em direção a vidas mais saudáveis”. (Carvalho e Pedrosa; 2004).

4.1.1- História e variações do conceito de promoção à saúde

De modo retrospectivo, o Movimento de Promoção à Saúde pode ser colocado na seqüência histórica da tradição sanitária que se inicia no século XIX, que já observava a associação entre doenças e as condições de vida e ambiente das populações. São clássicos os estudos de Snow, Villermé e Virchow, entre outros, que já apontam as condições de vida e a pobreza como fatores diretamente ligados ao processo saúde/doença (Terris *apud* Carvalho, 2002).

Modernamente a primeira utilização da expressão “Promoção à Saúde” aconteceu em 1945, pelo pesquisador Henri Sigerist (Pereira, 2000). Sigerist definiu quatro tarefas essenciais à medicina: a promoção da saúde, a prevenção

de doenças, o tratamento de doentes e a reabilitação. Esses conceitos, da maneira como foram abordados por este pesquisador demonstram sua preocupação com o aspecto geral de “determinação da saúde” (Sícoli, 2003).

Somente nas décadas de 60 e 70, as discussões sobre a Promoção à Saúde foram relativamente retomadas. A difusão do “Informe Lalonde”, em 1974, significou um marco importante neste contexto, onde se questionava a implantação e o custo de ações na área da saúde, no Canadá (Fundação Osvaldo Cruz, 2000). O relatório Lalonde abordou os limites da assistência médica, mas também propôs ações preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e estilos de vida não-saudáveis, como fumo, obesidade, sedentarismo, entre outras (Sícoli, 2003).

No ano de 1978, em Alma-Ata (ex-URSS), realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, apoiada pela OMS. Essa conferência sofreu, entre outras, forte influência da experiência canadense e teve como resultado recomendações para diversos países, de ações para a saúde pública, seguindo alguns princípios como: universalidade, equidade, regionalização e participação social. Deste evento surgiu a elaboração do lema “Saúde para todos no ano 2000” (Pereira *apud* Pessini, 2000). Como veremos na seqüência, esses eventos foram altamente relevantes na chamada Reforma Sanitária Brasileira e no desenvolvimento da rede primária de atenção à saúde do município de Campinas (Smecke, 1989; L’Abbate, 1990).

Durante a década de 1980, a Promoção à Saúde ganhou destaque dentro de discussões e conferências, o que Pessini aponta como uma

“necessidade de reorientação dos serviços de saúde, de uma postura abrangente, que respeite as peculiaridades culturais, de esforço maior de pesquisa em saúde, mudança na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, para que as pessoas sejam vistas e assistidas na integralidade de seu ser” (Pessini, 1996).

No ano de 1986, realizou-se a 1ª Conferência sobre Promoção à Saúde na cidade de Ottawa. A Carta de Ottawa, resultado desta conferência, é tida como marco histórico, no conceito de Promoção à Saúde, pois uniu os princípios de Alma-Ata, norteando caminhos para a saúde pública, sendo considerada como o princípio da definição da Nova Promoção à Saúde. A Carta de Ottawa definiu cinco pontos básicos para a realização de ações em Promoção à Saúde: políticas saudáveis no setor público, ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais, preocupação com o meio ambiente, reorientação dos serviços de saúde. Segundo Mello, a partir da Carta de Ottawa, “o caráter de interdisciplinaridade e de participação torna indispensáveis, práticas cujas responsabilidades devem ser responsabilidades de todos” (Mello, 1998).

Terris afirma que nesse momento existe uma preocupação destacada sobre o papel da educação para a saúde e o fortalecimento de ações comunitárias, como pontos estratégicos na produção de alternativas mais saudáveis (Terris *apud* Pereira, 2000).

Em 1988, na cidade de Adelaide (Austrália), a 2ª Conferência sobre Promoção à Saúde é marcada pelo propósito de estabelecer políticas públicas, para uma vida mais saudável, apontando quatro áreas prioritárias: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis (Ministério da Saúde, 1996)

Após Adelaide, o encontro seguinte aconteceu em Sundvall (Suécia), em 1991. A Declaração de Sundvall enfocou a temática da ecologia e ambiente nas questões de saúde e visava “a criação de ambientes promotores de saúde”, que deveriam ser guiados pelo princípio da equidade (Sícoli, 2003).

Tendo sofrido a influência das conferências e discussões, na década de 80 e 90, na América Latina, o termo Promoção à Saúde tornou-se mais conhecido e utilizado, principalmente a partir da realização da Conferência de Bogotá. No ano de 1992, a Declaração de Bogotá priorizou as relações entre saúde e desenvolvimento como “conseqüência da solidariedade e equidade social”.

Em Jacarta, em 1997, o enfoque foi o da participação social e a saúde, enquanto direito essencial humano, incentivando a participação social através da educação e informação para a promoção da saúde (Pereira,2000). A pauta da 5ª Conferência sobre Promoção à Saúde, realizada no México, no ano de 2000, centrou-se no desenvolvimento das prioridades para o século XXI.

4.1.2- A reforma sanitária brasileira e a promoção à saúde

No Brasil, a Reforma Sanitária e a implementação do SUS sofreram grande influência, entre outras, das idéias discutidas na Conferência de Alma-Ata e do movimento da Promoção à Saúde. A legislação sanitária brasileira sofreu grande impulso com a introdução do Sistema Único de Saúde (SUS), após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Ainda que tenhamos uma das propostas mais avançadas do mundo no atendimento às necessidades de saúde de toda a população e, efetivamente, tenhamos apresentado grandes conquistas na efetivação de tal modelo, continuamos enfrentando sérias dificuldades para se "cumprir e fazer cumprir a lei" (MS;1993).

Os aspectos incorporados pela Reforma Sanitária enfocam a saúde como resultante de um processo que envolve as condições de vida da população e suas necessidade, assim como o direito de cidadania e dever do Estado, institucionalizando os princípios de: equidade, universalização, integrabilidade, descentralização e participação social.

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (APM, 2004, Art. 196).

Interesses corporativos e financeiros, descumprimento da lei, brechas na legislação, insuficiências técnicas e administrativas, desvalorização dos quadros profissionais, precarização geral dos serviços públicos, enfim, uma série

de problemas tanto nas esferas macro como micro, têm dificultado a implementação do SUS.

Para vencer tais dificuldades de ordem teórica e prática têm-se buscado metodologias que dêem conta de implementar o SUS dentro dos princípios de integralidade, participação social, universalidade e equidade, eficiência e eficácia das ações, valorização dos trabalhadores do setor e garantia de recursos de financiamento descritos na Constituição.

O aperfeiçoamento do modelo vigente e a introdução de novos programas, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), têm buscado o aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis, em especial na atenção básica, e a abertura de mais espaços que favoreçam mudanças no modelo atual. Isto é feito de modo que se passe do prioritário atendimento à demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária. Busca-se a implementação, de maneira sistemática, de articulações e de ações intersetoriais, visando à promoção e proteção da saúde, incluindo o conceito e a prática da política de “Municípios Saudáveis” (MS,CNS, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira ainda continua em processo, tendo a saúde como agente transformador, em busca da equidade, inclusão social e humanização da população atendida.

“a equidade é objetivo primordial da Reforma Sanitária Brasileira, exigindo estratégias e mecanismos de redução das desigualdades regionais, sociais, de gênero e de raças”.
(Anais da II Fórum Brasileiro de Promoção à Saúde, 2002).

As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira e a concepção mais holística do processo saúde/doença fazem necessárias abordagens mais qualitativas, que visem a ações preventivas em saúde, o que exige, por parte dos serviços, capacitação adequada e autonomia para projetar atividades voltadas ao perfil da população auxiliada. Dentro dessa perspectiva, as

ações educativas participativas apresentam grande potencial na consolidação deste sistema de saúde e no alcance dos ideais da Promoção à Saúde.

“no desenvolvimento de políticas de promoção à saúde, deve haver contínua consulta, diálogo e troca de idéias entre os indivíduos e grupos, tanto leigos como profissionais. Mecanismos políticos devem ser estabelecidos, de forma a garantir oportunidades de expressão e desenvolvimento do interesse público na saúde”. (WHO, 1984, tradução livre).

A educação e a informação se tornam ferramentas para a construção e democratização do saber, uma vez que possibilitam ao indivíduo um maior controle sobre sua vida e o ambiente que o cerca, criando espaços de debate e exercício da cidadania, onde se discutem os problemas e as necessidades da comunidade, somando e construindo saberes, de uma forma dialógica, para um bem-estar coletivo.

4.1.3- A nova promoção à saúde

Com o envelhecimento da população e o custo crescente das necessidades em saúde e previdência, os movimentos conservadores se utilizaram das estratégias de Promoção à Saúde para defender um enxugamento da atuação do estado, desviando para o setor produtivo financeiro os recursos necessários para a promoção de políticas públicas e para a diminuição das iniquidades sociais.

Devido à decadência dos estados socialistas e a hegemonia de correntes conservadoras, na década de 80 os movimentos políticos de direita inteligentemente se apropriaram do discurso da Promoção à Saúde. Esses movimentos estimularam os indivíduos e a sociedade a se organizarem para assumir uma responsabilidade mais ampla sobre suas próprias necessidades sanitárias, restando ao estado incumbir-se de fornecer pacotes mínimos que atendessem as camadas mais desfavorecidas da população.

Através das estratégias preconizadas pela Promoção à Saúde, notadamente no incremento do “empowerment” psicológico, estas correntes liberais perceberam uma ótima oportunidade para transferir para a sociedade civil o custo da manutenção de suas condições de vida e saúde. Para isso defenderam um estímulo na criação de estratégias que buscassem contribuir para a mudança de hábitos de vida indesejáveis, no fortalecimento da auto-estima, na capacidade de adaptação ao meio e na criação de mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade.

Dentro desse contexto, observou-se uma preocupação de vários pensadores com a evolução do conceito primário da PS, centrada em uma visão “*behaviorista*”. Essa concepção da Promoção à saúde baseada em mudanças comportamentais pode contribuir para a defesa da idéia de que é possível assegurar a saúde sem que seja necessário realizar transformações no modo de produção vigente e nas relações de poder, que atravessam a sociedade e na esfera de governo (Tesh *apud* Carvalho, 2002).

Segundo Sérgio Carvalho, isso também pode resultar em um “*blaming the victims*” ou seja, transmitir uma “responsabilidade ao paciente, sobre sua doença, transferindo a ele uma culpabilização e um processo que o legitima como vítima de sua patologia”.

A partir dessas críticas surgem novas correntes que discutem a Promoção à Saúde. Dentre essas correntes, a Nova Promoção à Saúde (NPS) aparece como um conceito mais específico que “sugere que os indivíduos e coletivos sejam capazes de realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar o meio” (WHO, 1996). Em seu enunciado central coloca-se a busca do trabalho organizado tendo como objetivo fundamental a criação de uma sociedade saudável. Assim, o que caracterizaria a NPS seria sua centralidade no requerimento de ações que contribuam para uma melhor qualidade de vida, a partir da concepção de que a saúde é dependente de vários fatores, como o acesso adequado à alimentação, habitação, trabalho, renda e educação.

Segundo a OMS, a Nova Promoção à Saúde apresentaria sete princípios básicos: a concepção holística da saúde, intersectorialidade, empoderamento (“*empowerment*”), participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. (WHO, 1998 *apud* Sícoti 2003).

A concepção holística propõe práticas que estimulem a saúde física, mental e espiritual. A saúde, como fenómeno social, precisa ultrapassar o campo específico da assistência médico-curativa. É, então, através da intersectorialidade que essa prática se concretiza, pela colaboração de vários setores sociais: legislação, sistema tributário, medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários com a saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planeamento urbano.

A concepção de equidade significa o acesso universal à saúde, respeitando os riscos diferenciados a que cada indivíduo e cada grupo estão submetidos. Para o alcance da equidade, é necessária uma mudança nos serviços de saúde. Buss (2000) analisa que é necessária a capacitação dos profissionais da saúde e de inúmeros atores sociais para o incremento da PS. Essa capacitação se destinaria a realizar os direitos sociais de atendimento integral de todos os indivíduos envolvidos neste processo:

“O objetivo da política para conseguir a igualdade na saúde não é eliminar todas as diferenças sanitárias, de modo que todos tenham o mesmo nível, mas sim identificar diferenças e injustiças”. (Whitehead, *apud* Sícoti, 2003, tradução livre do Inglês).

As estratégias da NPS devem prioritariamente ser dirigidas para a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Dentro desse aspecto, as estratégias-chave, destacadas pela Nova Promoção à Saúde são a participação social e o conceito de “*empowerment*”. (Sícoti, 2003).

Um dos núcleos filosóficos da NPS é o conceito de “*empowerment*”. Pesquisadores como Carvalho discorrem que um melhor entendimento de conceitos sobre “*empowerment*” e participação comunitária constitui-se em questão crucial para que as estratégias de Promoção à Saúde sejam efetivamente implementadas. Para isso, traz à discussão aspectos levantados por Guattari acerca da categoria *poder*. Poder significa opressão e dialeticamente, a possibilidade da produção, destruição e, ao mesmo tempo, criação. O exercício e a prática do poder podem, portanto, resultar na produção de sujeitos reflexivos e contraditoriamente, sujeitos alienados e colonizados (Guattari *apud* Carvalho, 2002).

Temos, então, “*empowerment*” como um termo complexo que toma emprestadas noções de distintas áreas de conhecimento, sendo uma idéia enraizada em lutas pelos direitos civis, movimento feminista e na ideologia da ação social. De maneira genérica, esse termo pode ser entendido como o acúmulo de poder no âmbito das esferas políticas, pessoais e intersubjetivas.

4.1.4- A promoção e a educação em saúde

Entendemos que a educação em saúde se constitui em uma ação privilegiada na Promoção à Saúde. Isso pode se dar, entre outros, na organização das práticas dos serviços de saúde, contribuindo na redução do número de consultas individuais e na melhoria da qualidade de vida da população usuária (maior eficácia das ações devido a um oferecimento mais voltado às demandas que às encomendas).

Esta afirmação envolve vários conceitos que preocupam múltiplos autores da área da Saúde Coletiva (G.Campos, 1997 e 2000; R.Campos,2001; Testa1993; Carvalho, 2001). Ao discorrer acerca do Planejamento em Saúde, Rosana Campos critica a supervalorização do conceito de eficiência no setor

saúde (Campos, 2001). Ela coloca a necessidade de se introduzir melhor a discussão da eficácia na saúde, conforme defendida por Testa:

“la categoría básica tradicional para la evaluación es la eficiencia, correspondiente a la relación entre la cantidad de producto obtenido con un cierto proceso y el costo total incurrido (...) La eficiencia satisface los requerimientos en el terreno económico general, en base al supuesto de que lo que se produce es de calidad adecuada (...) en el caso de la salud es conveniente – mas bien indispensable – introducir la categoría eficacia, definiéndola como la probabilidad de que una actividad alcance el máximo de su efecto potencial (...)” (Testa, 1993, *apud* Campos, 2001).²

De modo resumido, isso quer dizer que um grande número de ações com baixo custo não obrigatoriamente se acompanham de efetividade e qualidade dessas ações. A lógica da eficiência pode funcionar bastante bem dentro de atividades econômicas, como a indústria, porém mostra-se insuficiente no setor saúde.

Paralelamente à questão da eficiência/eficácia, o setor saúde tem, igualmente, priorizado a atenção nas “encomendas”, em detrimento das “demandas”. As “encomendas” estão mais voltadas à produção de mercadorias (dentro do conceito marxista) e ações objetivas mais facilmente quantificáveis. Já as “demandas” estão além deste sentido restrito e se ligam, também, às necessidades mais integrais de prevenção/promoção à saúde (Campos, 2000). Para superar esta prática, Gastão Campos propõe a busca por uma Clínica Ampliada. Esta Clínica Ampliada se contrapõe não apenas à clínica tradicional, mais voltada à ontologia das doenças, mas também ao que ele denomina de

² “a categoria básica tradicional para a avaliação é a eficiência, correspondente à relação entre a quantidade de produto obtido com certo processo e o custo total incorrido (...) A eficiência satisfaz os requerimentos no terreno econômico geral, com base na suposição de que o que se produz é de qualidade adequada (...) no caso da saúde é conveniente – e bem indispensável - introduzir a categoria *eficácia*, definindo-a como a probabilidade de que uma atividade alcance o máximo de seu efeito potencial (...)” (Testa, 1993, *apud* Campos, 2001) – tradução livre do Espanhol

clínica degradada, aquela centrada na queixa-conduta, típica dos pronto-atendimentos. Campos entende que é necessário que a clínica se amplie, incorporando, nos seus saberes e incumbências, avaliações de risco que não se restrinjam apenas ao ponto de vista epidemiológico usual, centrado na doença. Ela deve, também, buscar a percepção dos riscos de natureza social e subjetiva, aos quais os indivíduos e coletivos estão expostos (Campos, 1997).

Para dar conta dos múltiplos fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas, é necessária a busca de metodologias e práticas que se prestem a articular os variados aspectos decorrentes da multidimensionalidade do processo saúde/doença, seja no aspecto individual como no coletivo, atendendo tanto às aspirações dos usuários, como também dos trabalhadores do setor.

Para Diliotti, "o setor Saúde não pode, sozinho, melhorar a qualidade de vida das pessoas. Mas ele deve contribuir para que os problemas possam ser compreendidos além de suas manifestações individuais e imediatas, conduzindo à busca de soluções dentro de um universo mais amplo de opções". Para este autor, deve-se discutir com as pessoas, as famílias e as populações os problemas que mais as afligem, buscando-se considerar todas as variáveis que interferem na situação de saúde. Isto se caracteriza como uma "função importante do setor, fortemente ligada à área da educação em saúde" (Diliotti, *apud* Mendonça; 1993).

Temos então que buscar estratégias e sustentabilidade que gerem ações e iniciativas que garantam a durabilidade e desenvolvimento das mudanças e políticas que envolvam as prioridades dos coletivos.

4.2- Interdisciplinaridade

4.2.1- O caráter disciplinar das ciências da saúde

"Les domaines interdisciplinaires d'aujourd'hui seront les disciplines de demain et celles que l'on considère actuellement comme des disciplines bien définies et bien délimitées peuvent s'assouplir par devenir à leur tour des domaines d'étude interdisciplinaire". (Krishna *apud* Nunes, 1995)³

³ "Os domínios interdisciplinares de hoje serão as disciplinas de amanhã e aquelas consideradas atualmente como disciplinas bem definidas e bem delimitadas podem se amoldar por sua vez em domínio de estudo interdisciplinar" (Krishna *apud* Nunes, 1995), tradução livre do Francês.

Vários pensadores que analisaram historicamente a produção científica na sociedade ocidental, em especial aquela ligada às ciências da saúde, situam como marco primordial a "Paidéia" helênica, com sua visão mais holística e integradora dos fatos da vida (Fontes, 1999; Nunes, 1995).

Essa visão mais integralizadora do homem e de sua relação com o cosmos, presente na Grécia Antiga, começa a se perder com o declínio desta sociedade e a ascensão do Império Romano e sua filosofia mais pragmática. No caso específico das ciências da saúde, a valorização monetarista dos escravos gregos discípulos de Hipócrates, favoreceu uma prática mais fundada na doença e sua cura através de medicamentos (simbolizada pela deusa Panacéia que, em certo grau, se complementa com sua irmã Higéia, mais ligada aos aspectos coletivos e higienizantes da cura).

Começa a mudança de uma prática em saúde mais abrangente para outra mais medicalizadora, de uma visão mais totalizante para outra mais objetiva e restrita (Fontes, 1999).

A ascensão do poder da Igreja Católica, na Antigüidade, influenciou mais ainda na divisão do homem em corpo/mente, matéria/espírito. Os médicos cuidariam do corpo, da porção material, e os padres dos aspectos subjetivos e emocionais mais ligados à salvação espiritual.

O desenvolvimento das técnicas militares com necessidade de disciplinarização das tropas, a especialização dos guerreiros (infantes, cavaleiros, artilheiros) e conseqüente valorização desta mão-de-obra vão influenciar as práticas em saúde de várias maneiras, assim como no desenvolvimento das disciplinas. Cada homem tem seu lugar e função dentro da tropa (não mais um simples ajuntamento de soldados).

Cria-se a disciplinarização dos corpos, como nos aponta Foucault. Para Foucault, a disciplina aparece como uma técnica de fundamental importância na organização e desenvolvimento das ciências de saúde. Para ele a disciplina é a

técnica de exercício do poder, da gestão dos homens e seus corpos, através da singularização dos indivíduos. A disciplina exerceria o controle não mais sobre os resultados das ações mas, sim, sobre o desenvolvimento de tais ações (Foucault, 1986).

A valorização e a necessidade de se recolocar esta mão-de-obra de alto custo de volta à ativa têm como consequência a fundação de hospitais militares voltados para a cura e a reabilitação. Até então, os hospitais se caracterizavam como depósitos de doentes terminais ou que tinham que ser isolados do restante da sociedade.

Estas instituições normalmente eram dirigidas pela Igreja e as pessoas que se ocupavam dos doentes apresentavam uma ação mais voltada ao exercício da caridade e alento espiritual dos moribundos do que uma prática profissional fundada na observação científica. Neste momento dá-se a entrada do médico nos hospitais e a observação sistemática dos pacientes em cuidado. A doença gradativamente deixa de ser vista como um acontecimento isolado mas, como um conjunto de sinais e sintomas comuns.

Ao final da Idade Média observamos vários outros acontecimentos que impulsionariam o desenvolvimento das técnicas e das disciplinas: o desenvolvimento da navegação, do comércio e da mercantilização; crescimento e valorização das universidades e de uma cultura mais laica; desenvolvimento de novos materiais, a pólvora, a bússola e a imprensa; maior contato com a cultura e a ciência oriental, com grandes avanços na astronomia, matemática e medicina, entre outras ciências; a Reforma Protestante e o Renascimento das artes, da filosofia, das ciências físicas e exatas. Estes múltiplos acontecimentos marcam o começo da Idade Moderna.

As descobertas e afirmações de Leonardo da Vinci, Isaac Newton, Copérnico, Galileu Galilei, Andreas Vesalius, somadas às contribuições da lógica mecanicista de René Descartes, fundam de modo inquestionável uma nova racionalidade centrada no homem, em oposição ao teocentrismo anterior.

Durante a Idade Moderna observa-se um grande desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, paralelo ao surgimento de uma nova estruturação sócio-econômico-política.

A urbanização, a industrialização, o surgimento dos teares e da máquina a vapor, o ocaso da economia feudal e a conseqüente ascensão da burguesia capitalista foram o pano de fundo para uma nova estrutura social geradora de grande desenvolvimento tecnológico, mas que também gerou uma série de problemas não inteiramente solucionados até os dias de hoje, tais como graves desigualdades sociais e desequilíbrios ecológicos, por exemplo.

Temos, então, o desenvolvimento das ciências filosóficas, com o Racionalismo de Kant e Hegel, o Iluminismo dos Enciclopedistas, a Dialética Marxista e o Positivismo, a teoria psicanalítica de Freud. Paralelamente, observamos grande desenvolvimento das ciências físico-naturais e biológicas, a anatomia, a semiologia, a física, matemática, astronomia, microscopia, química, histologia, a teoria da evolução das espécies de Darwin...

Ao final do século XIX, as ciências e suas inovações tecnológicas tornam-se, em boa medida, objetos de desejo e consumo acessíveis ao cidadão comum.

Viagens marítimas e aéreas transcontinentais, a fotografia e o cinema, a luz elétrica, o trem, telégrafo e telefonia... O descobrimento do mundo bacteriológico, a teoria germinal, o desenvolvimento de drogas, antibióticos e anestésicos potentes deram ao homem comum a sensação de que a ciência daria solução a todas suas aspirações. O advento das armas de extermínio em massa, explosivos, tanques e aviões consagraram a vitória da tecnologia sobre o ideal humanista. O homem que voltou das grandes guerras do começo do Século XX não conseguiu retratar o inferno que vivenciou, horrorizado. A Ciência adquire o *status* de divindade. Ciência que a tudo responde e a tudo se impõe. A natureza se dobra à vontade e ao engenho humano e é então, dissecada, catalogada, regida por leis, heteronomizada...

Na medicina, o advento do modelo flexneriano teve grande repercussão e influência na formação e prática médicas, em todo o mundo ocidental (Capra,1993; Fontes,1999).

Transplantes, informática, a conquista do espaço, comunicação eletrônica global, mapeamento do cromossomo humano foram algumas das grandes criações humanas que, somadas à diminuição da taxa de natalidade, ao aumento da expectativa de vida, ao aperfeiçoamento do modelo capitalista e à devida vigilância ideológica dos órgãos de comunicação em massa, tornaram o século XX o ápice do modelo científico-tecnológico, cartesiano, objetivo, segmentado e especializado.

Este modelo, ainda hegemônico, revelou muita competência para dar respostas a múltiplos problemas de modo eficiente e reproduzir-se temporalmente.

Porém, junto a avanços e sucessos, esse modelo assistiu a uma série de mudanças estruturais e não conseguiu dar soluções a várias questões, em especial àquelas em que se faz necessária uma visão mais totalizante e integradora, em especial a problemáticas complexas, como no caso da Saúde Coletiva.

4.2.2- Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade

“La connaissance interdisciplinaire doit être une logique de la découverte, une ouverture réciproque, une communication entre les domaines du savoir, une fécondation mutuelle, et non pas un formalisme qui neutralise toutes les significations en fermant toute les issues”. (Gusdorf *apud* Nunes, 1995)⁴

⁴ “O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica da descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, uma fecundação mútua, e não um formalismo que neutraliza todos os significados, limitando todas as alternativas” (Gusdorf *apud* Nunes, 1995) tradução livre do Francês.

Conforme refere Loureiro, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são conceitos diferentes, embora muitas vezes usados indiscriminadamente.

Interdisciplinaridade refere-se ao conhecimento, enquanto multiprofissionalidade, à prática. Ao se aprofundar a discussão sobre interdisciplinaridade, os obstáculos epistemológicos mostram a dificuldade em sua conceitualização, surgindo daí uma série de variações semânticas, como multidisciplinaridade, transdisciplinaridade, co-disciplinaridade etc. (Loureiro, 1992)

4.2.3- O conceito de interdisciplinaridade

O termo *disciplina* aparece na composição de uma série de palavras que visam expressar a idéia de conjunto, união, integração, síntese etc.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico propõe algumas definições que se prestam bem para a compreensão da interdisciplinaridade.

Disciplina – um corpo de conhecimento específico, transmissível, com a sua própria referência educacional, procedimentos de aprendizagem, métodos e áreas de conteúdo.

Multidisciplinar – Justaposição de várias disciplinas, algumas vezes sem conexão entre elas.

Pluridisciplinar – Justaposição de disciplinas que são mais ou menos relacionadas.

Interdisciplinar - Interação de duas ou mais disciplinas diferentes. Esta interação pode ser desde uma simples comunicação de idéias até uma integração mútua de conceitos, métodos, procedimentos, epistemologia, terminologia, dados e organização da investigação e do ensino em áreas amplas.

Transdisciplinar – Estabelecimento de um sistema comum de axiomas para um conjunto de disciplinas.

Um grupo interdisciplinar seria constituído, assim, de pessoas treinadas em diferentes áreas do conhecimento, com diferentes conceitos, métodos, dados e termos, organizadas em um esforço comum, para abordar um problema comum com intercomunicação contínua entre os participantes das diferentes disciplinas (OCDE, 1972 *apud* Loureiro, 1992).

4.2.4- Dimensões da interdisciplinaridade

Com relação às dimensões da interdisciplinaridade, vemos que a mesma pode assumir diversas formas.

a) Interdisciplinaridade Generalizadora ou Universalizante

É a mais tradicional forma de interdisciplinaridade. Baseando-se nela, vão sendo criados outros tipos. Fundamenta-se na adoção de uma teoria ou ciência como modelo (ex: a Física, como paradigma). Com base no entendimento de que as ciências particulares são incompletas, busca o saber absoluto, geral, que engloba todos os saberes menores, para permitir a passagem de uma especialidade para outra e desta forma garantir o conhecimento do mundo em sua totalidade.

Etges (1993) considera que nessa forma de interdisciplinaridade as ciências adjuntas submetem o seu método e objetos próprios aos da "ciência titular". Esse autor levanta, ainda, o problema de que a unidade fica visualizada apenas no produto final.

b) Interdisciplinaridade Instrumental

A interdisciplinaridade instrumental "se insere numa concepção da ciência que se convencionou denominar razão instrumental. Todo esforço intelectual se reduz basicamente a servir de meio para qualquer fim, visado pelos

homens em termos de utilidade prática e, se possível, imediata. Não é o conhecimento como tal que interessa, apenas a utilidade" (Etges, 1993)

Tem como base a filosofia do sujeito. Nesse tipo de interdisciplinaridade, a unidade é dada pelo "sujeito que organiza, classifica, dá sentido, enfim, unifica" (Bianchetti/Jantsch, *apud* Martins, 1996). Nessa modalidade de interdisciplinaridade ocorre a incorporação dos resultados de diferentes especialidades da ciência em um determinado campo. Dessa forma, não se utilizam os pressupostos teóricos e metodológicos das diversas especialidades, determinando que esse processo de incorporação se reduza à informação. A inter-relação com outras ciências dá-se com o intuito de compreender, ampliar o conhecimento, em busca da solução de problemas. No entendimento de Bianchetti e Jantsch, o que ocorre "é uma cooperação para chegar-se a um resultado, mas não garante a interdisciplinaridade".

c) Interdisciplinaridade Administrativa ou Externa

É aquela utilizada no planejamento e organização de um currículo, de um curso, de uma escola como um todo ou de uma universidade tendo como lógica a montagem ou agregação das disciplinas em vista dos objetivos estabelecidos.

A administração e o planejamento adotado fundamentam-se "na coordenação racional das ações múltiplas e complexas de produção de um produto ou de um serviço" (Etges, 1993). Trata-se de uma atividade técnica.

Essa ação racionalizadora tende a diminuir os erros, minimizar os custos e aprimorar o processo de aprendizagem. É neste contexto que Etges nos fala da necessidade de uma nova concepção de interdisciplinaridade:

"A interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador de comunicação entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento técnico-metodológico da diferença e de criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio de máxima exploração das

potencialidades de cada ciência, da compreensão de seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade" (Etges, 1993)

Para estudiosos do tema, a interdisciplinaridade responderia, então, a uma série de necessidades sociais, tais como:

- Solução de problemas que ultrapassam os limites de uma disciplina.
- Na exploração de relações entre disciplinas e profissões.
- Como forma de abordagem de questões amplas e complexas.
- Oposição à fragmentação do conhecimento e busca de certa unidade de conhecimento.
- Otimização de recursos em pesquisas e universidades.
- Propiciar o avanço do conhecimento científico pela geração de novos paradigmas.
- Solicitações pela sociedade de respostas a problemas concretos, como problemas ecológicos, organização do espaço urbano, saúde, educação,... (Klein, JT; 1990, OECD;1972 *apud* Loureiro; 1992).

Encontramos uma vasta literatura que aponta para a necessidade de se efetivar práticas interdisciplinares e multiprofissionais, presentes tanto nos currículos das várias profissões na área de saúde, como também na própria legislação sanitária.

Porém, mesmo quando indicada sua natureza interdisciplinar, os programas escolares, especialmente aqueles ligados aos departamentos de saúde coletiva, carecem de fundamentação básica e estratégias adequadas que efetivem esse discurso na prática acadêmico – profissional.

"A área da Saúde Coletiva se constitui em um espaço privilegiado para o trabalho interdisciplinar, na medida em que sintetiza esse conjunto de demandas, desde o reconhecimento da necessidade de novos paradigmas, à crítica constante à hegemonia do empiricismo positivista como método insuperável de apreensão do real" (Loureiro, 1992).

Temos, pois, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade como possibilidades para melhor compreensão de sistemas ou realidades complexas e como estratégias para ações dirigidas a modificar esta realidade.

4.3- As práticas dos profissionais de saúde, a educação em saúde e a interdisciplinaridade

4.3.1- As práticas de educação participativa e a construção de sujeitos

Quando falamos de práticas educativas estamos nos referindo à construção de sujeitos e às relações que se estabelecem entre esses atores/sujeitos. Para L'Abbate, "não se pode pensar os serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre estes atores ou sujeitos (profissionais e usuários), uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas" e que "os profissionais/alunos devem sentir-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais. A pesquisadora entende sujeito como "uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento."(L'Abbate, 1994).

Campos é outro autor que aborda as organizações de saúde e a constituição dos sujeitos envolvidos em tais atividades, trabalhadores e usuários. Este pesquisador propõe uma reconstrução operacional dos modos de fazer-se a co-gestão de instituições, de maneira que se propiciem condições para a constituição de sujeitos com potência para executar análises e intervenções apropriadas às suas necessidades sociais (Campos, 2000).

As práticas de Educação em Saúde podem ser de grande importância na constituição desses Sujeitos/Coletivos, enquanto práticas privilegiadas na aproximação entre objeto de trabalho e objeto de investimento de equipes em saúde.

Para Campos, a construção de "objetos de investimento relacionados, de alguma forma, com a produção de valores de uso, é um meio para atenuar o coeficiente de alienação durante o trabalho" (Campos; 2000).

A prática profissional junto à população exige uma participação do técnico na vida, nos problemas, nos interesses da população. Sendo, portanto, a ação educativa a própria prática profissional, não há como separar a ação profissional exercida na instituição da ação educativa junto à população (Pinto; 1982).

Para tanto, entendemos a Educação em Saúde enquanto uma prática efetivamente participativa, compartilhada, onde o saber técnico, ao interagir com o saber popular, não o suplanta, mas, sim, estabelece uma relação de diálogo de dois saberes que se comunicam e se transformam na construção de novos sujeitos e novos saberes.

Para Pinto, a educação deve ser entendida “como uma relação em que os sujeitos do processo (técnicos e população) buscam compreender a realidade que querem transformar, produzindo assim um novo saber. Este aspecto tem como primeira consequência a constituição de equipe interdisciplinar. Tanto no seu relacionamento com seus colegas de trabalho, quanto na prestação de serviços à população, os técnicos necessitam se organizar para desenvolverem a ação educativa” (Pinto; 1982).

Temos, então, que o processo educativo só se legitima quando se constrói de modo dialético - os técnicos e a população partilhando, unindo seus saberes na construção de novos sujeitos, novos saberes. Isto se dá quando se estabelece uma relação dialógica, e, diálogo pressupõe a existência de sujeitos interagindo, construindo sua própria realidade. O saber técnico não se sobrepõe ao saber popular, mas, sim, transforma-se ao interagir com este.

4.3.2- A equipe multiprofissional e a divisão social do trabalho

Quando falamos em trabalho com equipes multiprofissionais temos de levar em conta a divisão social do trabalho com suas múltiplas implicações, diferentes *status* e valorizações sociais, diferentes percepções sobre a organização e da conformação das práticas do trabalho.

Para Peduzzi, existe divisão do trabalho "quando o produto final esperado resulta da conexão de ações executadas por um elenco diversificado de trabalhadores ou profissionais." Assim, o produto final do processo de trabalho na área da saúde estaria representado na atenção integral à saúde, respeitada a multidimensionalidade do processo saúde-doença (Peduzzi;1999).

Essa pesquisadora coloca que os "variados trabalhos especializados que decorrem do processo de divisão do trabalho em saúde guardam conexões entre si, portanto, são complementares e interdependentes, ao invés de plenamente isolados e independentes, como freqüentemente reconhece-se em cada uma das áreas profissionais de per si".

O trabalho multiprofissional se referiria, então, à recomposição de diferentes processos de trabalho e, respeitadas as diferenças técnicas, deve articular as conexões existentes entre as intervenções que cada profissional realiza em seu próprio processo de trabalho. Isto nos coloca "frente a situações de trabalho que requerem articulação das intervenções técnicas, de modo que a nenhum profissional isolado e/ou a nenhuma área profissional isolada caberia realizar a totalidade das ações necessárias à qualidade do cuidado [...] O processo de divisão do trabalho remete-se a um trabalho originário do qual outros derivam ou ao qual outros se agregam para, em conjunto, com articulação ou sem articulação, obter o(s) resultado(s) necessário(s), pois a finalidade do processo de trabalho refere-se à satisfação de necessidades", neste caso, o atendimento integral às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores do setor (Peduzzi, 1999).

Outro aspecto complexo que a equipe multiprofissional tem de articular é a desigual valorização social dos vários trabalhos realizados dentro da mesma equipe. Para Gyarmati, a construção das diferentes profissões se dá através de um "processo político de legitimação e negociação, entre as instituições da sociedade e um determinado grupo detentor de uma tecnologia ou habilidade, sendo fundamentada nas relações de classe da sociedade capitalista que assegura, no caso da saúde, a reprodução da força de trabalho e a própria ideologia da dominação, baseada na hierarquização, controle e distinção entre trabalho manual e trabalho intelectual" (Gyarmati, *apud* Loureiro; 1992).

A existência de diferentes valores sociais geraria desigualdades hierárquicas dentro das equipes, fator a ser articulado pela multiprofissionalidade na busca da obtenção da satisfação das necessidades de cada profissional e da clientela. Tais profissionais estão inseridos em um complexo sistema de classes sociais, onde o processo de divisão técnica e social de trabalho cria diferentes relações de distribuição de renda e de poder. Na área da saúde, este processo de fato é complicado pela tradição histórica da autonomia da medicina e da apropriação do processo de tecnificação da saúde. Dentre as profissões de saúde, é ainda a medicina que mais utiliza elementos ideológicos como base para a sua legitimação e posição de vantagem na equipe de saúde.

Chega a ser natural e esperado, o desinteresse do profissional médico em participar de experiências multiprofissionais participativas, que possam contestar a legitimação de sua autonomia e poder dentro das organizações de saúde. Eis aí um nó a ser desatado na busca de uma articulação adequada. Para recompor os vários objetos de investimento das equipes de saúde, é necessário que todos venham à roda, em especial os médicos, pela sua posição nuclear dentro do campo da saúde.

É, pois, necessário criarem-se estratégias que cooptem e tragam os variados profissionais e setores interessados na promoção e proteção à saúde da população. Para isto, Campos propõe em seu "Método da Roda" que todos se coloquem à roda, buscando formas negociadas de se conciliar uma prática

fundamentada na interação de conhecimentos e práticas, em um ambiente de gestão democrática, onde todos os sujeitos envolvidos sejam participantes da construção de sua cidadania (Campos,2000).

Todos esses vários aspectos podem se constituir em importantes fatores de resistência, não apenas a ações educativas interdisciplinares, como também a todo tipo de reforma que se mostre contrária ao modelo hegemônico na saúde, oneroso e médico-centrado.

4.3.3- Limitações às práticas educativas multiprofissionais

Após analisarmos as potencialidades do trabalho interdisciplinar e multiprofissional e sua conceituação teórica, lembramos algumas limitações a estas práticas em saúde:

- divergências na definição do trabalho de cada profissional e/ou desconhecimento do processo de trabalho do outro;
- conflitos quanto à(s) abordagem(s) eleita(s) para a assistência ou cuidado dos usuários (falta de consenso quanto ao projeto de assistência);
- dificuldades na comunicação – quebra na comunicação (informações incompletas), rumores (conversas de bastidores), diferentes linguagens utilizadas pelos diferentes profissionais da equipe, ausência da busca do reconhecimento e entendimento mútuo;
- aspiração à autonomia profissional plena, desconsiderando a complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados;
- expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe. (Peduzzi, 1999).

Como já abordado anteriormente, a organização corporativa dos profissionais de saúde, principalmente a corporação médica, igualmente pode dificultar reformas no sistema de saúde.

Temos a hipótese de que, talvez decorrente de uma especialização cada vez mais pronunciada dos saberes, os vários profissionais têm resistências naturais em sair de seu núcleo ⁵ de saber. Descer do pedestal dos vários núcleos de saber pode colocar os múltiplos profissionais expostos ao novo e ao desconhecido, ao medo de revelar suas limitações. Se não vencermos este medo, não será possível avançar na construção de uma nova linguagem, de novos conhecimentos, de reconstrução de nossos objetos de investimento.

É preciso, assim, se considerar os vários fatores limitantes para não cairmos em propostas ingênuas que não avaliem adequadamente as possibilidades e os elementos de resistência à implementação de práticas participativas e democráticas de gestão da saúde.

⁵ Campos propõe chamar de *núcleo* a diferença entre uma área do conhecimento e outra. O *campo* seria o espaço de intercessão, de confluência, onde as coisas se fundem e se confundem, por onde geralmente as mudanças se insinuam e, novos núcleos, antes nem sequer imaginados, são construídos. Ele considera que seja salutar esta tendência a diminuir-se, através da interdisciplinaridade, as diferenças entre o saber e o poder desigual entre os vários profissionais e entre técnicos e usuários. Para este autor, porém, é imprescindível se entender que enquanto houver necessidades específicas (como o cuidado em saúde), sempre se fará necessária a existência de saberes (núcleos) específicos. Toda área de saber é interdisciplinar, porém não são equivalentes as áreas da saúde, da educação, da física, das ciências sociais, etc. (Campos, 2000).

5- METODOLOGIA

O tipo de pesquisa e sua conseqüente metodologia estão intrinsicamente ligados ao objeto de pesquisa proposto. O que nos interessa diz respeito à preocupação com a análise de atividades educativas em saúde, suas conseqüências e o impacto na qualificação de tais práticas.

Nossa opção metodológica levou em conta a diferenciação das pesquisas científicas e a possibilidade destas serem abordadas ou por meio de métodos confirmatórios, quantitativos, ou através de métodos interpretativos.

As abordagens quantitativas são aquelas em que o pesquisador tem uma hipótese para testar, comparar e analisar, utilizando métodos estatísticos sofisticados, a fim de obter resultados mais precisos sobre aceitação ou rejeição. As pesquisas ditas qualitativas são as que se utilizam de uma abordagem interpretativa, segundo a qual, a partir de pressupostos teóricos sobre as impressões da vivência, elabora-se o desenho da pesquisa. Isto implica que as experiências das pessoas sejam organizadas de forma que seja possível analisar e interpretar determinados segmentos do real. A investigação de caráter qualitativo também possui uma dimensão avaliativa, pois procura recuperar uma experiência já passada e concluída, analisando seu significado para o sujeito-pesquisador e os sujeitos-participantes e seus pontos positivos e negativos.

Levando em conta a amplitude dos objetivos enunciados, a contextualização histórica das práticas abordadas, a aproximação interessada do pesquisador e a natureza complexa e em permanente transformação de objetos como a Saúde Coletiva e Educação em Saúde, Interdisciplinaridade e Promoção à Saúde, pareceu-nos mais indicada a opção por uma metodologia de caráter qualitativo (Cervo, 2002; Minayo, 1998).

Em relação às abordagens interpretativas, podemos encontrar críticas relevantes tais como a ênfase na descrição de fenômenos em detrimento da análise dos fatos, assim como o empiricismo que acomete muitos pesquisadores que validam a versão fornecida pelos atores sobre os fatos sociais como verdades científicas. Minayo também aponta dificuldades em se trabalhar com certos

"estados mentais" e o envolvimento do pesquisador com seus valores, emoções e visão de mundo (Minayo, 1992, 1998).

Entendemos que a produção do conhecimento científico, em especial aquela ligada às ciências físico-naturais e biológicas, ainda tem, hegemonicamente, um caráter positivista, baseado na caracterização objetiva dos fenômenos estudados, na observação distanciada e pretensamente "neutra" do pesquisador e na valorização de técnicas numéricas e quantificáveis. Este tipo de postura, porém, é muitas vezes mais equivocada e de menor poder explicativo da realidade, na medida em que ignora ou omite o caráter intrinsecamente histórico e social dos fenômenos e a impossibilidade de neutralidade do pesquisador.

Para Minayo, tanto os indivíduos, como os grupos, e também os pesquisadores, são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico. São, portanto, intrínseca e extrinsecamente ideológicos (Minayo, 1992). Esta posição explicitamente interessada das representações objetivas e subjetivas que os sujeitos sociais utilizam para expressar sua realidade "é na verdade mais rica em capacidade objetiva do que as interpretações aparentemente desinteressadas, já que estas últimas, quando pretendem ser científica e universalmente válidas, não são na realidade conscientes do próprio caráter ideológico" (Gruppi, *apud* Oliveira, 2001).

A metodologia de análise sugerida para o esclarecimento das estruturas internas das inter-relações, significações e as condições contextualizadoras das práticas educativas em questão foi o método hemenêutico-dialético. O método hemenêutico-dialético, segundo Minayo (1996), se baseia em alguns princípios, tais como: sua referencialidade a uma práxis; o pressuposto da inexistência de um observador imparcial e de um ponto de vista de fora; o condicionamento histórico de qualquer manifestação simbólica e do fato deste método não se colocar como simples ferramenta do pensamento, mas como modo pelo qual a própria racionalidade é produzida. Além da leitura dos materiais produzidos no grupo e no serviço, nos valem da análise de depoimentos, onde buscamos identificar as categorias de análise de nosso interesse.

5.1- Procedimentos metodológicos

O *campo* de nossa pesquisa foi o Centro de Saúde Integração, situado na cidade de Campinas, SP. A *população* estudada se constituiu dos técnicos (profissionais, docentes e acadêmicos) e usuários envolvidos em atividades educativas multiprofissionais neste serviço, realizadas entre os anos de 1997 a 2000, perfazendo aproximadamente trezentas pessoas no total.

Inicialmente faremos uma descrição do desenvolvimento destas atividades, de modo a contextualizá-las historicamente. Para isso foi feita a leitura do material produzido nos grupos educativos, além de relatórios, dissertações e documentos relativos ao serviço. Em decorrência da insuficiência deste primeiro material, para se obterem informações adicionais e enriquecer a análise, nos valem de outras técnicas de obtenção de dados, no caso, entrevistas individuais e entrevistas em grupo, através da técnica de grupo focal.

Segundo Kahn & Cannell a entrevista de pesquisa é uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e centrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (Kahn & Cannell, *apud* Minayo, 1992).

O grupo focal é uma técnica de entrevista em grupo que visa, através de uma discussão coletiva, possibilitar a apreensão de experiências e pontos de vista diversos, a respeito de um assunto de interesse comum a este grupo.

O *critério de inclusão* nas pesquisas de campo se restringiu a todos os indivíduos que participaram dos grupos para hipertensos e diabéticos, realizados no segundo semestre de 1999 e primeiro semestre de 2000, o que correspondeu em cerca de cinquenta indivíduos. Dentre os acadêmicos, foram entrevistados um indivíduo por área profissional e o critério de preferência foi por indivíduos que continuassem residindo na cidade de Campinas, *excluindo-se* os restantes. Quando houve a possibilidade de mais de um indivíduo elegível, a escolha foi feita

por sorteio. Não foram encontrados, dentre os grupos educativos da amostra, os registros dos estudantes do curso de Fisioterapia. Em relação aos acadêmicos de Ciências Farmacêuticas, também não foi possível obter-se sucesso na busca de contato com tais pessoas, por mudança de cidade. Além desses sujeitos, foram entrevistadas pessoas com reconhecido conhecimento do desenvolvimento histórico de práticas de educação em saúde, no município de Campinas e, em especial, no CS Integração (em número de três).

O *recrutamento* dos sujeitos da equipe técnica deu-se através de contato telefônico ou pessoal prévio. Quanto ao conjunto de pacientes, o convite realizou-se com a colaboração das auxiliares de enfermagem do CSE Integração que trabalharam junto a esses usuários.

5.1.1- Depoimentos

O número de pessoas inicialmente programado para entrevistas totalizava 51 pessoas, trinta pacientes e vinte e um técnicos. Em relação aos técnicos, com a impossibilidade de encontro de acadêmicos dos cursos de Farmácia e Fisioterapia, o número inicialmente previsto de 21, reduziu-se a 19 entrevistados. Estes foram divididos em dois conjuntos distintos, a saber:

- Entrevistas para a contextualização histórica (três pessoas)
- Entrevistas com a equipe (dezesesseis pessoas)
 - profissionais do serviço (três auxiliares de saúde),
 - um coordenador do serviço,
 - dois coordenadores acadêmicos,
 - docentes (um por área profissional, no total de seis),
 - acadêmicos (um por área profissional, no total de quatro).

Antes da realização das entrevistas e do grupo focal, foi usado como procedimento um “Esclarecimento Inicial” (Anexo 7), de modo que as pessoas tivessem um entendimento claro da finalidade da pesquisa.

Após esse esclarecimento inicial, foi também solicitada a assinatura de um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo 14), buscando-se tomar todo o cuidado ético necessário, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, e demais que abordam a questão de Normas para a Pesquisa envolvendo seres humanos.

Como já havia se passado um tempo relativamente longo desde o último grupo educativo (cerca de quatro anos), para produzir um aquecimento e reavivar a memória dos participantes, na dinâmica de apresentação foram utilizados documentos visuais, tais como fotos e vídeo de alguns encontros, de modo que as pessoas se situassem mais precisamente em relação às atividades educativas em questão.

Todos os depoimentos foram sempre gravados e/ou filmados, transcritos e revistos a fim de garantir a fidelidade dos mesmos. Posteriormente, esses depoimentos foram colocados à disposição dos entrevistados, sempre que demonstrado interesse de parte destas pessoas. Também foi aceita a realização de entrevistas por via eletrônica, no caso de duas pessoas que relataram dificuldades para entrevista pessoal (uma acadêmica de Terapia Ocupacional e uma docente de Farmácia).

Entrevistas para contextualização histórica

Este grupo de pessoas foi constituído pela ex-auxiliar de saúde do serviço, Aída Rocha Benevides, a ex-professora do CSE Integração, Cristina Restitutti e a Dr^a Maria Haydée de Jesus Lima, atualmente coordenadora do CS Vila Ipê. O critério de escolha destas pessoas se deu pelo seu conhecimento do desenvolvimento histórico das práticas da educação em saúde no município de Campinas e, em especial no CSE Integração. Estas entrevistas abertas

realizaram-se de forma focalizada. Desta maneira, os entrevistados puderam discorrer livremente sobre o tema abordado - o desenvolvimento histórico das práticas da educação em saúde no CS Integração e no município de Campinas - sem um roteiro previamente estabelecido.

Entrevistas com a equipe técnica e acadêmicos diretamente envolvidos no trabalho

Além das entrevistas para contextualização histórica, realizaram-se algumas entrevistas de pesquisa com elementos da equipe técnica que participaram diretamente dos grupos educativos em análise.

Prioritariamente, tais entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho e, quando isto não foi possível, foram feitas no domicílio, ou em local de escolha do entrevistado.

Estas entrevistas se realizaram de forma semi-estruturada, ou seja, seguindo um roteiro prévio, conforme proposto por Minayo (1992) que possibilitasse ao entrevistado a liberdade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Foram elaborados roteiros para cinco segmentos distintos, acadêmicos (Anexo 8) e docentes (Anexo 9), coordenação do serviço (Anexo 11), profissionais da rede de saúde (Anexo 12) e coordenação acadêmica (Anexo 13). De modo a preservar a identidade destes entrevistados, eles foram indicados pela função ocupada por ocasião dos grupos em estudo. No caso das auxiliares de enfermagem, optamos por identificá-las pelas letras “C”, “N” e “T” (que não correspondem necessariamente as iniciais de seus nomes).

Grupo Focal com usuários

Além das entrevistas com a equipe técnica (profissionais, docentes e ex-acadêmicos) contou-se com a realização de um grupo focal com usuários que participaram dos grupos educativos em questão. O grupo focal é uma técnica de

entrevista em grupo que se aplica a indivíduos que compartilham um mesmo objetivo. Esta entrevista em grupo visou possibilitar a apreensão de pontos de vista e experiências diversas, no caso a percepção das conseqüências de tais atividades educativas, além de uma discussão coletiva destes aspectos. Isto foi realizado sob a coordenação de um moderador e efetivado através de um roteiro aberto (Anexo 10). Para Westphal, este procedimento é "particularmente apropriado quando o objetivo do investigador é verificar de que modo as pessoas avaliam a experiência, idéia ou evento; como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos" (Westphal, 1996). De um total previsto de trinta pessoas, doze compareceram no dia da realização do grupo focal, atendendo à convocação prévia.

Após explicitarmos os diferentes instrumentais utilizados na coleta de dados e introduzirem-se os referenciais teóricos e metodológicos, pretende-se ser possível contextualizar as práticas educativas desenvolvidas no CSE Integração entre os anos de 1997 a 2000, e atingir os objetivos propostos para esta pesquisa.

Para auxiliar na compreensão das citações e falas dos entrevistados, apresentadas ao longo deste estudo, elaboramos uma convenção que se resume deste modo:

() = momento de reflexão ou dúvida: intervalo de tempo em que o entrevistado ficou em silêncio

(?) = dúvida na transcrição ou na visualização: palavra ou trecho não audível ou visível

[] = acréscimo ou comentários e/ou esclarecimento ao leitor: palavra ou trecho introduzido pelo autor da tese

[...] = supressão após transcrição; palavra ou trecho de apresentação desnecessária no momento específico.

6- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

6.1- O cenário da investigação

6.1.1- O CSE integração

O Centro de Saúde-Escola Integração (CSEI) é uma unidade básica de atendimento à saúde localizado no bairro Castelo Branco, na zona Oeste da cidade de Campinas, no estado de São Paulo.

A área de cobertura geográfica do CSE Integração abrange os bairros Castelo Branco, Jardim Garcia, Vila Padre Manoel da Nóbrega, Jardim Paulicéia e parte dos bairros Campos Elíseos e Jardim Londres. Em sua área encontram-se duas favelas em processo de urbanização já bastante avançado, Recanto dos Pássaros e Nova Morada.

O prédio onde funciona é próprio, construído pela Prefeitura Municipal, com uma área aproximada de 400 metros quadrados, até o ano de 2001, quando se concluíram reformas para ampliação. Após tais reformas a área total do prédio expandiu-se para cerca de 650 metros quadrados.

Foi inaugurado em 1989 e resulta da integração dos antigos centros de saúde Padre Manuel da Nóbrega e Jardim Garcia. Está incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo administrado pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, desde 1991. Desde esta época, foi incorporada à equipe original da prefeitura, a equipe do Centro de Saúde Escola da Vila Castelo Branco, administrado pela universidade.

O horário de funcionamento da unidade vai das sete horas da manhã até as vinte e uma horas, em três turnos.

A região Noroeste, onde se localiza tal serviço, é considerada uma das regiões mais carentes de Campinas, apresentando fortes indicadores associados à violência urbana e problemas ligados ao tráfico de entorpecentes e drogadição. Trata-se de um bairro periférico, cuja ocupação inicial se deu a partir de um conjunto habitacional popular de baixa renda, desde longa data.

A população contida nesta área de cobertura situava-se em torno de 29.000 pessoas, de acordo com os dados do último censo, o que demonstra um decréscimo de cerca de quatro por cento ao ano. Esta mobilidade populacional tem se dado mais acentuadamente nos estratos etários mais jovens. Tem como consequência disto, um contingente populacional composto em larga medida por pessoas idosas, aposentadas, com baixa renda e baixa escolaridade, fortemente dependentes do sistema público de saúde.

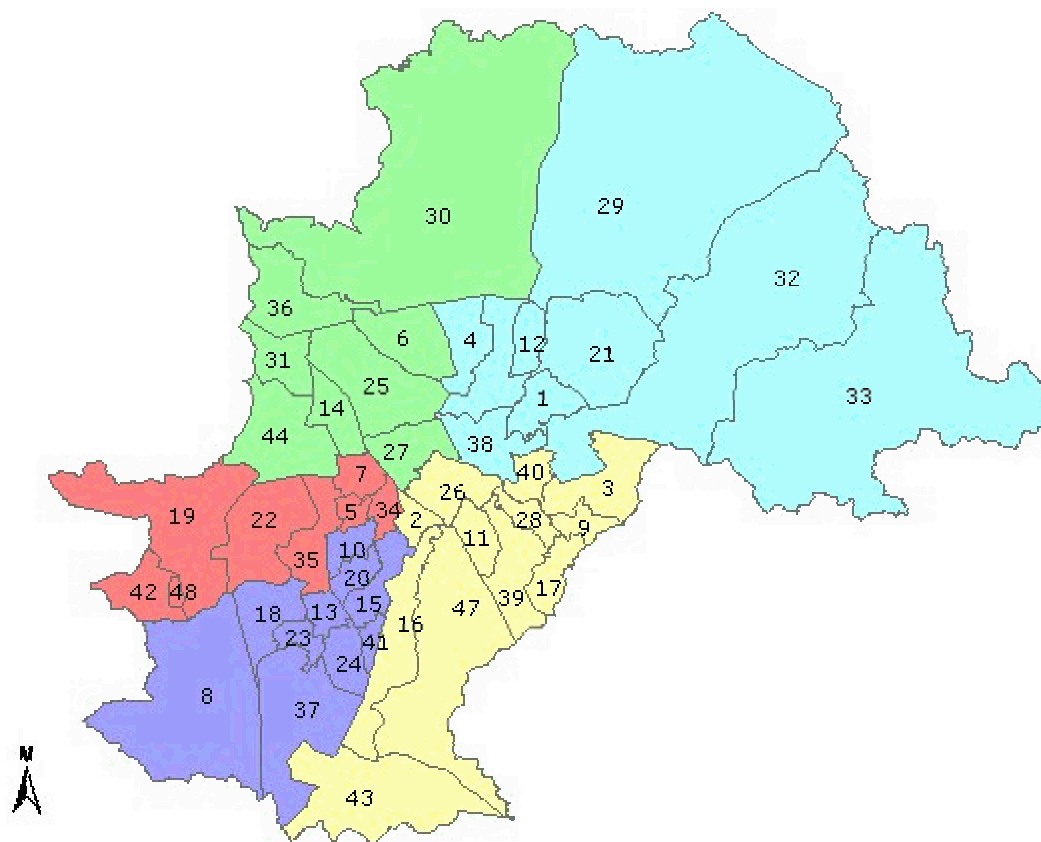


Figura 1- Mapa com as áreas de influência de cada um dos 48 centros de saúde do município de Campinas; o CS Integração situa-se no distrito de saúde Noroeste, representado na cor vermelha (número 7)

6.1.2- Histórico das atividades educativas em saúde no CSE integração

Com o objetivo de caracterizar os grupos educativos desenvolvidos no CSE Integração, realizamos uma reconstituição histórica para saber como as atividades educativas vieram se organizando, como vêm se reproduzindo dentro desse serviço, dentro do próprio sistema de saúde em questão e como se deu a inserção da PUC Campinas no serviço. Para tanto, julgamos adequado realizar um resgate no tempo, desde o nascimento deste trabalho, com o intuito de possibilitar a compreensão do contexto e a evolução dessas atividades.

Para este fim, além da leitura de documentos que falam sobre tais acontecimentos, realizamos entrevistas com três pessoas de notório interesse pela Educação em Saúde e que estiveram ligadas ao desenvolvimento da rede básica de saúde de Campinas desde seus primórdios.

Estas pessoas foram: a Dra. Haydée Lima, médica sanitaria que está em Campinas há cerca de 25 anos, atualmente coordenando o CS Vila Ipê; a Dra. Cristina Restitutti, também médica sanitaria em atuação na rede pública de saúde desde 1977 e uma das pessoas que esteve mais diretamente ligada ao desenvolvimento do projeto docente-assistencial para a saúde coletiva na PUC Campinas; por último, a auxiliar de saúde Aída Rocha Benedito, agora aposentada, e que esteve pioneiramente à frente da condução dos grupos educativos no CSE integração.

6.1.3- Os primórdios da rede de atenção básica em Campinas

Da leitura dos documentos e da análise das entrevistas concluímos que as práticas educativas em saúde se inserem em um contexto histórico que se inicia em meados da década de setenta, a partir da inspiração do então Secretário de Saúde do município de Campinas, Dr Sebastião de Moraes, médico cirurgião gástrico, um especialista que se descolou do meio hospitalar para se constituir na liderança principal de um forte movimento que transformou profundamente a

atenção básica em Campinas, implantando uma experiência modelar e pioneira para o Brasil, experiência esta que, entre outras, influenciou os rumos da Reforma Sanitária Brasileira. Haydée relata que:

“Sebastião de Moraes foi um visionário, um médico gastroenterologista, cirurgião, que se descola do meio hospitalar e que, influenciado por essas idéias da atenção primária no final da década de 70, chega em Campinas e vai implantar uma rede desse jeito, pra fazer esse modelo de atenção primária, quando não existia no Brasil. As experiências que existiam eram isoladas, surgiram em Niterói - RJ, em Montes Claros – MG [...] Na década de 70, influenciada pela declaração de Alma-Ata, de atenção primária, isso tudo já vinha muito calcado na prática voltada para a equipe de saúde, que trabalhava com médicos generalistas, com pessoal auxiliar, o trabalho já era em equipe, já se falava nisso o tempo todo. Já era um modelo que se procurava implantar, absolutamente marginalizado no contexto do modelo hegemônico do país e da cidade, diga-se de passagem. A rede já surgiu tentando criar um movimento de ponta, de harmonia. Os postos de saúde de Campinas, chamavam Postos Comunitários de Saúde. Olha que nome bonito, né?” (Haydée)

Conforme nos conta Haydée, este modelo se diferenciava em muito do modelo tradicional oferecido pela Secretaria de Estado, até então responsável pelo atendimento de atenção básica em saúde, em Campinas:

“A Secretaria de Estado trabalhava com esse modelo de programação em saúde, um modelo bem rígido, que trabalhava com os conceitos puramente epidemiológicos, descartava da responsabilidade da atenção básica a questão do pronto-atendimento. Isso não fazia parte. Era um atendimento agendado, em cima dos grupos priorizados, que na época eram gestantes, crianças menores de 2 anos, desnutridos, tuberculosos, hanseníase... Eram esses os grupos não só priorizados mas exclusivos. Não se trabalhava

com a população adulta [...] Os programas eram elaborados num núcleo central e a execução deles vinha até a ponta. Então só se executava. [...]Se trabalhava com grupos educativos, hanseníase, tinha muito material educativo, sempre uma educação muito autoritária, muito higienista naquela época ainda.” (Haydée)

As rápidas transformações no desenvolvimento urbano de Campinas, a participação de movimentos populares e da Igreja, tiveram grande importância na criação deste novo modelo de atenção à saúde na cidade:

“A cidade foi crescendo muito além e aí os centros de saúde do estado ficaram mais centrais (eram só 4) e a rede municipal cresceu na periferia nova, onde cresciam as favelas, as vilas populares de BNH e tal. E como é que o Sebastião inicialmente fez pra crescer essa rede, sem financiamento? (Porque nessa época, não nos esqueçamos, não tinha SUS, não tinha recurso estadual nem federal vindo para o município.) Então ele fez essa rede com base nas parcerias com associações de moradores e movimentos religiosos. Por isso é que se chamam as redes de “fundinho de igreja”. Que eram chamados em Campinas, os chamados “postinhos de fundinho de igreja”. Por quê? Porque cedia, era verdade, a Igreja cedia o espaço onde ficava o postinho.” (Haydée)

A lógica desta nova rede contemplava uma combinação de atendimentos a partir dos problemas epidemiologicamente detectados e da livre demanda:

“No começo da rede [se] trabalhava com uma penetração muito maior no território da comunidade. As auxiliares de saúde eram recrutadas no bairro. Toda a rede municipal era constituída por médicos generalistas e auxiliares recrutadas no seu bairro. O recrutamento dessas auxiliares era feito a partir dos movimentos organizados, que nessa época surgiam com muita força. Era a época ainda da ditadura militar, mas com o surgimento de muitos movimento sociais. Teve o movimento da luta pela carestia. Em Campinas havia uma

influência muito grande das comunidades eclesiais de base, ligadas à igreja católica. Então era um “todo”. Os auxiliares vieram desse movimento, militantes de defesa dos direitos de cidadania e trabalhavam nos postos comunitários de saúde. Então essa é uma diferença muito grande. Começa porque a rede de Campinas sempre contemplou uma combinação de atendimentos a partir dos problemas epidemiologicamente detectados e da livre demanda. Ela nunca fez essa separação, sempre se preocupou em dar uma resposta ali na demanda. Ao pronto atendimento, a febre da criança, a dor de barriga. Ela nunca disse: “eu faço programa disso, ou faço programa daquilo e isso aí não me interessa, não”. (Haydée)

Haydée conta que esta rede se constituiu, em seus princípios, de médicos e agentes comunitários com forte comprometimento e identificação com as propostas de incremento da consciência sanitária e da participação popular. Este relato confirma o que encontramos descrito por pesquisadores que investigaram a constituição histórica da rede básica do município de Campinas (Smecke, 1989; L’Abbate, 1990).

“Em Campinas, o Sebastião de Moraes, com aquela história dele, de entusiasmo com o projeto, conseguiu atrair médicos dos quatro cantos deste país, com alto grau de compromisso com esse projeto, com o povo mais pobre, com alto grau de compromisso com a construção de uma saúde pública democratizada, de qualidade. Tanto que essas pessoas que trabalharam no início da rede são hoje militantes do SUS, construtores do SUS, quadros do SUS, do início da rede pública. Eram médicos que vinham com alto grau de compromisso pra essa construção. Veio gente de todo o lugar, do Ceará, da Bahia, veio gente de vários lugares. São pessoas que naquela época (início da redemocratização do país - final da ditadura militar) eram de esquerda, a grande maioria de partidos que na época estavam na clandestinidade... Então era quase que como uma militância para esses médicos a construção dessa rede. Isso dá um caráter fenomenal para essa rede”. (Haydée)

A partir da fala de Haydée, podemos observar que a organização da rede de atenção primária em saúde de Campinas vem se constituindo, desde seu princípio, baseada na promoção à saúde, tendo a educação como um de seus pilares centrais.

“Porque o atendimento da população no início dessa rede para atender os grandes contingentes de doença era em grupo. O atendimento era em grupo. Por quê? Porque a ação educativa era o centro. Então se fazia o grupo. Por exemplo: grupo de crianças, você tinha vários grupos de crianças. Você ia cadastrando as crianças ao nascer e nesse cadastramento se organizavam as crianças por local de moradia. Em muitas unidades tinham os prontuários organizados por ruas, então você convidava as pessoas... Por exemplo, você tinha vários grupos de crianças, cada grupo se reunia em determinado dia do mês, numa dada semana do mês. Então, ali você fazia toda uma conversa com as mães e as suas crianças [...] Eu vejo que do ponto de vista de diretriz institucional, nós temos tido repetidamente aqui em Campinas um discurso com ênfase na saúde educativa [...] Com todos os secretários que tivemos nunca houve um sequer que deixasse de fazer um discurso voltado para a Educação e Saúde como prioridade. Entrou um com uma visão de modelo, saiu outro com outra visão de modelo... Todas as administrações mantiveram alguma atividade em educação continuada. Por exemplo: vamos fazer um seminário sobre diabetes. Nunca deixou de haver nos trabalhos em diabetes, ou na saúde da mulher, ou mesmo na doença respiratória na infância, uma ênfase em Educação e Saúde. [...] Essa ênfase já existia na época que era fazer todo o atendimento iniciado em uma atividade de grupo, já partia muito disso. O usuário tinha que entender, falava-se muito na elevação da consciência sanitária da população. Tínhamos que elevar o grau de consciência de saúde da população. O Sebastião tinha um teatro. Eu não sei se a Cristina falou sobre isso. Porque eu vinha do Estado e a Cristina vinha da rede municipal, eu nunca cheguei a ver isso, só ouvi falar, mas ele fazia um teatro espontâneo, ele ia

(pessoalmente) o secretário municipal de saúde. Não sei se tem alguém por aí que trabalhou com ele nisso, seria muito interessante você conhecer, se tivesse. Ele ia até as associações de moradores nos bairros à noite e fazia um teatro espontâneo, discutia com a população o que é saúde, o que tem naquele bairro que era a favor da saúde e a partir daí criava um teatro espontâneo. Era um negócio muito interessante. E recrutava as auxiliares de saúde nessas atividades (quem se mostrava mais interessado e mais participativo nas atividades era recrutado pra isso). Interessante isso né? Muito bonita essa história”. (Haydée)

Com o passar dos anos, devido ao aumento da cobertura, incorporação de novos profissionais e a saída de um grande número desses antigos militantes, esta rede sofreu profundas mudanças em sua identidade, observando-se uma redução no vínculo destas equipes e o esvaziamento do papel das auxiliares de saúde (que nos primórdios da rede funcionavam como uma espécie de agentes comunitários). A falência do sistema médico previdenciário e as mudanças no perfil epidemiológico da população, necessidades de um atendimento mais complexo e o grande crescimento desta rede logo se traduziram numa nova orientação dos serviços básicos de saúde. Isto resultou na diminuição do comprometimento e responsabilização dessas equipes, o que influenciou diretamente a organização dos serviços, que passaram a apresentar características mais assistenciais e menos educativas, preocupados em responder às pressões mais imediatamente assistenciais dessa grande demanda.

“Mas enfim a rede foi crescendo e não se manteve mais a qualidade de alto compromisso social dos seus membros, dos seus trabalhadores. Os trabalhadores não eram mais aquela equipe inicial que cobria uma faixa mínima da população, mas que tinha um alto grau de compromisso com a construção de um modelo contra-hegemônico. Ela cresceu, cresceu e teve que responder a uma demanda enorme. Contratação, concurso público, etc e tal e foi perdendo um pouco esse caráter. [...] As pessoas foram se dispersando, e outra coisa que aconteceu nesse momento foi a necessidade de

profissionalizar o pessoal da enfermagem. Essas auxiliares que trabalhavam nos postos inicialmente eram auxiliares de saúde, era o nome do cargo que elas ocupavam. Elas não eram profissionalizadas. Elas não tinham o curso de Auxiliar de Enfermagem. Depois, com regulamentação da profissão de enfermagem pelo COREN, pelo órgão de classe da enfermagem, foi necessária a profissionalização delas, a contratação de outras formas.” (Haydée)

Atualmente parece que com o desenvolvimento do SUS e de programas como o Paidéia¹ e o Programa de Saúde da Família, tem havido uma reorganização dos serviços em direção às características originais da rede, o que se traduz em uma revalorização de práticas mais preventivas e educativas e, conseqüentemente, menos médico-assistenciais-centradas. Para a entrevistada, porém, ainda falta muito a ser superado no tocante à problemática da ES:

“Mas eu ainda acho que na questão de Educação e Saúde, nós estamos muito aquém de chegar num grau de excelência, de interação, onde a gente aprende tentando ensinar, onde a gente ensina tentando aprender. Nós estamos muito longe disso. Mas nós temos que superar a dificuldade da falta de informação ao doente”. (Haydée)

6.1.4- O CS integração e a inserção da PUC CAMPINAS

Assim como a rede municipal, os centros de saúde ligados à universidade católica são fruto de um projeto pioneiro de profissionais inseridos no Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC Campinas, coordenado inicialmente por um pneumologista, antigo professor da FCM Unicamp, Dr. Miguel Tobar Acosta, no ano de 1980, em um pequeno ambulatório já existente na Vila Castelo Branco. (Martins, 1996) Isto se faz presente na fala da dra. Cristina Restitutti:

¹ **Paidéia** é o nome do modelo atual de atenção à saúde implantado pelo ex-secretário de saúde do município Dr. Gastão Wagner S. Campos

“O grupo que também formou o departamento, que trabalhou no departamento até naquele momento, era um grupo vindo também dessa experiência da saúde comunitária da prefeitura, vindo da Unicamp”. (Cristina)

Para a dra. Cristina Restitutti, as características desse grupo de profissionais determinou uma ótica diferenciada para o trabalho em saúde comunitária desenvolvido pela PUC Campinas:

“Essa questão de trabalhar a população, trabalhar os problemas de saúde em uma outra ótica não individual de consultório, era do grupo todo. Introduzir o aluno, mostrar para o aluno que ele tem um futuro médico, um futuro profissional, um futuro farmacêutico, enfermeiro. Vamos falar, claro, do médico, enquanto medicina preventiva, do nosso departamento. Mostrar prá esse médico que os problemas de saúde, eles têm outros fundos que não é só outros componentes, que não é só o vírus, que não é só o fumo. Tem uma série de outras questões relacionadas à saúde, o trabalho é super eficiente, de uma forma diferenciada”. (Cristina)

A vontade de trabalhar dentro de um compromisso com a comunidade periférica ao campus universitário logo vem agregar novos profissionais, de outros cursos, a este projeto pedagógico:

“A gente tinha, não só no departamento, mas, vamos pensar enquanto curso, enquanto faculdade de Ciências Médicas, você tinha grupos de outros cursos que também tinham o mesmo ideal de também trabalhar com o aluno na comunidade” (Cristina)

Na seqüência, docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública agregaram-se ao projeto; a adesão dos outros cursos da Universidade Católica deu-se gradativamente. A agregação dos vários cursos da PUC Campinas ao projeto de saúde Coletiva, que veio a gerar o Centro de Saúde Integração, realizou-se gradativamente e deveu-se a situações históricas, fruto do

projeto pedagógico que enfatizava o compromisso social da universidade. Deste modo, observamos que a escolha do serviço foi, de certa forma, determinada tanto pela existência destes serviços, como pelos avanços obtidos nas reformulações curriculares de cada curso (Mellin, 1998).

“Antes de se constituir esse centro de saúde existia um núcleo da Faculdade de Medicina que era no Castelo Branco, que é o Castelinho até hoje, e lá existiam vários outros cursos que já também atuavam lá. Então, num primeiro momento, a região do Castelo Branco é que contava com equipe multiprofissional, inclusive de alunos, e isso, de certa forma, é um facilitador, você já tinha outros elementos, não só na Medicina, ou de professores, que também vão canalizar isso, dando integração. Eu acho que já há, ou houve, uma facilitação naquele momento, que já conta desde o início, dando trabalho multiprofissional.” (Cristina)

A constituição desta equipe multiprofissional foi determinante para a busca de um trabalho baseado no respeito interprofissional e numa atuação integrada:

“E isso era uma questão nossa: trabalhar com equipe multiprofissional. Esse era um marco da formação naquela época: mostrar pro aluno de medicina que ele tem um papel na equipe tão importante quanto um farmacêutico, quanto um enfermeiro, quanto um terapeuta ocupacional, fisioterapeuta. Então trabalhar em equipe multiprofissional era uma coisa bastante clara naquele momento, e acho que hoje é ainda, acho que se mantém isso na PUC.” (Cristina)

O CS da Vila Castelo Branco funcionou de forma isolada até 1990. Com a inauguração do CS Integração, no mesmo bairro, começou a haver uma duplicidade de ações em saúde pelos dois serviços em atuação na área. A equipe da PUC Campinas entabulou, então, discussões sobre a pertinência de integrar-se ao novo serviço, como forma de juntar esforços para a execução de um trabalho comum. A incorporação dos cursos da universidade à equipe do CS Integração

veio a ocorrer no ano seguinte. O aporte destas novas disciplinas veio contribuir para a diversificação e qualificação da atenção ofertada à clientela. A busca da construção de um trabalho multiprofissional apresentou reflexos para a assistência e no incremento de atividades educativas nesse novo serviço.

“Quando nós começamos a trabalhar em grupo, desde o início a lógica era tentar fazer trabalhar, com vários alunos, a questão da Educação em Saúde, o grupo não era especificadamente da medicina, era uma coisa que a gente queria trabalhar como um todo, então eu acho que é isso, na PUC, né, no Departamento de Preventiva, na Faculdade de Ciências Médicas.” (Cristina)

A professora percebia que o trabalho educativo em grupos prestava-se, de forma privilegiada, a propiciar aos estudantes que estagiavam no centro de saúde Integração, uma visão diferenciada da prática em Saúde Coletiva. Ela entendia que os trabalhos em grupo atendiam a dois objetivos principais: à formação acadêmica e ao atendimento das necessidades da clientela usuária do serviço:

...”No Integração, a idéia de tentar trabalhar com grupo tinha dois objetivos principais: primeiro, introduzir o estudante de graduação da Medicina que passava na saúde coletiva a uma prática assistencial. Que não fosse a prática assistencial de consultório, simplesmente, de tratar. Acho que o aluno da PUCC, assim como de forma geral, naquela época, e em muitas outras faculdades, não tinha essa experiência de trabalhar com uma forma diferenciada na comunidade; e trabalhar com grupos, não com assistência individual, assistência clínica no ambulatório. Eles tinham o objetivo de introduzir o aluno a uma prática diferenciada, uma prática educativa, não no consultório, não individual. A outra era, a de também atender a uma necessidade que a gente entendia daquela população a qual o setor do Integração tratava, a região atendida pelo Centro de Saúde era uma região, é uma região que, caracteristicamente, tem uma população idosa

bastante grande. São bairros com vilas planejadas, construídas, é um espaço geográfico bastante delimitado, tem um grande adensamento populacional. São bairros mais antigos e, por causa dessas características, acabou concentrando uma população idosa, de adultos idosos, bastante grande. Como a gente sempre trabalhava tentando fazer com que o centro de saúde atendesse às necessidades identificadas na população, quer dizer, a gente fazia uma avaliação do perfil epidemiológico de mortalidade, etc, era gritante a necessidade de trabalhar mais adequadamente com hipertensos, diabéticos e idosos...” (Cristina)

Logo esta parceria começou a dar frutos, especialmente a partir da identificação de pessoas do serviço que demonstraram especial interesse em desenvolver esse tipo de atividade na unidade de saúde:

“No integração a gente conseguiu detectar uma auxiliar de enfermagem que tinha essa vontade, tinha esse intuito, tinha dentro dela essa visão de que era necessário trabalhar idosos, hipertensos, diabéticos de uma forma diferenciada, e fazer grupos...” (Cristina)

Esta auxiliar se chamava Aída.

6.1.5- Aída e as práticas de educação em saúde no CS integração

De sua fundação até o ano de 1996, as atividades de educação em saúde (ES) no Centro de Saúde Integração (CSI), voltadas à clientela adulta, se concentraram basicamente em grupos para pacientes diabéticos e hipertensos. Tais atividades foram tradicionalmente coordenadas pela auxiliar de saúde Aída Rocha Benedito. A história de Aída serve não apenas para entendermos as práticas educativas neste serviço, como também o próprio desenvolvimento da rede básica de saúde no município de Campinas, já que ela atuou nesta rede desde seus primórdios. Por isto fizemos uma entrevista com Aída, a fim de

recuperar, através de sua fala, um pouco de sua história e da história do serviço onde atuou durante vinte anos.

Para a composição das equipes de funcionários dos centros de saúde originais, na década de 70, a prefeitura exigia que fossem pessoas moradoras próximas à área de cobertura, pois se acreditava que, com isto, obter-se-ia maior envolvimento desses funcionários com os problemas da comunidade. Além deste comprometimento da equipe, supunha-se que, devido a uma maior familiaridade com a região e a comunidade, o trabalho a ser desenvolvido alcançaria maior eficácia em suas ações.

Aída contou que já tinha certa experiência anterior com grupos, desde a época em que trabalhava no extinto CS Padre Manoel da Nóbrega, portanto anterior à fusão que gerou o CS Integração. Ela começou discorrendo sobre seu entendimento de como as coisas se passavam no seu primeiro serviço em relação à educação em saúde. Contou que apesar de haver alguns grupos, não entendia que aquele tipo de atividade já pudesse ser qualificado como grupos de Educação em Saúde, devido ao modo precário como o trabalho era desenvolvido:

“Anteriormente era aqui no Nóbrega. A gente trabalhava mas não assim, programada, fazia uma coisa mais esporádica. Não era assim, uma coisa organizada.[...] Mais pra verificar pressão, ver a distribuição da medicação. Mas não tinha um trabalho educativo na época, né. Trabalhava assim: chama o grupo, mais pra medir a pressão e pra fornecer a medicação, mas não tinha um trabalho preventivo.” (Aída)

E coloca que ela própria, anteriormente, talvez devido a seu despreparo e falta de tempo, também tinha dificuldades para perceber a real dimensão da necessidade deste gênero de trabalho:

“No Nóbrega não tinha nada disso. Uma que a gente não tinha tempo pra isso e a gente não tinha esse preparo, essa idéia. Eu acho que assim, na época [não] tivesse tanto essa necessidade, porque no Integração quando juntou, ficaram

juntos os postos de saúde e a área abrangente era muito maior. Daí a gente começou a sentir mais essa demanda.[...] eu não sei se é porque antes eu trabalhava com (?), a gente mudava muito, a gente fazia rodízio a cada três meses, então a gente mudava muito, então não tinha assim, você ficar fixo por algum tempo numa determinada área. Por isso que eu não percebia a necessidade. Eu só senti mesmo a necessidade a partir do momento que eu fiquei mais tempo naquela determinada área de pessoas, onde eu atendia mais o adulto de uma maneira geral.” (Aída)

Colocou que nessa época já existia certo descompasso entre o discurso e a prática:

“[O caminho] não estava construído, não. Ele existia mas não era uma coisa assim organizada. [...] Discurso sempre houve, né? [...] Mesmo anteriormente, mesmo aqui no Nóbrega, que estava parado, já existia sim.” (Aída)

Até então o trabalho desenvolvido pelas auxiliares da rede básica de saúde era mais amplo e menos especializado. Seu interesse por este tipo de trabalho com grupos educativos só veio a se intensificar quando teve oportunidade de permanecer mais fixa na área voltada ao atendimento de adultos:

“Olha, a minha inspiração se deu até a partir do momento que eu comecei a trabalhar muito com adulto, o adulto assim, especificamente, o pessoal mais idoso. A gente trabalhava com adulto, mas trabalhava na área assim, da saúde da mulher”. (Aída)

Para ela, porém, este tipo de atividade justificou-se no serviço principalmente devido à súbita ampliação da área de cobertura provocada pela união dos antigos centros de saúde, com conseqüente aumento da demanda do serviço e o tamanho reduzido da equipe para atender às novas necessidades:

“Quando eu comecei a trabalhar com os grupos, foi devido mesmo a uma demanda que era muito grande e a procura de hipertensos e diabéticos que no centro de saúde Integração era muito grande. E também o número de médicos era bem restrito, né, bem pequeno mesmo e, não dava pra atender toda a demanda.” (Aída)

Tais fatos despertaram-lhe a necessidade de buscar formas diferentes de trabalho, que pudessem atenuar as dificuldades enfrentadas:

“Aí aquela demanda foi aumentando, foi aumentando... E a gente não dava conta. E outra coisa, assim, que me fez pensar em trabalhar com grupo, o pessoal ia muito assim, pra medir a pressão, queria medir a pressão e queria remédio. Mas uma coisa, assim, muito automática, sem nenhuma responsabilidade, como se achasse que medir pressão e tomar remédio, fosse uma coisa assim, que, só isso bastava e não precisava de mais nada. Então eles achavam que medir pressão toda hora, a hora que eles quisessem. E assim, eles não tinham nenhuma idéia... A partir daí que eu senti a necessidade de trabalhar, passar as informações pras pessoas, conscientizando as pessoas aquelas atitudes, mesmo que fossem só para averiguar a pressão, né, mas saber o que, porque se faz isso [...] e também pra conhecer um pouco mais as pessoas [...] A gente sabia que muita coisa poderia ser resolvido assim, com trabalho de grupo, de educação, trabalhando com o pessoal [...], e na época, como hoje, tem ajudado muito na questão da demanda, a gente percebia que tirava muito o pessoal das filas pras consultas, prá marcação das consultas, porque ele era atendido no grupo, nas reuniões”. (Aída)

Nesta época também ficou motivada pelo contato com outros profissionais interessados em educação em saúde:

“Eu já conhecia outras pessoas em outras unidades, que desenvolviam esses trabalhos, e aí no centro de saúde [Integração], a doutora S., ela já trabalhava com os grupos de

hipertensos, a doutora S. juntamente com a A., que é auxiliar de enfermagem, ela desenvolveu esse trabalho” (Aída)

Porém relatou que neste começo havia falta de subsídios materiais e conhecimento adequado para a execução das tarefas.

“Então, quando a gente, eu dei início a esse trabalho, lá no centro de saúde não tinha nada montado, não tinha um esquema assim, pronto. Eu fui montando esse esquema, prá poder desenvolver um trabalho de educação com os hipertensos e diabéticos [...] aí, foi quando eu comecei. A gente não tinha nenhum subsídio, nenhum material que pudesse trabalhar” (Aída)

Para superar isso, buscou apoio:

“eu fui até alguns postos de saúde pra recolher algum material, adquirir alguma experiência, pra ver como o pessoal trabalha e, também, fui conversando com os médicos, trocava muitas idéias com os clínicos que trabalhavam lá no centro de saúde.” (Aída)

Aída faz referência ao estímulo propiciado pela então coordenadora acadêmica da PUC Campinas, no CSE Integração, Dra Cristina Restitucci, docente de medicina e grande entusiasta de atividades de educação em saúde e de experiências integradoras interprofissionais. Além do aprofundamento teórico da equipe no tocante a práticas educativas, a Dra Cristina estimulou reciclagens de auxiliares de saúde do serviço, a exemplo de Aída, facilitando-lhes a realização de cursos de capacitação em educação em saúde, promovidos pela Unicamp e Secretaria Municipal de Saúde.

[...] eu fui fazer também vários cursos na Unicamp sobre grupos, assim não específico [...] a Dra. Cristina fazia parte da coordenação lá, dos professores, dos alunos, de tudo, então ela dava muito essa força pra mim, e ela mesma me preparou que me deu várias aulas, me instruiu, e tava sempre ali me defendendo”. (Aída)

Nesta época os grupos tinham um caráter aberto, com incorporação mais ou menos livre dos pacientes e uma duração anual. Inicialmente, a frequência era de um encontro por mês e, mais tarde, chegou a ter uma frequência semanal.

6.1.6- A educação em saúde e o pesquisador

No ano de 1996, este pesquisador foi convidado a assumir a condução das atividades de educação em saúde junto aos acadêmicos do quinto ano do Curso de Medicina da PUCCAMP que realizavam estágio no Programa Integrado de Saúde Coletiva (PISC), no CSE Integração.

As experiências deste pesquisador com ES no serviço, até então, tinham se dado de um modo ainda incipiente. Por algumas vezes já havia participado de grupos educativos em saúde, na qualidade de médico convidado a dar palestras sobre determinados temas de interesse da clientela usuária do serviço.

Também esteve envolvido na coordenação de campanhas de cunho preventivo e informativo ("Feiras de Saúde", fotos 1 e 2) e no treinamento de profissionais da rede básica de saúde, em temas como diabetes melitus, hipertensão arterial sistêmica e primeiros socorros (foto 5). Já havia realizado, eventualmente, a supervisão, à distância, de acadêmicos de medicina que participavam de grupos educativos em andamento no serviço.

É preciso dizer que este contato anterior com a ES nunca tinha se dado de um modo sistematizado, como, também, não se sentia muito familiarizado com tais práticas.

Poderia dizer que sua prática profissional anterior se caracterizava mais pelo exercício de uma prática médica tradicional em atendimento clínico individual. Quanto à prática docente, ela esteve, até então, voltada a questões mais diretamente ligadas à assistência e à vigilância epidemiológica.

De princípio, demos continuidade aos grupos com a auxiliar Aída, da maneira como ela tradicionalmente já os vinha realizando. Nesse momento, porém, iniciamos uma participação mais direta "in loco", especialmente no treinamento da equipe, e não mais apenas com supervisionamento de acadêmicos, à distância.

6.1.7- Mudanças nas atividades do CSE integração

No planejamento acadêmico para o ano de 1997 buscou-se uma maior e mais efetiva aproximação das várias áreas atuantes no serviço.

Os oito cursos então atuantes no serviço ligados à Puccamp eram: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Contava-se com profissionais de várias áreas da saúde, tais como médicos de três áreas básicas: clínica de adultos, ginecologia e pediatria; o pessoal de enfermagem (de nível universitário e auxiliares), psicólogos e odontólogos.

A partir de reuniões preliminares, estabeleceu-se que os grupos educativos passariam a ter sempre a coordenação de um docente responsável, em um sistema de rodízio.

Inicialmente estabeleceu-se que a coordenação começaria pela medicina e, com a constituição dos sucessivos novos grupos haveria, então, um rodízio entre as várias áreas atuantes.

Buscou-se certa aproximação dos vários cursos universitários e do pessoal do próprio serviço e no reconhecimento da importância de se realizarem tais atividades. Os vários cursos e profissões participaram de um modo ora mais, ora menos regular, nos grupos educativos que iremos abordar. Começaram, aí, mudanças significativas no processo educativo vigente até então no CSEI.

Foi crucial, a nosso ver, a participação dos vários cursos e profissionais no debate para a construção deste espaço educativo interdisciplinar e multiprofissional (aqui cabe o parêntese de que, no discurso, todos referiam tal importância, porém, nos momentos de implementação, surgia uma série de empecilhos, referidos para a não participação regular nestas atividades, o que vamos discutir posteriormente).

Primeiramente, teve-se de buscar um horário que fosse o mais propício e comum a um maior número de acadêmicos e profissionais dispostos a participar das atividades.

Estabeleceu-se, então, o dia mais indicado à maioria dos interessados. Os cursos que conseguiram inicialmente adequar-se a tal projeto foram Medicina, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Farmácia, além da auxiliar de saúde Aída.

No mês de março do ano de 1997, essa equipe começou a reunir-se e, a partir do perfil epidemiológico da clientela atendida, estabeleceu-se que daríamos início a um grupo educativo para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

As primeiras reuniões realizadas pela equipe serviram não apenas para a escolha da patologia a ser abordada, como também para decidir sobre o planejamento, materiais, horário e local necessários para a condução da tarefa. Realizava-se o levantamento e análise dos dados coletados nos prontuários médicos dos pacientes hipertensos usuários do serviço.

Nas reuniões iniciais buscou-se aprofundar o conhecimento específico de toda a equipe acerca da patologia escolhida, através de leituras e aulas expositivas.

A partir desse momento, embora o papel do docente da medicina fosse mais destacado do ponto de vista técnico-informativo e de organização, já começa a processar-se uma troca interdisciplinar mais pronunciada, com intervenções e abordagens diferenciadas de cada área profissional presente, relativas à patologia escolhida para intervenção.

Dentro do planejamento inicial, a convocação da clientela é um aspecto que cabe elucidar, pois é, freqüentemente, um momento que gera muito trabalho e incertezas. Escolhido um determinado tema, é necessário que se chegue até os pacientes. Isto podia se dar pelo contato no momento em que eles vinham ao serviço (para pegar exames, medicamentos ou à consulta).

Isso exigia boa comunicação entre os variados profissionais que prestavam assistência no CS, para que se encaminhassem potenciais pacientes para o grupo. Essa convocação podia se dar, também, através de telefonemas, aerogramas, visitação domiciliar e cartazes.

Esta era uma atividade trabalhosa, que exigia articulação e tempo da equipe, pois, usualmente, necessitava-se de horários extras e esforço de convencimento (não apenas pela busca de adesão dos clientes potenciais, como também dos próprios elementos da equipe em realizar tal tarefa).

Como os variados elementos participantes da equipe têm disposições diferenciadas para tal tarefa, isto muitas vezes pode gerar atritos, antes mesmo do começo efetivo da ação do grupo educativo junto à clientela.

Algumas questões, tais como a disponibilidade de transporte do serviço (que freqüentemente não estava disponível nos horários em que se necessitava) causavam mal-estar a certos acadêmicos, ao realizarem visitas domiciliares em ambientes por vezes muito precários, assim como o medo da violência urbana. Estes são fatores que podem gerar dificuldades adicionais.

É importante frisar que, no primeiro encontro com os pacientes, nunca se tem certeza se virão em excesso ou em número reduzido. Desnecessário dizer que se torna contraproducente uma equipe que conta com cerca de dez profissionais trabalhar com apenas quatro ou cinco pacientes, fato este que chegou a ocorrer algumas vezes, mesmo após se convocar cinquenta, sessenta pessoas.

Quando ocorria um número pequeno de pacientes, era necessário recomençar todo o trabalho de reconvocação. Já, por vezes, a adesão era quase total, gerando dificuldades com o espaço físico e a dinâmica de trabalho (para uma equipe dessa dimensão, cremos que o número adequado de pacientes em acompanhamento situe-se entre um mínimo de quinze e um máximo de trinta pessoas).

Aqui cabe fazer um comentário acerca dos locais de realização dos grupos educativos. Durante o período em que conduzimos os grupos educativos, os dois espaços disponíveis no serviço passaram por reformas e adaptações freqüentes. A solução foi encontrar espaços na comunidade que pudessem se adequar ao desenvolvimento de tais atividades.

Vários foram os espaços utilizados, tais como: a associação dos amigos do bairro (um salão de festas muito grande, que dispersava demais as pessoas e reverberava muito os sons), algumas salas na praça pública (pequenas, acústica inadequada e com pilares no meio, prejudicando a visão e o bom andamento das atividades – foto 6)) e a sala de reuniões da creche municipal (com boa estrutura e tamanho quase adequado, porém, às vezes, comprometida com outras atividades - foto 8). Não havia espaço disponível no centro de saúde para atividades de tal dimensão.

Em certo momento tentou-se o Centro Social, que se pensou ser um local bastante apropriado para essa e outras atividades de interesse da comunidade. Esse local, que era utilizado como sede de uma escola de samba, estava abandonado (ver anexo 5).

Com a mobilização bastante ativa de várias pessoas da comunidade, chegou-se a elaborar um plano de reocupação do espaço. Foi até iniciada uma reforma e ocupação do local, mas, após certo tempo, apresentaram-se vários problemas a respeito da destinação do imóvel, o que nos fez retornar à creche municipal.

O importante a considerar sobre a adequação do espaço físico é a relevância fundamental de um local que favoreça a implementação de tais práticas, onde se possa trabalhar calma e tranqüilamente. De nosso conhecimento, poucas são as instituições de saúde que contam com um espaço adequado ao funcionamento de tais atividades grupais.

Essa etapa inicial junto aos grupos educativos do CSEI tinha, em nossa concepção, um caráter ainda um tanto tradicional. Vale dizer, embora com um perfil multiprofissional, que as atividades ainda eram pouco horizontalizadas, tanto do ponto de vista da relação intra-equipe como também da equipe para com os usuários.

Dentro da equipe técnica cada área esforçava-se para dar o seu recado, mas pouco se avançava na articulação de um saber comum. Não existiam ainda, de modo sistemático, ações integradas interprofissionais prévias às reuniões. Geralmente, nas atividades, os acadêmicos que não estavam no comando da temática do dia portavam-se mais na qualidade de ouvintes que como participantes ativos. As atividades tinham, igualmente, um caráter bastante carregado do ponto de vista informativo, assemelhando-se às aulas expositivas que eles estavam habituados a freqüentar na universidade.

Embora os pacientes demonstrassem interesse, a dinâmica expositiva acabava gerando uma relação pouco dialógica entre os usuários e a equipe. Os pacientes exerciam nesta situação um papel um tanto passivo, numa relação tipo professor-aluno e, mais ainda, de um saber "científico" que ensina e se sobrepõe ao saber leigo.

Os profissionais e os acadêmicos, em especial, normalmente demonstram orgulho e satisfação em exercerem esse papel de "professores" da população. Os pacientes, por sua vez, também reforçam muito tal postura, pois, em nossa experiência, observamos que eles usualmente valorizam, por si sós, profissionais que se dispõem a conversar fora do espaço tradicional da consulta.

Outro fato próximo a essa questão é o aspecto de dependência e "infantilização" dos pacientes produzido pelo discurso médico. Isto também se aplicava, naturalmente, para o coordenador, ainda em formação. Creio que, até então, exercíamos a coordenação de uma maneira muito intervencionista e diretiva, papel este que entendíamos como dado à priori para um coordenador de grupo.

Naomar de Almeida Filho afirma que a formação dos novos "operadores transdisciplinares da ciência" exige etapas sucessivas de treinamento-socialização-enculturação, em múltiplos campos do conhecimento científico (Almeida Filho, 1997).

Ainda nos faltava habilidade e método para exercitar uma relação mais leve e dialógica com o saber popular e a efetiva construção interdisciplinar e intersetorial necessária.

Assim como anteriormente as pessoas do serviço se referiam aos grupos educativos como "os grupos da Aída", agora esses eram os "grupos do Dr Gelso".

Buscamos seguir algumas condutas para fugir ao personalismo e centralização de tais atividades em uma única pessoa, o que era característico até então (e a conseqüente não-incorporação da Educação em Saúde como uma atividade permanente de construção coletiva do serviço).

Uma dessas condutas foi a de procurar intervir o mínimo possível no desenvolvimento das atividades, ou seja, o coordenador dos grupos teria de buscar manter-se apenas como um facilitador, especialmente das questões epistemológicas e gerenciais atinentes a tais atividades.

Isto envolve um esforço, em primeiro lugar, de manter-se de boca fechada e com uma escuta atenta e sensível durante as atividades com os pacientes.

Tanto a equipe técnica, como os pacientes, tendem muito a apoiar-se na figura do coordenador, no caso um médico e docente universitário. Se não houver uma atitude vigilante do coordenador em manter-se discreto, arrisca-se haver um esvaziamento da participação dos outros profissionais e acadêmicos.

É fundamental buscar-se uma postura dialógica, participativa e democrática. Cada elemento participante (profissionais, acadêmicos, usuários) deve se responsabilizar igualmente pelo sucesso das atividades.

Há que se debater com os acadêmicos e profissionais que o seu desempenho profissional não pode se restringir a suas ações isoladas e que, antes de tudo, eles também são cidadãos inseridos na mesma sociedade à qual pertencem seus pacientes.

É preciso discutir as relações sociais onde cada um se insere e o papel comum de cidadãos na construção de uma sociedade mais solidária e melhor. Não é possível desvincular a prática profissional da prática educativa e social.

Toda prática profissional é intrinsecamente política e social. Humana, mais que tudo, afinal todos pertencemos ao mesmo gênero humano e, em essência, partilhamos das mesmas aspirações e necessidades de vida de nossos pacientes.

Ao final das atividades com o primeiro grupo, ocorreu uma série de circunstâncias que concorreram para mudanças no desenvolvimento de tais atividades no CSEI.

O rodízio da coordenação, inicialmente programado para se dar ao final de cada grupo, não foi possível realizar, devido a dificuldades relacionadas aos docentes dos demais cursos. Assim, demos continuidade a tal função, fato que se perpetuou enquanto estivemos ligados ao CSEI.

Nesse momento, a funcionária do serviço usualmente comprometida com as atividades educativas teve de afastar-se. Após duas décadas de um trabalho muito dedicado à educação popular, a auxiliar Aída aposentou-se, tendo

deixado grande contribuição pessoal para a história do serviço e de sua comunidade.

Como coordenador, fizemos questão de que as atividades só tivessem continuidade com a participação integral de algum elemento ligado à equipe permanente do CS. Essa exigência se justificava não apenas pela inserção e legitimação de tais atividades nas práticas do serviço, como também devido a aspectos de operacionalização, ligados à necessidade de se ter pessoas como referência para a ES, presentes boa parte do dia na unidade de saúde.

Houve, então, uma grande dificuldade de se encontrar pessoas dispostas a assumirem a função exercida, até aquele momento, pela auxiliar anterior. Geralmente alegavam sentirem-se pouco capacitadas ou com perfil inadequado para exercerem tal função.

Reservadamente, as auxiliares de saúde admitiam que não gostariam de fazer esse trabalho, pois se sentiam mais valorizadas e à vontade quando exerciam funções mais diretamente ligadas à assistência.

Igualmente, contribuía para dificultar, a resistência da gerência em liberar pessoas comprometidas com a assistência, alegando, justificadamente, possuir um quadro de pessoal reduzido.

Com certo esforço de convencimento, conseguimos a inclusão de novos profissionais ligados ao serviço. Apesar das resistências iniciais, as novas auxiliares rapidamente se inseriram nas atividades de ES, de forma comprometida e apaixonada.

A primeira dessas pessoas chamava-se Zuleika N.M.G. Amaral, fonoaudióloga recém-formada, mas que ainda trabalhava como auxiliar de enfermagem na rede básica do município. O ânimo com que Zuleika dedicou-se à atividade deu um impulso significativo no andamento dos grupos subseqüentes.

Uma auxiliar contemporânea a Zuleika, Ana Maria R. Freitas, foi outra pessoa de grande “garra” e dedicação na condução das atividades. É preciso registrar que o comprometimento dos funcionários diretamente ligados ao serviço sempre foi de fundamental importância para o sucesso das atividades. O empenho e dedicação dos vários profissionais que se envolveram, ao longo dos anos, nas atividades de ES, quase sempre ultrapassaram, em grande medida, as suas tarefas e obrigações profissionais. Em nosso entendimento, isto se devia muito aos sentimentos de carinho, satisfação e legitimação que os pacientes devotavam a tais trabalhadores.

As interações que se estabeleciam dentro dos trabalhos educativos expressavam-se como verdadeiras ações de “apoio social”, tais como preconizadas por políticas de “Promoção à Saúde”. Para autores como Valla, o apoio social se define como “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (Valla, 1999).

O apoio social pressupõe um processo recíproco, o que geraria efeitos positivos tanto para quem oferta como para quem o recebe, propiciando a ambos mais sentido de satisfação e controle sobre suas vidas.

Isto resulta na aproximação dos “objetos de investimento” destes profissionais de saúde com a produção de “valores de uso”, os cuidados em saúde e sua utilidade social para a clientela usuária (até mesmo do ponto de vista afetivo). Campos, ao propor o seu “Método da Roda”, afirma que, quando se obtém uma aproximação entre os objetos de investimento (ligados ao desejo e satisfação pessoal) e a produção de valores de uso (ligados às utilidades sociais), resulta na atenuação do coeficiente de alienação do trabalho e na conseqüente constituição dos trabalhadores em sujeitos² mais potentes (Campos, 2000).

² (Para Campos, “Sujeito” seria uma síntese resultante da interação entre determinantes e condicionantes universais e particulares e a capacidade destes sujeitos de alterá-los, mediante processos de análise e de intervenção sobre estes fatores. Estes processos de síntese ocorreriam em diversos planos, no biológico, no dos interesses, no do desejo (inconsciente), nas necessidades sociais e das instituições. Tal sujeito se constitui em uma síntese mutante, com um núcleo de identidade e um campo de influências onde ocorrem processos de mudança).

Uma característica que buscamos, fugindo do modelo tradicional de ES de outros serviços, e mesmo do próprio CS Integração, foi a de se instituir começo, meio e fim para os grupos, com rodízio dos pacientes ao final de cada turma.

Ocorria anteriormente uma baixa rotatividade de pacientes nos grupos educativos no CS Integração. Em geral, o que observávamos é que os grupos educativos acabavam se "cronificando", com os mesmos pacientes, de um modo continuado, freqüentemente se transformando em grupos "terapêuticos", ou como um local privilegiado de acolhimento dos pacientes crônicos, usuários reiterados do serviço.

Acreditamos que praticamente todo grupo, mesmo aqueles "crônicos" e de baixa apreensão de conteúdos informativos, e com insuficiente incorporação das necessárias mudanças de estilo de vida, trazem grandes efeitos benéficos para seus participantes. Os pacientes que freqüentam grupos educativos usualmente se consideram bem acolhidos e, portanto, valorizam bastante esses momentos, enquanto espaços de apoio social. Valla cita estudos de Bermann e Cassell, que afirmam que ações de apoio social exerceriam efeitos benéficos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, como, também, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o "stress", diminuindo a susceptibilidade a doenças (Bermann e Cassell *apud* Valla, 1999). Além disto, o apoio social contribuiria de modo significativo para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, afetando de uma forma benéfica o estado de saúde dos indivíduos, tanto para quem recebe como para quem oferece tais ações.

Embora isso possa se constituir em um ponto positivo, especialmente enquanto espaço de promoção e apoio social, em nosso entendimento o grupo "crônico" adquire certo sentido "terapêutico", observando-se certa perda no caráter efetivamente educativo da atividade e na promoção da autonomia de tais pessoas. Para dar conta das necessidades de convívio e apoio social, entendemos que

seria desejável estabelecerem-se outros tipos de grupos com um caráter mais voltado à ludicidade e à socialização.

Uma das experiências que introduzimos com bom resultado para mudar o caráter crônico e heteronômico dos grupos tradicionais foi abolir a tomada de pressão, medições de glicemia e de peso, rotineiras nos encontros semanais. Isto foi feito de modo que os pacientes entendessem que o grupo educativo não tinha a pretensão de substituir o atendimento médico realizado no CS.

Os grupos começaram, então, a suceder-se um após o outro e tinham uma duração média de um mês e meio a quatro ou cinco meses. Apesar de a frequência ser livre, observávamos uma boa adesão em praticamente todos os grupos realizados. Na época, chegamos a desenvolver, simultaneamente, mais de um grupo de ES, como o de hipertensos, pela manhã, e o de diabéticos, à tarde.

Note-se que não existia uma escolha prévia das patologias a serem abordadas. No começo de cada nova turma de alunos, buscava-se aliar o perfil e interesses dos acadêmicos às necessidades da população de nossa área de cobertura. Além dos tradicionais grupos para diabéticos e hipertensos, procurou-se trabalhar com outras temáticas, como obesidade, educação para escolares, primeiros-socorros (foto 5),...

Após um tempo de grande impulso nas atividades de ES no CSI, deixamos de contar com a contribuição de duas grandes auxiliares, Zuleika e Ana Maria. Uma por necessidade de mudança do turno de trabalho e a outra, novamente, por aposentadoria.

Nessa época, apesar de sempre se manter certa carência de pessoal e a usual dificuldade de liberação de funcionários de suas funções diretamente assistenciais, começamos a perceber um interesse maior de várias auxiliares de saúde em vir trabalhar junto aos grupos educativos, assim como a aproximação de outros profissionais de nível superior ligados ao serviço, como o pessoal de

Odontologia e Psicologia. Do mesmo modo, passamos a contar com o suporte de outras áreas que estagiavam no local, como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional (TO). Através de parcerias interinstitucionais, obtivemos, junto ao Serviço Social do Comércio (SESC), uma participação relativamente regular de professores de Educação Física, com experiência na condução de atividades físicas adaptadas à terceira idade (foto 17).

Quanto à participação das várias áreas atuantes no CS, ocorreram oscilações importantes em vários momentos. Estas oscilações se deram devido a múltiplos fatores, tais como:

- (in) compatibilidade de horários e de carga horária de estágio disponível para tais atividades (tanto de docentes como de acadêmicos).
- (in) disponibilidade de espaço físico adequado para o desenvolvimento de atividades de ES, no serviço ou na comunidade.
- perfis individuais diferenciados, pessoal e profissional, de docentes e acadêmicos estagiando no CS.
- priorização, no planejamento, de atividades assistenciais em oposição às de cunho educativo/preventivo.
- férias escolares.
- falta de pessoal, devido a crises cíclicas de recursos humanos, tanto de parte da Prefeitura Municipal como da PUCCAMP.

Por volta do segundo ano de condução dos grupos educativos, novos fatores foram se agregando à nossa visão e caráter dos grupos. Em princípio, creio que fomos ganhando certo traquejo no manejo das atividades e das dificuldades que surgiam. Nesta época fomos tomando contato com a literatura que abordava experiências educativas alternativas, como a Escola de Summerhill,

e nos aproximando de conteúdos teóricos como o da Educação Participativa, de João Bosco Pinto e da Pedagogia da Autonomia e do Oprimido, de Paulo Freire, entre outros...

Neste mesmo ano, outros fatores tiveram grande importância na implementação prática do modelo de atividade educativa que vínhamos construindo.

Um deles foi a participação dos profissionais de Terapia Ocupacional (TO) nos grupos de educação dirigidos a adultos. De maneira geral, os acadêmicos e docentes de TO com quem tivemos oportunidade de trabalhar eram dotados de grande dinamismo e especial interesse por este tipo de atividade. Este interesse sempre superava o limite profissional, expandindo sua atuação para além dos horários de trabalho e estágio, na busca de soluções das mais variadas situações, contribuindo para a facilitação das relações interpessoais geradas no grupo. Esses profissionais trouxeram um caráter lúdico e inovador a todas as intervenções, estimulando a interação da equipe e sempre propondo técnicas dinâmicas para a intervenção educativa.

A partir daí, começa-se a reforçar a necessidade de se elaborar conjunta e previamente, de modo mais dinâmico, as atividades dos encontros futuros. Insistíamos em partilhar previamente com toda a equipe o conteúdo a ser discutido em cada encontro e como se daria a abordagem de determinada temática, evitando-se, deliberadamente, a reprodução do modelo tradicional de aula expositiva.

Ao final de cada encontro, sistematicamente se realizava uma espécie de rodada de avaliação, onde cada área participante externava suas impressões sobre a atividade do dia. Era discutido se a atividade havia ocorrido conforme o planejado, o que havia funcionado, o que não havia sido adequado, o que faltou, quais as impressões subjetivas, etc...

Um ponto importante era o relato dos responsáveis pela condução da atividade do dia, onde explanavam como tinha sido o planejamento e como tinha se dado na prática o exercício do ensino e a troca de conhecimentos e experiências junto aos pacientes.

Para muitos, esses momentos de condução das atividades educativas se revestiam de grande tensão e novidade. Para outros, de satisfação e descoberta da própria capacidade de interagir em público com seus pacientes.

Quando os acadêmicos responsáveis pela temática do dia (educação nutricional, pela Nutrição, por exemplo) não tinham se reunido previamente com outros elementos da equipe para preparar a intervenção, geralmente acabavam reproduzindo o esquema tradicional de transmissão de informações. Nessas ocasiões, os encontros apresentavam um caráter menos dialógico, mais informativo e unidirecional e eram normalmente percebidos pela equipe como de menor impacto junto à clientela.

Outro momento de mudança importante no desenvolvimento dos grupos aconteceu quando fomos procurados por uma acadêmica de Psicologia que solicitou colaboração para planejar um novo grupo educativo. Sua idéia era a de realizar um trabalho em grupo que não priorizasse o lado patológico e prescritório, mas, sim, o lado não-restritivo da doença e a ludicidade. Os profissionais envolvidos com tal proposta não deram seguimento ao projeto, porém, deste evento, ficou plantada uma idéia.

Assim, no grupo seguinte, procuramos buscar, junto à equipe e aos pacientes, uma abordagem mais livre e menos restritiva. Fugir às tradicionais receitas de comportamento (que raras pessoas conseguem efetivamente seguir) e aos discursos de responsabilização e culpabilização, do tipo *“se você não tomar o remédio direito ou se comer comida com muito sal e gordura, a pressão pode subir e dar alguma complicação, como um infarto”*.

Os grupos de Educação em Saúde passaram, então, a serem orientados dentro de uma ótica de construção participativa, que estimulava o auto-conhecimento e a auto-gestão da patologia abordada, não mais através das

eventuais restrições que a doença impõe, mas, através da desculpabilização e liberalização do tipo: "posso viver normalmente, buscando regras de bem-viver". Para tanto, procuramos estimular, entre outros, a prática desportiva, o combate ao sedentarismo, e promover o incremento da auto-estima. Introduzimos encontros regulares para a prática de lazer e de atividades físicas adaptadas para todas as faixas etárias (foto 16). Esses encontros eram, usualmente, realizados em locais pouco ou nunca freqüentados pela nossa população, porém de fácil acesso (foto15). Isto era feito de modo a estimular o grupo a uma maior socialização, a permitir a fuga de uma rotina por vezes estafante e enfadonha, no combate a processos depressivos ou estressantes...

Buscamos, também, integrar nossas ações de saúde com outros setores e segmentos sociais, objetivando a promoção da cidadania e de uma melhor qualidade de vida. Procurou-se efetivar parcerias com outros sujeitos ligados a equipamentos disponíveis na comunidade local (em cultura, saúde, ensino, lazer...) (fotos 1, 4 e 6), assim como de associações afins (aposentados, diabéticos). Regularmente, eram convidados integrantes do Conselho Local de Saúde a intervirem junto ao grupo, de modo a estimular uma maior participação e conscientização de nossos pacientes nos problemas de saúde da comunidade (foto 12).

Destas parcerias nos resultou, da parte da creche municipal, o convite para que usássemos, regularmente, sua sala de reuniões. Esse era um local bastante amplo e estruturado, próximo ao centro de saúde e muito aprazível. Nele realizamos muitos trabalhos e reuniões, por cerca de dois anos. O espaço físico mais adequado foi um dos fatores que muito contribuiu para o sucesso das atividades (foto8).

Cabe explicar alguns elementos adicionais à compreensão do desenvolvimento das atividades. No primeiro dia, além das devidas apresentações, buscava-se identificar as expectativas dos pacientes para com o trabalho a ser realizado. Neste primeiro dia, introduzimos uma dinâmica onde os pacientes procuravam representar o que a doença em questão significava na vida

de cada um. Isto podia se dar através de relatos verbais, escritos, desenhados ou como eles achassem melhor (ver anexos 12 e 14).

Neste primeiro dia, além da equipe expor os seus objetivos, cronograma e horários, buscava-se também fechar uma espécie de contrato com os pacientes. É necessário que se diga que estas pessoas, usualmente, já têm compromissos prévios nestes dias e horários (freqüentemente com a casa e os netos) e colocava-se para elas que o grupo deveria ser encarado como um momento particular delas, uma espécie de folga para cuidar de si mesmas. Também, neste momento, inseriam-se interesses e sugestões dos pacientes para o desenvolvimento do grupo (ver anexo 14).

No último dia, normalmente, realizava-se um passeio com piquenique a algum local sugerido pelos pacientes. Vários foram os locais onde estes encontros de confraternização se realizaram. Além de vários parques, praças e clubes de Campinas (fotos 14, 16, 18), vários encontros se deram até mesmo em outras cidades da região, como Valinhos (foto 15), Holambra e Jaguariúna (foto 17). Os locais eram sugeridos e viabilizados, tanto pelos próprios pacientes como também por elementos da equipe ou do CS.

Muitas vezes, conseguiu-se patrocínio para obtenção de gêneros alimentícios, frutas e bebidas para esses encontros, junto a comerciantes locais. Quando não era possível a obtenção de transporte junto a Puccamp ou PMC, por vezes, também se conseguiu transporte gratuito com empresas particulares deste ramo.

No dia do encerramento, antes do piquenique, realizavam-se atividades físicas, jogos e brincadeiras adaptadas, que sempre congraçavam muito todos os participantes (fotos 13 a 18).

A prática de se registrar, no primeiro encontro, as representações da doença para os pacientes, revelou-se muito rica na avaliação do impacto das atividades educativas para tais pessoas. No último encontro, procedia-se a uma

comparação, para ver o que tinha mudado na vida deles. Os pacientes repetiam o mesmo exercício de representação anterior e, então, se realizava junto com eles, uma análise das mudanças ocorridas durante o período, do começo até o fim do grupo. Os relatos, muitas vezes, revelaram mudanças bastante significativas e objetivas (foto 14 e anexos 11, 12 e 14).

Um último elemento, agregado com bastante sucesso ao desenvolvimento dos grupos, foi a sugestão de alunas de Terapia Ocupacional de incorporar-se, ao cronograma das atividades, momentos de trabalho reflexivo dentro da própria equipe. Estabeleceram-se alguns dias (um ou dois) destinados a atividades do grupo, das quais somente a equipe de trabalho participava.

O grupo multiprofissional deslocava-se para algum local aprazível, como um parque público, onde a equipe realizava brincadeiras e dinâmicas que propiciassem discussões acerca do trabalho desenvolvido. Nestes encontros se debatiam questões de ordem teórica, a natureza do trabalho desenvolvido, dificuldades de se estabelecer uma construção de objetos interdisciplinares, entre outros.

Freqüentemente, surgiam obstáculos ao estabelecimento de diálogos interprofissionais e debates a respeito da hegemonia do discurso médico dentro das equipes de saúde (freqüentemente, isto gerava certa resistência discursiva de parte dos acadêmicos de Medicina, frente ao restante da equipe). Esses foram sempre momentos de reflexão e de construção da interação das equipes, não apenas do ponto de vista profissional, mas também na esfera pessoal.

Acreditamos que numa boa parte dos acadêmicos de Medicina existia uma resistência velada e certo despreparo para uma atuação mais crítica em relação ao seu papel. Este papel, embora central em grande parte das situações cotidianas, constitui-se apenas de mais um dentro de uma equipe, que deve saber integrar-se e respeitar o saber das outras áreas. Porém, este acadêmico freqüentemente espera o reforço do seu “papel-ideal”, dentro da sua visão de senso-comum, do médico centralizador, especialista e poderoso.

Um grande complicador foi a de conciliação do papel de docente da Medicina com o de coordenador dos grupos educativos, ambos exercidos por este pesquisador. Enquanto docente da Medicina, acreditávamos que era esperado, em certo grau, por parte dos alunos deste curso que passavam pelo serviço, que este coordenador reforçasse o papel esperado para um docente médico, qual seja: um docente que reproduzisse o papel de gerente, detentor do conhecimento e centralizador do poder dentro da equipe.

É freqüente profissionais médicos tratarem os outros profissionais como auxiliares e apoiadores secundários de seu trabalho, gravitando em torno do núcleo médico, central na atenção em saúde. E a nossa postura não foi essa, e sim a de buscar discutir junto a esses alunos que nós, enquanto médicos, não somos detentores de todo conhecimento, de todos núcleos de saber, especialmente em decorrência da especialização do conhecimento. Não há como um médico pretender fazer uma anamnese nutricional com a mesma competência e aprofundamento de um nutricionista, embora seja desejável que ele (tanto quanto os pacientes) tenham um bom conhecimento deste saber.

Por fim, após o último encontro com os pacientes do grupo, cada área elaborava relatórios parciais sobre o desenvolvimento das atividades educativas (ver anexos 11, 14 e 15). O objetivo era juntar os vários relatórios de área a fim de construir um relatório final e que este expressasse uma síntese partilhada das várias visões experimentadas, pelos profissionais e acadêmicos participantes. Porém, em função de dificuldades relacionadas ao rodízio desigual dos vários cursos em atuação, essas reuniões finais usualmente se restringiam, ao máximo, a duas ou três disciplinas. Isto sempre prejudicou a realização adequada dos relatórios finais.

Para auxiliar na compreensão das várias visões dos profissionais e etapas pelas quais se constituíam tais grupos, acrescentamos ao final deste trabalho uma série de documentos elaborados pelas múltiplas áreas que participaram desse processo (ver anexos 1 e 10 ao 15).

6.2- Grupo-focal: A experiência dos grupos educativos para os pacientes

No final de 2003 foi realizado um grupo-focal com os usuários participantes dos grupos educativos. O critério de escolha dos pacientes para participação neste grupo-focal foi o de ter vivenciado os grupos para portadores de diabetes e hipertensão no segundo semestre de 1999 e/ou primeiro semestre de 2000. A escolha destes grupos se deu pelo fato deles terem apresentado uma quantidade maior de documentos para pesquisa, materiais estes produzidos durante a realização das atividades ou como resultado de monografias ou trabalhos de conclusão de estágio.

A convocação se deu na semana anterior ao encontro, nos moldes já explicitados anteriormente.

Dos pacientes convidados, um número relativamente pequeno não atendeu ao convite. No dia do encontro, de um total de cerca de 30 pessoas que participaram dos grupos originais, compareceram 12 pessoas, o que nos pareceu um bom número, dados as circunstâncias dos potenciais participantes: pacientes com patologias severas, um longo tempo sem contato, dificuldades de localização, compromissos prévios etc. Dentre os ausentes, quatro já haviam morrido em consequência de suas enfermidades, alguns alegaram compromissos prévios no dia do grupo-focal, outros não foram localizados:

“Têm pacientes do grupo que infelizmente já faleceram; têm pessoas, como a S., que está operada, a irmã dela tinha médico hoje. Outras pessoas tinham consulta marcada. Uns não puderam, outros tinham problemas de saúde...”, informou a auxiliar de enfermagem C.

Inicialmente planejou-se fazer o encontro na sala destinada a reuniões de grupo no próprio CSE Integração. No dia da reunião, porém, o espaço desta sala revelou-se muito pequeno e impróprio para acomodar tantas pessoas presentes. Este fato despertou nossa atenção já que esta sala foi construída em

reforma recente do prédio do CS, projetada especialmente para reuniões de grupos, mas neste dia revelou não se prestar adequadamente para tal finalidade.

Como já houvera um contato prévio com a direção da creche onde se realizavam os grupos anteriormente, o grupo deslocou-se para lá. Como a sala de reuniões da creche (biblioteca) estava comprometida com uma reunião de professores, a solução encontrada foi a de se utilizar uma outra sala destinada a encontro com pais de alunos (uma espécie de anfiteatro), próxima à área de recreio das crianças.

Apesar do espaço adequado, tal localização apresentou deficiências em razão do ruído do ambiente que prejudicou, e muito, a captação do som pelos aparelhos de registro (duas filmadoras e dois gravadores) e a posterior transcrição das fitas. Além dos doze pacientes, participaram desta reunião uma mediadora (Professora Solange L'Abbate) e três observadoras (a pesquisadora Letícia Marín León e duas pós-graduandas, Rejane Brassolatti e Fátima Fajardo, todas ligadas ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp).

O roteiro do grupo-focal (anexo 4) foi elaborado de modo que as pessoas pudessem recuperar de um modo mais livre suas lembranças e significados em relação a tal experiência, constituindo mais como uma orientação da conversa do que um questionário a ser rigidamente obedecido.

Assim que as pessoas se instalaram, foi iniciada uma conversa prévia com todo o grupo presente a fim de explicar que o objetivo de tal encontro era o de se investigar os grupos educativos dos quais elas tinham participado nos anos anteriores. Buscou-se, entre outros, saber quais novos conhecimentos cada um obteve naqueles encontros e o que efetivamente cada um tinha conseguido incorporar para a melhoria de sua qualidade de vida e controle de sua doença.

Feito isto, solicitou-se a todos os presentes o consentimento esclarecido do uso do conteúdo da reunião para estudo e publicação do material proveniente de tal conversação. Após a anuência de todos, a mediadora deu início à reunião propriamente dita, solicitando a apresentação de cada participante:

6.2.1- A identificação dos participantes

“Meu nome é Lazinha, moro ali no Paulicéia há quase 26 anos. Tava ansiosa quando a Cida falou, uma ansiedade de participar novamente desse grupo maravilhoso que não via a hora de chegar terça-feira pra vir pra cá. E pra nós foi uma bênção muito grande porque só de participar da reunião do Dr. Gelso e da C. a vida da gente muda!”

“Meu nome é João Francisco, moro no Paulicéia há 26 anos. Participei de todas as reuniões que tiveram aqui e tirei muito proveito das aulas da saúde de quem tem problema de diabete...”

“Participei da outra vez e gostei muito. Moro no Jardim Garcia eu vim aqui pq eu participei da outra vez, e o meu problema é pressão” (Luis):

“Sou Angelita e participei da outra vez do grupo. Sou diabética e hipertensa. E como da outra vez foi muito bom pra mim, eu aprendi muito, tanto que não é uma doença, quanto como conviver com isso. Aprendi a tomar mais conta da minha saúde, a medicação certa e tudo, e estou muito contente com isso. Estou muito honrada de estar convidada a participar deste grupo.”

“Meu nome é Marlene, e moro no Jardim Garcia há 31 anos”.

Devido a problemas de natureza técnica, não foi possível o registro de todas as apresentações iniciais. Porém, ficou evidente uma grande expectativa, e provavelmente certo mal-entendido, por parte de alguns pacientes, da real natureza do encontro, como atesta a fala de Ana:

“hoje eu fui convidada para participar do grupo do Dr. Gelso. Então eu vim. Agora eu pensei que fosse toda semana [...] Eu pensei que fosse como da outra vez...”

Outros pacientes revelaram certo inconformismo com a não-continuidade:

“Eu queria, se fosse possível, que tivesse alguém que pudesse fazer esse tipo de reunião com os idosos. Que eu não sei se [para] todos é igual o pensamento, o sentimento... Mas que se tivesse reuniões pelo menos a cada 6 meses, uma reunião com o pessoal para receber uma palavra amiga. Faz mais de 2 anos que a gente não se encontra.” (João)

Na seqüência, observou-se que uma das pessoas presentes não tinha feito parte dos grupos originais. Assim que se verificou o equívoco, foi solicitado que se retirasse, após a explicação de que o objetivo do encontro era de interesse exclusivo das pessoas que já tinham participado dos encontros anteriores.

Terminada a identificação de cada um, inicialmente pensou-se em projetar um vídeo de atividades realizadas pelos grupos educativos quando de sua realização. Isto foi pensado de modo a provocar nos pacientes uma recordação recente das atividades que eles tinham vivenciado. Devido a dificuldades com a manipulação do vídeo, não foi possível tal projeção no início da reunião, e sim ao final desta. Optou-se, então, pela utilização de fotos das atividades dos grupos e assim estimular a memória dos participantes.

6.2.2- A memória

Olhando as fotos, as pessoas se reconheceram rapidamente, mas a maior parte delas, quando questionada se ainda se encontravam, ou não acusaram lembrança, ou referiram dificuldades para reconhecerem os companheiros:

“Para mim, eu estou com algum problema de memória. Então, fisicamente eu lembro de algumas pessoas, mas tenho dificuldades. Agora eu estou reconhecendo algumas...”, fala Eugênio.

“Eu lembro bem dela [apontando para Angelita]. Dos outros eu lembro nada”, refere Margarida.

Apesar de várias falas que enaltecem os laços da coesão e da importância do grupo na vida destas pessoas, estas dificuldades iniciais de se lembrarem dos companheiros podem revelar certa limitação na manutenção de vínculos mais duradouros entre os vários elementos deste grupo. Algumas pessoas, como Isolina, porém, não apenas se recordavam como também tecem considerações e detalhes sobre a participação ativa de outros elementos do grupo:

“Seu Eugênio sabia muito sobre diabetes. A gente aprendeu muita coisa com ele. Ele fala muito sobre diabetes [...] E então nos tornamos amigos e aqui a gente falava e ouvia tudo o que tinha vontade e tirava dúvidas. Então eu achei que foi muito importante e que a gente se tornou uma grande família, então valeu a pena mesmo.” (Isolina),

Tal percepção foi compartilhada por Eugênio,

“Isso aqui para nós ficou como uma família...”

Estes relatos revelam ganhos de laços de amizade e apoio muito fortes a partir daquele período de convivência, o que vem ao encontro das estratégias de Promoção à Saúde, pelo fortalecimento de laços comunitários e de solidariedade (Carvalho, 2004).

6.2.3- Lembranças

A afetividade

Na sequência da reunião, a mediadora solicitou que os componentes do grupo relatassem o que lhes vinha primeiro à memória, à lembrança, dos grupos educativos. As primeiras sensações evocadas pela quase totalidade das pessoas

que se pronunciaram foram fortes sentimentos de amizade, convivência e camaradagem, tanto em relação ao grupo de pacientes como quanto à equipe:

“A amizade.” (Luis)

“A convivência.” (Marlene)

“A amizade, né?” (Ana)

“A gente ganha muita amizade no grupo” (Angelita)

“Amizade, convivência com todos. Muita fé. A gente não via a hora de chegar ao grupo e ria depois. Aprendia bastante no grupo, aprendia a se controlar. E foi maravilhoso [...]. Eu ganhei uma amizade muito grande com o seu João. Ele é uma pessoa muito boa. E então nos tornamos amigos e aqui a gente falava e ouvia tudo o que tinha vontade e tirava dúvidas. Então eu achei que foi muito importante e que a gente se tornou uma grande família, então valeu a pena mesmo.” (Isolina)

“Ah, um carinho e uma amizade muito grande com o Dr. Gelso, que ele é uma pessoa muito carismática. Tornamos-nos, assim,... amigos. E aqui a gente se falava e ouvia. Tirava todas as dúvidas. Então, eu acho que foi muito importante. Valeu a pena mesmo! Aqui é como uma família...” (Eugênio)

“Eu gostei muito pela amizade pela convivência, não só com o doutor Gelso, mas também com as meninas, os meninos que vieram. Os meus amigos!” (Margarida)

“Sobre o grupo eu vou falar que foi uma maravilha, ficávamos todo mundo aqui, todo mundo conversava. Todo mundo era amigo”. (João)

Dentro desta linha, as pessoas também falaram da acolhida e do carinho:

“A primeira coisa que vem é o carinho que a gente recebe. A gente vê que essa senhora participou [*refere-se a Dona Be*]. Ela nem pode caminhar, mas ela vem mesmo assim. Com carinho a turma vem. Eu, especialmente, sinto muito carinho pelo doutor Gelso, dona C. e por todos! O que a gente vê que

ajudou muito foi o carinho. É como um empurrãozinho que ajuda até na saúde”. (Lazinha)

“O bom que eu tirei disso tudo até agora, inclusive, é que a gente sendo doente crônico, a gente precisa de muito carinho e isso é suprido aqui”. (Angelita)

Angelita também acrescentou a sensação de sentir-se valorizada:

“a gente se sente muito importante quando vê que alguém acompanha e nos dá mais força pra gente viver o dia-a-dia”. (Angelita)

Uma paciente referiu como recordação mais imediata do grupo sua relação com os profissionais da coordenação e do serviço:

“É, até hoje está na memória da gente, o dr Gelso, a C. ...” (Antônia)

Espaço de troca e diálogo

Alguns tiveram como primeira lembrança o aprendizado e o espaço de troca e diálogo. Isto vinha ao encontro de objetivos declarados pelo grupo técnico, que era de promover uma relação dialógica e participativa, com a contribuição tanto dos técnicos como também dos próprios pacientes no processo de ensino-aprendizado:

“Sobre o grupo eu vou falar que foi uma maravilha, ficávamos todo mundo aqui, todo mundo conversava”. (João)

“Eu também aprendi muita coisa...” (Bei)

“Aprendia bastante no grupo, aprendia a se controlar [...] Seu Eugênio sabia muito sobre diabetes. A gente aprendeu muita coisa com ele”. (Isolina)

“E aqui a gente se falava e ouvia. Tirava todas as dúvidas”. (Eugênio)

O sofrimento comum dessas pessoas cria uma identificação muito forte entre elas. Quando, então, o discurso técnico encontra-se com o saber popular, dito pela boca do próprio agente que sofre a intervenção e convive com a doença cotidianamente, estabelece-se um reforço e uma legitimação muito forte destas falas.

Outros pacientes relacionaram sua primeira memória do grupo aos problemas de saúde que os afetavam na época:

“Meu problema é a pressão. Comecei a participar aqui por causa da pressão minha que não abaixava. Daí o doutor Gelso disse: *“a melhor coisa que tem é a caminhada”*. Daí eu comecei a fazer caminhada e a pressão baixou, baixou bastante. Mas daí tem um problema: cada vez que eu vou ao dentista a pressão sobe”. (Ídio)

“Eu tenho problema de hipoglicemia. Às vezes mede a glicemia de manhã e tá boa, 100, 120, 130, mas quando é dali a pouco ela desmonta. Vai medir e está 25, 30.” (Margarida)

6.2.4- Orientações mais significativas

O caráter multidisciplinar e a interdisciplinaridade

Após as primeiras recordações, buscou-se identificar os acontecimentos e orientações, advindos da experiência nos grupos educativos, que mais marcaram os pacientes. Houve relatos de melhora em múltiplos aspectos da vida: o controle médico e higiênico, reeducação alimentar, uso racional da medicação, controle emocional, incorporação de atividade física. Estes relatos demonstraram o caráter multidisciplinar da atividade e o relativo sucesso no atendimento às múltiplas necessidades de cada indivíduo, além da necessária reintegração destes variados aspectos da vida, buscada pela atuação interdisciplinar.

Alimentação, o aspecto mais lembrado

As questões relativas às mudanças no hábito alimentar foram as recordações mais referidas, o que é bastante coerente, visto tratar-se de um grupo de portadores de patologias crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, onde a questão do controle dietético é muito presente:

“Eu sou hipertensa e aprendi muito [sobre] alimentação também. Não tem necessidade da gente fazer uma comida com muito óleo, também reduzindo o sal [...] É, foi falado muito. Até eu lembro da nutricionista que orientou a gente até da quantidade de óleo pra pôr na comida. Precisa. Tem gente que põe aquele exagero, né? Mas apenas uma colher de óleo pode fazer um arroz, um pouquinho de sal. Pra quem é hipertenso não pode exagerar no sal, nem no óleo”.
(Margarida)

“Eu aprendi muito. Eu sou hipertensa. Então eu aprendi, [no grupo] falou-se sobre alimentação...” (Marlene)

“Teve um dia que ela [a nutricionista] ensinou a separar o que podia e o que não podia, as conservas. Isso a gente tinha que ficar [...] É como um vinho, eu adoro vinho, mas eu já não tomo porque sei que faz mal...” (Ana)

“Eu mudei também no sistema de cozinha. No sal que colocava; não tinha muito assim: vai por mais ou menos. Eu nunca colocava muito sal, mas eu diminui ainda aquilo que eu colocava.” (Isolina)

“Alimentação é uma das coisas que foi primordial nessa situação [...] A gente aprendeu aqui o sistema da alimentação [...] e o doutor Gelso falou que a pessoa que é diabética tem que no lugar de encher o estômago, tem que comer um pouco em cada duas horas. Ou uma fruta, alguma coisa [...] e a gente procura fazer isso aí. E acho que por isso aí que ficou na memória da gente...” (João)

“A gente aprendeu com o grupo a viver com a qualidade. Além da alimentação, de saber fazer uma comida correta sem exagero, no horário”. (Angelita)

Um aspecto muito notável é que o paciente refere um melhor controle da sua patologia, quando se sente menos restringido para comer de tudo, mas com responsabilidade e moderação:

“Tem tanta proibição com diabete que é uma coisa, né? Mas ele [o médico] explicou direitinho que não é pra ficar sem comer. Que se você gosta de uma coisa, um doce, você não pode ficar a vida inteira sem comer doce. Se você come um hoje ou amanhã, por exemplo, você só vai comer outro daqui a 30, 25 dias. E na medida em que você vai comendo e vai tomando, você vai eliminando. Mas até hoje eu como doce. Tem tanta coisa que a gente faz! Mas isso a gente já faz com consciência, e não é todo dia, não é toda semana. Antes eu não podia comer uma feijoada por causa disto... Come!... Hoje, se faz uma feijoada, a gente come e não tem problema nenhum. Hoje faço exame e tá normal, 170, 160... Mas antes era 400, 500, 490... Vai da orientação da pessoa. Agir com consciência [...] e para isto o grupo ajudou... como orientação para a pessoa, como agir e proceder”. (João)

“Eu sigo [as orientações], mas se eu tô com muita vontade de comer, eu como...” (Ana)

“Sou hipertensa e aprendi muito na alimentação também... A gente pode comer uma comida normal”. (Margarida)

“Hoje o diabético praticamente pode comer de tudo, só que o que manda é a quantidade. Então ele não pode abusar”. (Eugênio)

Estes são relatos de pessoas responsabilizadas, autônomas e desculpabilizadas.

Os aspectos emocionais

Outro aspecto bastante significativo refere-se à questão do controle emocional e sua influência no modo de levar a vida. De modo surpreendente, visto tratar-se de uma questão de abordagem complexa e de difícil incorporação de novos hábitos por parte das pessoas em geral, vários pacientes relataram algum sucesso neste sentido, a partir de situações vivenciadas nos grupos:

“Tem uma coisa que me ajudou. Eu sou muito sensível. Eu tenho até um apelido: manteiga-derretida. Qualquer coisinha, eu fico assim, sentida. As meninas fizeram uma apresentação que na hora fiquei até assim, assustada. Então, foi o seguinte: elas começaram a apresentação e, daqui um pouco, entrou uma outra e fez assim, assim, assim... E cortou tudo, atrapalhou todo espetáculo, outro caminho... Agora você vem com outro tipo de trabalho? Então, todo mundo ficou assustado neste dia *[tratava-se de uma dinâmica de abordagem do estresse]*. Eu, então!... Então, eu pensei *[assustada]*, como é que estas meninas vêm com uma coisa desta? Aí que elas foram mostrar o motivo. Então hoje, quando eu fico nervosa, eu falo: “*Vamos sair, vamos dar uma volta?*” Aí, a gente dá uma voltinha, perto de casa, e acabou tudo. *(E a senhora acha que isto foi trabalho do grupo? questionou a mediadora)*. Foi! Por causa da apresentação”.
(Lazinha)

“Eu era muito nervosa e então a minha pressão sobe. Mas eu aprendi a me controlar. E isso foi no grupo. Isso me ajudou muito”. (Marlene)

“...mas agora eu já não me irrita tanto com o que os outros falam, tanto até que os outros chegam pra mim e falam assim: “*Você mudou. Você tá mais calma, não se irrita.*” E adianta alguma coisa?” (Ana)

“Eu também lembro daquelas músicas de relaxamento, até ia comentar. Como fazia bem, né?” (Margarida)

“Mas, assim, eu posso até ouvir (*as músicas de relaxamento*), mas fica aqui na minha cabeça”. (Angelita)

Outros participantes referiram a necessidade de sentirem-se bem acolhidos e atendidos em suas necessidades emocionais...

“O diabético é uma pessoa carente, e é uma realidade. Porque eu vejo a minha esposa, que convive com a diabetes e ela faz a gente pensar. Porque as pessoas que tã de fora da situação, que não conhecem o problema, acha que a gente é um chato, como se diz em uma linguagem, “*reclamando de barriga cheia*”. Mas só Deus sabe pelo que a gente passa. Esse é um problema que acontece com todo diabético. O problema não é só pela recepção que a gente recebe, mas o nosso sistema emocional, como se diz na gíria, “*vai pras cucuias*”. O diabético é uma pessoa que no fundo, no fundo, é uma pessoa carente, que precisa de atenção e que nem sempre tem essa atenção. As pessoas acham que ele tá fazendo corpo mole. Não é bem por aí. Eu com esse corpo não tenho mais condições de trabalhar”. (Eugênio)

“O que mais a gente pode tirar é a atenção. A atenção que a gente recebe faz com que a gente se cuide mais, e quando a gente não tem essa atenção, a tendência é incrível: relaxar!” (Angelita)

A questão medicamentosa

Um bom acolhimento, boa escuta, investigação e prescrição adequadas não garantem necessariamente um bom seguimento do paciente. Frequentemente os profissionais de saúde tendem a achar que sua atuação e uma consulta bem feita podem se dar por completas, restritas ao espaço do consultório. Uma série de problemas, não obstante, vão continuar além deste espaço, ligados a múltiplos aspectos do modo de vida de cada paciente. Dentre estes, um fator muito importante está relacionado com o uso correto e racional de medicamentos:

“... a gente não sabia e depois a gente se tocou... A parte do remédio... Então isso daí me ajudou demais! Ajudou muito o meu problema”. (João)

“Aprendi muito com o pessoal da farmácia. É três vezes ao dia que se toma essa medicação, mas que hora? Três vezes ao dia? De manhã, de tarde e de noite? Mas que hora? Tem que dar certo espaço de tempo pra ele fazer efeito no nosso organismo. Então, isso pra mim foi muito importante. E também prestar bem atenção, a gente conversa aqui e está adquirindo experiências”. (Angelita)

Relatos desta natureza têm um significado crucial no cuidado de qualquer paciente, especialmente naqueles crônicos que fazem uso prolongado de uma grande quantidade de medicamentos.

“Eu tomava um arco-íris de medicação. Agora eu estou tomando metade do que tomava. Mas de maneira correta! Seis da manhã. Das seis ao meio dia e meia, dá seis horas e meia, depois seis da noite. Pra dar tempo de a medicação fazer efeito no nosso organismo, pro nosso organismo absorver e não entrar em choque. Que às vezes eu levantei tarde, às 8h, depois meio dia tomar de novo. Não pode! Dá uma sobrecarga de medicação que seu corpo não resiste. Uma coisa que eu gostei muito foi o pessoal da farmácia participar com a gente” (Angelita)

Cuidados higiênicos

Outros aspectos importantes relatados referem-se aos cuidados de higiene, de atenção médica e de enfermagem:

“Uma coisa que eu achei que foi importante foi uma apresentação que elas [alunas de TO] fizeram que uma entrou na sala como se nada tivesse acontecido. E todos nós olhamos, mas a gente não falou que ela entrou sem um

chinelo. Um olhou pro outro, sabe? Aí, falou que tem que tomar cuidado com a higiene. Não pode fazer unha, fazer pé. Ir ao manicure, pedicure, e de repente pode machucar, a gente pode perder a sensibilidade. Foi uma coisa que eu sempre fui de ficar cutucando o dedão, e eu parei. Tanto que eu tenho uma amiga que morava na rua da minha casa que amputou as duas pernas. E aquilo grava na consciência da gente, a gente passa a se cuidar melhor na nossa parte de higiene. Não é por você ser relaxado. Tem que fazer a coisa da maneira correta e se cuidar. Pé limpo e não se prejudicar. Uma coisa que eles ensinaram, e foi bom”. (Angelita)

“Principalmente o diabético tem que ter muito cuidado com os pés, no cortar as unhas... É preferível ficar com a unha grande a cortar a unha de qualquer jeito. Mas a gente é mais novo, a gente quer cortar as unhas, corta os cantinhos que fica assim. Mas não é. Cortar a unha do diabético, tem que cortar reto, pra não ter perigo de encravar”. (Eugênio)

“Aprendemos algumas coisas, tanto com o médico quanto com as meninas [estudantes] de medicina que participavam, conversavam... A gente pegou amizade com todas elas. [Elas] examinavam [...] Então, eu adorei o curso que eles deram, fiz muito proveito dele. Todos eles que estavam vindo na época sempre falaram muito bem. É um curso muito bem aproveitável”. (Isolina)

A necessária prática desportiva

Alguns pacientes relacionam o grupo de modo mais imediato ao estímulo da prática desportiva:

“Eu lembrei do dia que se falou de ginástica para terceira idade e daí eu comecei a fazer ginástica”. (Ídio)

“Eu aprendi muito. Eu sou hipertensa. Então eu aprendi, falou um pouco de exercício...” (Marlene)

“Foi como eu falei, eu entrei no grupo da terceira idade, para fazer ginástica, mas depois fiquei só na caminhada [...] Para mim, eu senti como se tivesse gravado na minha memória: “*Eu preciso disso, eu tenho que fazer...*”. Tanto é que para eu vir, eu moro lá no começo da (?) ... Eu vou lá ao Covabra a pé e volto... Eu vou lá ao Enxuto, e eu me sinto bem, quando eu caminho...” (Angelita)

“Eu ainda faço lá na Pedreira, dou três voltas...” (Ana)

“A gente fazia... Fazia caminhada [enquanto participavam dos grupos]...” (Margarida)

6.2.5- Dificuldades de incorporação das mudanças necessárias

Foi solicitado aos pacientes que buscassem comentar aspectos que eles tenham tido dificuldades de dar continuidade, apesar de ter sido discutida nos grupos a importância de incorporação desses hábitos para uma melhor qualidade de vida. Os aspectos mais referidos foram aqueles ligados a *fatores emocionais*:

"Se controlar emocionalmente foi uma coisa que eu não conseguia! Meu Deus do Céu! [...] Mas se alguém fala alguma coisa que me magoa eu não respondo! Eu fico quieta... E isso vai dando uma ansiedade! E eu não consigo controlar a ansiedade! É isso que me faz mal. Eu aprendi a controlar na alimentação, na medicação, mas a ansiedade, gente, é totalmente difícil! É muita ansiedade [...] Eles sempre disseram pra gente controlar o emocional, não se deixar abater. Às vezes a gente... eu sempre tive um quê de música. Então, foi até ensinado, teve música de relaxamento... Mas olha: é difícil!" (Angelita):

“Eu, uma coisa também que tive dificuldade pra mudar, foi o emocional.[...] É. Eu também tenho dificuldade ainda! Eu tento, né! [O grupo] ajudava... Mas eu não consigo! Talvez precisasse sempre, né?” (Margarida)

e dificuldades de continuidade da atividade física. Isto revela a importância da manutenção do grupo para alguns pacientes:

“Eu acho que de uns tempos pra cá, tanto eu como quanto ele (*Eugênio*) estamos relaxados para atividades, caminhadas...”
(Margarida)

“Se eu tivesse condições [para realizar atividades físicas], mas não tenho...” (João)

Quando interrogados sobre o que faltou nos grupos educativos para consolidar a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis, houve resistência das pessoas em admitir falhas de parte das atividades. Alguns pacientes chegaram a afirmar que:

“... acho que tudo o que foi falado aqui me fez mudar [...] tudo o que foi falado aqui eu tirei proveito. Tudo o que foi falado aqui! Não tem nada que a gente fale: “*Eu não consigo! Eu não consigo!*”. Tudo a gente tem que fazer de acordo com aquilo que a gente falou. Pra você ver, pra ouvir, pra você ter uma aula que seja benéfica pra você [...] [se] você não vai fazer [aquilo que foi orientado], então não precisa vir...[se] Vai ao médico, [e] o médico te dá uma receita. Você vai tomar o remédio do seu jeito ou do jeito que o médico mandou, o horário, tudo certinho?”. (João)

Este tipo de fala foi reforçado por Antônia:

“Foi aquilo que ele [João] falou... Você veio aqui prá isso, isso e isso. Então você não vai fazer isso nem porque eu [equipe técnica] quero, nem porque a sua mãe quer. Então você [mesma] pode resolver os seus problemas (?) se você quer as coisas boas. E as que não são boas você tem que aceitar da melhor maneira possível [...] em primeiro lugar você tem que ajudar você mesma e depois aceitar a ajuda dos outros.”
(Antônia)

e apontaram limitações próprias de cada indivíduo, impostas por *hábitos arraigados*:

“Eu acho que o mais difícil é você mudar um hábito. E pra você sair daquilo ali é um sacrilégio”. (João)

“O que eu ia falar é que esse negócio de sal, () se a gente for raciocinar, porque os índios no meio da mata eles não põem sal e a gente vê a força de um índio, a saúde que eles tem. Então, a gente chega à conclusão que o sal é uma coisa, é gostoso, mas é desnecessário. Então, por que a gente vai comer *à beça*?” (Eugênio)

Evidentemente que a negação de um possível fracasso pode também levar a suposições, tais como uma tentativa dos pacientes de demonstrarem à equipe e aos colegas que os seus esforços não foram em vão:

“Não tem o que não achar bom, porque era um curso bem explicado, bem dirigido; e o doutor Gelso fez um papelzinho pra gente usar na bolsa, que é diabético, caso aconteça alguma coisa. E ele mesmo fez, colocando telefone, idade e tudo o que precisava. Então, eu tenho o meu ainda na minha bolsa. Vai que aconteça alguma coisa, uma queda aí, que a gente cai e a gente não sabe por que, né? Que eu já tive, já. Então, é fácil, pega o papelzinho e já tem tudo ali escrito. Então, já sabe o que aplicar na pessoa”. (Isolina)

“Isso eu não tô lembrando! É que não teve [aspectos negativos ou insuficientes]!” (Margarida)

Alguns pacientes, por outro lado, demonstraram uma resistência maior às mudanças. Estas resistências parecem estar mais relacionadas a uma possível negação da doença. O grupo educativo, apesar do apreço demonstrado por um dos pacientes, parece não ter apresentado grande eficácia para a promoção de mudanças desejáveis em seu comportamento:

“Se tem uma coisa que eu detesto mais é tomar remédio [...] Aí eu fui ao médico, e ele falou para diminuir feijão e carne vermelha, aí eu dei uma parada. Aí, parou? Num parou nada!... Outra coisa que o médico me receitou, acho que foi um regime [...] Daí, você toma um comprimido,

deu uma gastritezinha... Acabou o comprimido, aí eu fazia uma caipirinha [...] Por exemplo, se eu comer uma carne de vaca que não tenha gordura, só como a gordura [...] O duro é que a gente gosta e não pode. Mas, aí, né...?” (Luis)

6.2.6- Relação com o centro de saúde após término dos grupos

Quando questionados se houve mudanças na relação com o centro de saúde, a partir das experiências vivenciadas nos grupos, os pacientes relataram que se sentem mais próximos e conhecidos:

“[após o grupo a gente] fica mais conhecido!” (Vários comentam ao mesmo tempo)

“O atendimento [melhorou], né? Porque a gente tá convivendo sempre. [...] É que a gente estava todos juntos. [...] Fica mais conhecido.” (Angelita)

e percebem sentirem-se melhor acolhidos e atendidos pelo serviço de saúde:

“O atendimento [melhorou], né? [Depois do grupo] tinha mais facilidade de a gente chegar ao posto e fazer o teste da diabetes [...] Porque na realidade é difícil a gente chegar lá e pedir pra fazer o teste “. (Angelita)

“Ah, eu acho que o atendimento [agora] é melhor. A gente tem mais atenção”. (Margarida)

e também comentaram a construção de um vínculo de referência com o serviço através da auxiliar de saúde:

“[Agora] a gente chega lá [no centro de saúde] e a C. fala: “*Tá tudo bem?*” Aí, tal, aí fica mais fácil”. (Angelita)

“E a C. tava sempre com a gente”. (Margarida)

Os pacientes também perceberam um melhor entendimento de seus direitos aos cuidados de sua saúde:

“Eu fui orientada é que o posto tá aqui pra gente se servir”
(Angelita)

“Eu gosto mesmo de ter os meus direitos respeitados. Acho que o posto de saúde é um direito de todos nós. A saúde pública, né? E a gente paga por isso. Mesmo que indiretamente, mas a gente acaba pagando. E então eu sou meio chato. É, [depois do grupo] acabei sendo mais chato”.
(Eugênio)

mas também conseguiram demonstrar solidariedade para com as dificuldades do serviço e de seus trabalhadores:

“Uma coisa que eu aprendi assim. Às vezes as atendentes, você lidar com o público, realmente é terrível, é difícil. Que às vezes a pessoa tá de mau-humor, você chega, a pessoa não tá bem, tá ali, agitada. Não chega, fala mal e em vez de: “*Oi, bom dia, como vai? Eu preciso disso*”. Não, [em vez disso as pessoas chegam reclamando:] “*Ai, meu Deus, desde que eu cheguei... o serviço, papapá*”... [seria melhor dizer:] “*Bom dia*”. A melhor coisa que tem, “*bom dia*” e dá um sorriso, muda por dentro. Em vez de reclamar, “*bom dia, tudo bem*”? (Angelita)

“O que aconteceu comigo é que eu tenho pressão alta. Eu achei, (pr’á ajudar as meninas [auxiliares de enfermagem]) eu fiquei encostada na parede para não atrapalhar a moça. Quando ela chamou, eu entrei. Quando eu entrei, ela fechou a porta. E começou *ni mim*. Fiquei quietinha, só olhei. Mas que eu fiz? Não respondi uma palavra. Com três palavras ela me abraçou, me beijou e me pediu mil e um perdão. Hoje é a maior amiga minha no posto. Até hoje”.(Lazinha)

“Lidar com o público, se você liga um pouco, você fica estressado. Você tem que saber os dois lados. É difícil!”
(Angelita)

e valorizaram o serviço em questão:

“Este centro de saúde aí, em termos de saúde, é o melhor que tem... Pelo que a gente vê na TV este aí é excelente [...] Eu sempre acho que eu tô precisando...” (Ana)

embora apontem deficiências:

“É, mas falta muita coisa. [...], falta médico, falta bons atendentes de enfermagem”. (Eugênio)

freqüentemente ligadas ao fornecimento irregular de medicamentos. Este é um fator crucial para o bom controle de pacientes portadores de patologias crônicas, de baixa renda e grande necessidade de tais remédios:

“Falta medicamento...” (Margarida):

“Captopril, peguei hoje. Mas tava faltando”. (Bei)

“Se você precisa de algum remédio você sabe que não tem no posto...” (João)

Porém conseguem contextualizar tais deficiências:

“É que o nosso centro de saúde está tão carente quanto nós [...] É como a saúde pública que no Brasil inteiro passa por isso aí”. (Eugênio)

6.2.7- Participação em outros grupos educativos

A maior parte dos pacientes contou não ter mantido uma freqüência regular em outros grupos educativos. Uma única pessoa referiu manter-se participando em grupos do CS; esta usuária conta:

“Eu participei do grupo da Dra. MG. Pra não fica parada... Era parecido. Tinha estagiárias, tinha brincadeiras.... Era muito bom também. Pra não fica assim, né, parada” (Ana)

Porém não pôde dar continuidade a essa participação devido a impedimentos pessoais,

“Agora começou de novo. [...] Só que eu não tou participando.[...] Eles estavam lá no postinho e me convidaram para participar, mas agora eu tenho compromisso em casa, tenho que fazer almoço para minha filha que vai trabalhar...”
(Ana)

“Eu fui convidada. A C. me convidou, acho que foi o segundo grupo... Mas eu tava trabalhando com a minha filha então não deu pra eu participar. Mas não deu mesmo, porque eu adoro, eu adorei”. (Isolina)

Alguns apontaram o horário como inadequado:

“Olha, teve um grupo, mas o horário que teve se tornou um pouco difícil pra gente, que era uma hora da tarde. Este é um horário que não tem condições, e também na sexta-feira. Deveria ser na segunda, terça-feira”. (Angelita)

Ou alegaram desconhecimento:

“Eu nem sabia destes outros grupos! Fiquei sabendo hoje!”
(João)

“Eu sabia que ia começar” [outro grupo, mas não ficou informada]. (Angelita)

Outros fizeram comparações com outros grupos dos quais participaram posteriormente, queixando-se de certa insuficiência na condução e na abordagem pouco interessante e comunicativa:

“...porque lá em cima não era como o do Gelso, era outro”.
(Eugênio)

“Eu fui num grupo que foi totalmente diferente! Não foi como o grupo que a gente participou do doutor Gelso! Foi num local diferente, foi aonde foi o postinho, né. E você não tinha tanto

entrosamento. Não era discutido assim. Todo mundo não falava que nem a gente falava aqui! Era totalmente diferente!... Nós fomos lá... deu uns 'vasinho' pra gente pintar, uns "negócio" pra bordar... Chegou, foi bom, mas não era igual. Totalmente diferente! (Angelita)

Apesar das semelhanças:

"Tinha as meninas da PUCC tudo, mas foi diferente!". (Angelita)

E demonstraram desinteresse, devido ao fato de que os novos grupos não estavam atendendo a suas expectativas:

"Teve uma vez que estava tendo um grupo desse aí, mas acabou virando em nada, e daí eu não foi procurar mais também [...] Sim, [gostaria de continuar participando] mas tem que ser um grupo bem coordenado". (Eugênio)

"Não [pode ser] assim! Então, pra eles era importante, mas como o nosso grupo tinha sido diferente então não batia uma coisa com a outra! Eu acredito que possa ter sido tanto por isto. Porque não foi tudo igual, ninguém debateu os problemas". (Angelita)

Estas falas podem dar a sugerir que quando se estabelece um vínculo importante com o coordenador e o grupo caminha bem, às vezes pode ficar difícil estas pessoas aceitarem outro grupo.

6.2.8- Participação na comunidade

Os participantes do grupo-focal foram questionados acerca de sua participação em movimentos ou outras ações de cunho social na comunidade. Alguns citaram a participação em atividades culturais, grupos de ginástica para terceira idade e relacionadas com comunidades religiosas:

“Eu acho muito importante” [a participação em grupos ligados à Igreja]. (Margarida)

“Inclusive ela [a esposa] já foi catequista. Agora que ela já tá *véia, tá caduca*, então (risos) [...] E eu também tava engajado [em trabalhos comunitários]”. (Eugênio)

“Eu só participei de um na comunidade.” (Luis)

“O pessoal fazia ginástica. Então, eu falei: *“Ah, como é que eu vou?”* Daí, eu comecei a conversar com o professor e ele falou: *“Mas aqui é da terceira idade; quantos anos você tem?” “Mas eu quero participar”*. Mas daí depois ficou difícil por causa do meu menino que ia pra escola... mas eu vim, eu fiz ginástica um ano, quase”. (Angelita)

Quando interrogados se, a partir dos grupos, ficaram mais motivados em trabalhar na comunidade ou atuar em espaços, tais como o conselho local de saúde, alguns referiram que já tinham este hábito:

“Eu já participava (...) Já tinha esse hábito. Mas eu acho que tudo foi bom!” (Margarida)

“A gente, nós dois, a gente sempre foi muito engajado nessa parte. [...] Inclusive quando foi começar a construir essa sede [da associação comunitária] aí, eu trabalhei bastante aí e tal. Então tá tudo importando a participação com a comunidade” (Eugênio),

outros admitiram uma influência positiva do grupo no estímulo à participação em atividades comunitárias:

“Eu entrei num grupo *de bico*, (risos) da terceira idade. Quase apanhei, (risos) [...] Foi incentivado através do grupo mesmo”. (Angelita)

“[O grupo] ajudou mais ainda!” [na participação em atividades comunitárias] (Margarida)

porém, acusam limitações físicas para manter uma participação mais ativa:

“Eu participei por muito tempo [do conselho local de saúde]. Mas agora eu não tenho mais condições de fazer isso. E inclusive eu procuro incentivar os mais jovens a participar, a participarem. Eu acho que isso é uma coisa que vai passando de geração pra geração, e eu acho que a minha fase passou”.
(Eugênio)

6.2.9- Outros aspectos observados

Além daqueles previamente buscados pelo roteiro, também encontramos uma série de outros aspectos não previstos, porém relevantes, observados a partir das falas dos participantes do grupo-focal. Encontramos vários aspectos ligados às suas relações com os serviços de saúde, à falta de continuidade do grupo, às dificuldades enfrentadas no cotidiano, à incorporação e difusão das orientações recebidas, ao desenvolvimento da autonomia...

Momento presente e o sentimento de pertencer

Um primeiro aspecto que nos parece bastante significativo refere-se ao fato de que, apesar de decorridos vários anos desde os últimos encontros, estas pessoas referirem-se ao grupo educativo como algo ainda muito presente em suas vidas:

“... acho que tudo o que foi falado aqui me fez mudar [...] tudo o que foi falado aqui eu tirei proveito. Tudo o que foi falado aqui” (João)

“É um curso muito bem aproveitável”. (Isolina)

“Mas, assim, eu posso até ouvir [as músicas de relaxamento], mas fica aqui na minha cabeça [...] a gente precisa de muito carinho e isso é suprido aqui”. (Angelita)

“Foi aquilo que ele [João] falou... Você veio aqui pra isso, isso e isso [...] É, até hoje está na memória da gente” (Antônia)

Estes relatos possivelmente indicam um forte sentimento de vínculo e pertencimento destas pessoas a este grupo, umas com as outras e em relação aos profissionais de saúde.

Limitações físicas adquiridas e a incompreensão social

Ao longo de suas falas os participantes do grupo-focal também comentaram sobre a vida de um paciente crônico, e o sofrimento imposto por suas patologias:

“O diabético, a partir de certo tempo de diabete não tem mais assim, controle. Ela passa a oscilar muito. Eu tenho mais ou menos uma noção do que é diabete, então eu sou muito rigoroso comigo, a minha alimentação e tal, e estou sempre fazendo um controle, mas nunca consigo fazer um controle total. A pessoa pra se tornar diabético ele, a glicemia dele, oscila demais e, cada vez que a glicemia da gente cai, a gente primeiramente perde a capacidade de raciocinar, de pensar, porque a primeira coisa que afeta é o cérebro. E então você tem que ir ao médico. [...] O diabético é uma pessoa carente, e é uma realidade” (Eugênio)

“tem um problema: cada vez que eu vou ao dentista a pressão sobe” (*risos*). (Ídio)

citaram limitações adquiridas com o progredir do tempo:

“Extraí 2, 3 dentes, e os 3 dentes tiveram hemorragia. Aí eu voltei na doutora e ela disse: “*Olha, se você extrair outro dente eu vou assinar o seu atestado de óbito*” (*risos*) (Ídio)

“Se eu tivesse condições [de fazer atividades físicas], mas não tenho...” (João)

“Então é um problema que a gente sofre muito e então [...] vai se tornando uma pessoa incapacitada. Eu tenho muita vontade de trabalhar e me exercitar bastante, mas não consigo”.(Eugênio)

e queixaram-se das incompreensões das pessoas, que não percebem a dimensão de seus problemas:

“Porque as pessoas que tã de fora da situação, que não conhecem o problema, acham que a gente é um chato. As pessoas acham que ele tá fazendo corpo mole. Não é bem por aí. Eu (com esse corpo) não tenho mais condições de trabalhar. [...] O diabético é uma pessoa que no fundo, no fundo, é uma pessoa carente, que precisa de atenção e que nem sempre tem essa atenção”. (Eugênio)

Dificuldades no domicílio

As pessoas também relataram dificuldades e intolerâncias que freqüentemente enfrentam dentro do próprio domicílio:

“Em casa é assim! A minha enteada e o meu esposo sempre gostaram muito de fritura”. (Angelita)

“O meu marido, que não é hipertenso, nem diabético, e ele gosta de um sal mesmo [...] Então só tem ele que gosta muito de tempero e de frios, e eu não posso”. (Isolina)

o que gera rejeições,

“em casa [...] ele [o marido] não aceita [a sua doença]”. (Antônia),

situações desgastantes,

“agora eu já não me irrito tanto com o que os outros falam, [...] o que me incomoda mais é só em casa”. (Antônia)

e culpabilizações:

“[O marido diz:] *“Porque você vai ser expulsa do [convênio médico] (?)! Você é diabética porque você bebeu demais...”* Era tudo isso daí. Só que agora eu não bebo mais. Agora eu não bebo nada [...] mas eu tento me controlar [do desgaste emocional]”. (Antônia)

“E ele diz: *“eu não tenho nada”*. Falei: *“mas pode ter”*. Deus o livre e guarde e graças a Deus que ele nunca tenha, porque ele gosta mesmo de abusar no sal. (Isolina)

São situações cotidianas que limitam as mudanças e a manutenção de novos hábitos:

“Então eu falei: *“Agora, você gosta de sal? Então põe um pouquinho pra você, já que você pode. Se você não pode, também porque você tem idade, isso daí vai lhe prejudicar, mas coloca pra você porque eu não posso”* [...] Mas ninguém tira o sal dele, ninguém tira o doce, ninguém tira o açúcar, ninguém tira nada [...] Então só tem ele que gosta muito de tempero e de frios, e eu não posso. Mas ele diz: *“Ah! Tá faltando! Vamos pôr mais! Vamos pôr mais!”*. (Isolina)

Estes são aspectos importantes a serem considerados na atenção e no cuidado destes pacientes já que a efetiva incorporação de novos hábitos está intimamente ligada às condições do cotidiano destas pessoas, em especial àquelas relativas às suas relações familiares.

O adequado entendimento da complexidade dos serviços de saúde

Alguns aspectos significativos para pacientes portadores de patologias crônicas referem-se ao seu acolhimento e sua adequada compreensão dos níveis de complexidade e estruturação da rede pública de saúde. Estes são aspectos relevantes tanto para o paciente como também para a organização desses

serviços de saúde, decorrentes da rápida mudança no perfil epidemiológico de nossa população, com um contingente cada vez mais acentuado de pessoas idosas, da escassez de recursos financeiros, e pelo fato de esses pacientes serem usuários freqüentes desses serviços.

“Tanto que uma vez eu cheguei me deu uma, não sei o que foi que me deu, que eu me senti mal e falei pro meu esposo: *“Me leva no posto que eu vou ver como é que tá!”*. Aí chegamos lá e a moça falou assim: *“Ah, a gente tá sem a fita”* Daí eu falei: *“mas é que eu preciso, que eu não tou me sentindo bem!”* Ela falou: *“Mas você não tá bem, mesmo?”* Eu falei: *“Não, bem, eu vim aqui porque foi a orientação do médico [do grupo] que falou: “se você tem alguma queda, você vê alguma diferença do seu organismo...”*” Daí o meu marido falou assim: *“Se não puder eu te levo pr’o hospital”*. Eu falei: *“Não, primeiro aqui, porque o que eu fui orientada é que o posto tá aqui pr’á gente se servir”*. [...] Aí até que ela pegou, fez o teste e deu 440 e eu tive que sair correndo pro hospital, mas aí, eu já não fui assim, num desespero pro hospital, chega lá, não é nada. Primeiro, eu tenho que saber! [...](Angelita)

“eu tenho uma endocrinologista [na PUCC] que eu trato com ela, sei lá, há mais de 10 anos, 15 anos. E é só com ela. Então, eu não fico pulando de galho em galho, ela me conhece da cabeça aos pés.” (Eugênio)

“Mas, [após o grupo a relação com os serviços de saúde] melhor[ou], porque [agora] a gente sabe o que a gente vai buscar.” (Angelita)

A dependência do vínculo com o grupo

Um ponto que recebeu críticas negativas por parte dos pacientes diz respeito às dificuldades do serviço em atender às necessidades, referidas pelo grupo, de manter um vínculo de continuidade:

“Mas só que o grupo terminou e nunca mais a gente se encontrou. Era muito difícil porque um trabalha, outro tá doente. A senhora tá entendendo? Dificulta muito, a gente se encontrar, bater um papo, descontrair, lembrando. Mas naquele tempo, como tinha se passado, tinha vinte, trinta pessoas e hoje estamos aqui em dez, onze pessoas. Então isso aí dificulta você a acreditar que a gente pode melhorar a união. Cada um tem o seu compromisso e fica difícil de encontrar. Mas a gente faz o maior esforço pra estar aqui. Tem bastante gente aqui que participou... Valeu a pena. Até hoje tá na memória da gente”. (João)

[Crítica que:] “Podia ter continuado!” (Angelita)

“Foi bem o que ela falou! [Reivindica que seria desejável:] Não perder o contato de fazer a reunião...Ir à casa de um, na casa de outro... Se encontrar, conversar, marcar assim!” (Antônia)

O que pode comprometer em algum grau os ganhos obtidos:

“O que mais a gente pode tirar é a atenção. A atenção que a gente recebe faz com que a gente se cuide mais, e quando a gente não tem essa atenção, a tendência é incrível: relaxar!” (Angelita)

“Eu acho que [sem o grupo] a gente vai relaxando...” (Margarida)

O sucesso de uma atividade que buscou o incremento da autonomia, paradoxalmente pode ter criado uma relativa dependência que corre o risco de não ser suprida:

“A gente se sente como se fosse dependente porque ajuda muito a gente a caminhar. E quando se separou o grupo, que é o mais difícil, a gente sente as dificuldades do dia-a-dia. Que é como se fosse assim uma terapia. Ajuda muito a gente!” (Angelita)

“Eu queria, se fosse possível, que tivesse alguém que pudesse fazer esse tipo de reunião com os idosos que eu num sei se todos [são] igual[is] [n]o pensamento, [n]o sentimento... Mas que se tivesse reuniões pelo menos a cada 6 meses, uma reunião com o pessoal para receber uma palavra amiga. Faz mais de 2 anos que a gente não se encontra.” (João)

“Agora a gente pode fazer uma reivindicação? O Gelso, na hora que ele terminar a tese de mestrado dele, que ele e a C. voltem a coordenar o grupo. Isso aqui para nós ficou como uma família...” (Eugênio)

Difusão e reprodução de orientações

Algumas pessoas demonstraram não apenas terem incorporado boa parte das informações discutidas nos grupos educativos, como também capacidade de atuarem como difusores de novos hábitos saudáveis junto aos familiares,

“Então tudo que tinha [sido discutido] no grupo, quando a gente sentava, e eu falava: *“vamos conversar! Eu aprendi isso e isso e isso, o que vocês acham?”*. Aí, a gente passou, não só eu, a minha enteada e o meu esposo, todos eles comem de uma maneira melhor. Porque evita fritura, evita tudo que não faz bem [...] A gente aprendeu com o grupo a viver com a qualidade. Além da alimentação, de saber fazer uma comida correta sem exagero, no horário”. (Angelita)

“Mas aprendemos tanta coisa boa! Tudo o que a gente aprendeu lá foi útil. Foi de grande proveito. [Lá em casa] a gente já começou a fazer tudo como era [orientado] e nós não temos necessidade de pôr tanto sal [...] Não! Acostuma-se, né, a comer [com menos sal]. Porque eu não posso, mesmo...” (Isolina)

assim como junto ao grupo e pessoas de suas relações,

“S. Eugênio sabia muito sobre diabetis. A gente aprendeu muita coisa com ele. Ele fala muito sobre diabetis”. (Isolina)

“Não passe isto como receita! [recriminando de imediato o seu Luis, quando este defendeu o consumo de caipirinha e carne gorda como coisas boas para a saúde] [...] O que eu ia falar é que esse negócio de sal, se a gente for raciocinar, porque os índios no meio da mata eles não põem sal e a gente vê a força de um índio, a saúde que eles têm. Então, a gente chega à conclusão que o sal é uma coisa, é gostoso, mas é desnecessário. Então, por que a gente vai comer *à beça*? [...] Agora eu, modéstia à parte, eu sou uma pessoa que leio muito. Se eu achar qualquer papelzinho sobre diabete eu vou lendo. E também, não sei aí se tem alguém que vocês conhecem, eu acompanho muito pela TV Século XXI, entrevista com médicos, por sinal lá da UNICAMP. Tem um médico todo dia, pras 5 horas da tarde, que faz uma entrevista com outros professores e tal. Então é abordado... Eu posso dizer que eu não parei naquilo que a gente aprendeu. Eu continuei e me interesso muito por essas coisas.” (Eugênio)

“E também prestar bem atenção, a gente conversa aqui e está adquirindo experiências. Você tá conversando com uma pessoa, daí: *“Ah, meu parente tomou isso! Isso é bom...”* Daí, vai, pronto e toma. Conversas de novela são nojentas. Medicação é pra quem entende, você não vai pegando daqui e dali! Você pode aprender! Você pode aprender que aquela medicação não é pra você! Se você tá com dúvida, vai pro seu médico e pergunta. Foi isso que eu aprendi! Então pra mim foi importante que eu aprendi a não seguir conselho de todas e qualquer pessoa. Pra não tomar coisa errada. Porque pode pensar que tá ajudando, pode tá prejudicando...” (Angelita)

Desenvolvimento de autonomia e consciência crítica

Além da incorporação de uma série de novos hábitos de vida saudáveis (já anteriormente relatados), referentes a hábitos de higiene, à alimentação, incorporação de atividades físicas, controle emocional, cuidados com a medicação etc, algumas destas pessoas demonstraram um salutar discernimento crítico:

“Tem isso da gente. Que nem uma vez que eu fui buscar, eu tomo insulina nph humana. E não sei por que ele me mandou tomar da outra. E uma vez eu cheguei ao posto e falei: *“Ah, eu quero insulina”* Mas não tava marcado na (), como que chama? () na receita que eu peguei no convênio. Aí, a moça pegou e me deu da outra. Daí, eu tava indo embora e eu falei: *“Mas tá errado!”* Ela falou: *“Ué! Você... como você veio trocar? Você acabou de pegar?”*. *“Mas tá errado!”* *“Mas como tá errado? É o que tá na receita!”* Falei: *“Não, bem, é que a médica não marcou que é (?)”* *“Mas eu não vou poder fazer isso!”* *“Não, mas pera lá! Eu faço parte do grupo e eu aprendi que se eu tomo esse tipo de coisa então eu não posso trocar! Foi um erro do médico, mas eu não vou tomar por causa da (?)...”* Daí, eu conversei com a C. e tinha uma pessoa também que não troca por causa do erro do médico. Aí essa moça conversou com o médico... *“Você pode aplicar!”* (Angelita)

Referindo um alto grau de melhora e desenvolvimento de independência:

“Só tem uma coisinha para falar: que o grupo foi uma coisa tão importante pra mim, e é, as experiências que eu passei, que a coisa mais difícil que eu tenho é eu marcar consulta, porque eu não preciso. A gente foi muito bem assessorado, muito bem acompanhado. Eu vou mais ao médico para pegar receita, para pegar pedido de exame, para ver como eu estou. Nossa, eu tive uma melhora de 90%.[...] em relação à medicação, aos auto-cuidados e tal... Foi muito bom”. (Angelita)

6.2.10- Conclusão da análise do grupo focal

Os pacientes portadores de doenças crônicas, decorrentes do caráter restritivo e progressivo de suas patologias, tendem a ser heteronomizados e infantilizados em várias situações de suas vidas. Dentro de uma relação dialógica e participativa, o saber técnico transforma-se e reverbera, ao encontrar-se com o saber leigo e popular. Neste diálogo, o técnico tende a aproximar-se e a respeitar mais o saber popular e, conseqüentemente, a entender e aprender a lidar melhor com os seus pacientes. Do mesmo modo, ocorre certa transformação e apropriação, pelos pacientes, de parte do discurso técnico. Este deixa, então, de ser o discurso do **outro**, do profissional que não é um doente e sim um prescritor de regras e receitas, freqüentemente restritivas e por vezes culpabilizadoras. Quando produzidas pelos próprios pacientes, estas falas apresentam um grande poder de reforço e legitimação do discurso técnico, além de estimular a autonomia e a criação de um *espírito-de-corpo* neste grupo. O paciente, objeto/sujeito da ação educativa, ao reproduzir e participar ativamente da produção dialógica deste novo saber que vai ao encontro das desejáveis mudanças no seu estilo de vida, apresenta uma maior tendência a incorporar de modo efetivo e duradouro tais mudanças, propostas e discutidas junto ao grupo educativo. A construção deste saber estimula a geração de uma relação mais dialógica e horizontalizada, portanto menos técnico-centrada. De um lado, pacientes mais autônomos e empoderados, de outro, técnicos mais próximos e valorizados. Isto produz um sentimento de implicação e satisfação nos profissionais, com conseqüente redução do coeficiente de alienação destes trabalhadores, dada a significação que a população imprime à sua atuação. A atuação profissional está, portanto, intimamente ligada à atuação técnica e política, na busca da promoção à saúde e no incremento da cidadania de sua clientela. Não há como separar a atuação, do profissional da saúde da sua atuação, enquanto cidadão inserido na mesma sociedade que seu paciente.

Acreditamos que exista uma boa possibilidade de os participantes do grupo-focal poderem ter se mostrado mais motivados em enaltecer prioritariamente os aspectos pessoais positivos obtidos através do convívio com

os grupos educativos. Supomos que isto poderia se dar como uma espécie de reforço positivo junto ao grupo e à equipe técnica. Se confirmada esta hipótese, isto poderia se constituir em um forte fator de viés para a análise. Além disso, boa parte dos pacientes relatou dificuldades na incorporação de certos aspectos (sobretudo aqueles ligados a fatores emocionais, à prática desportiva regular, à participação comunitária,...) Não obstante estes fatores, parece-nos que o grupo-focal sugere que a participação nos grupos trouxe uma série de ganhos para tal clientela, tais como: apreensão e reprodução de grande parte dos conteúdos discutidos em tais atividades; efetiva incorporação de novos hábitos saudáveis de vida; um melhor relacionamento com os serviços de saúde de referência; criação de vínculos afetivos entre os elementos do grupo e para com a equipe técnica; fomento da autonomia destes pacientes; melhor convívio e aceitação de suas doenças,... Tais aspectos são bastante relevantes e demonstram uma avaliação positiva dessas atividades, tanto para a clientela como para o serviço, justificando novos investimentos em tais ações educativas, sobretudo ações organizadas e estruturadas no sentido de tornar os grupos educativos atividades habituais dos serviços de saúde.

6.3- Entrevistas com a equipe técnica e acadêmicos envolvidos com as atividades

Conforme já colocamos anteriormente, além das entrevistas para contextualização histórica e do grupo-focal, realizaram-se algumas entrevistas com elementos da equipe técnica que estiveram diretamente envolvidos com os grupos educativos em análise.

Estas entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho e, quando isto não foi possível, foram feitas no domicílio, ou em local de escolha do entrevistado. O período de coleta dos dados foi no primeiro semestre de 2004, durante os meses de março e abril.

Foram elaborados roteiros para três conjuntos distintos: acadêmicos (Anexo 8), docentes (Anexo 9) e profissionais da rede de saúde (Anexo 12). Além dos professores dos cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional(TO), Farmácia e Nutrição, foram entrevistados a coordenadora acadêmica do serviço, que também atuava como professora do Curso de Enfermagem junto ao CSE Integração e o coordenador do Curso de Medicina, já que este curso contava com um número maior de docentes (seis, na época dos grupos educativos analisados). Para estes dois docentes foi elaborado outro roteiro (anexo 13). Em relação ao conjunto dos profissionais do serviço, foram entrevistadas três auxiliares de saúde que trabalharam junto aos grupos educativos em questão e o coordenador do serviço (anexo 11), médico sanitaria da rede e que também atuava como docente da PUC Campinas.

Quanto ao conjunto dos alunos, foram entrevistados acadêmicos que tinham participado dos grupos educativos realizados no segundo semestre de 1999 e primeiro semestre de 2000. Todas estas pessoas já estavam diplomadas por ocasião de tais entrevistas. Não foi possível conversar com acadêmicos do Curso de Farmácia e Fisioterapia. Como não havia uma participação regular dos alunos de Fisioterapia nos grupos educativos, não se conseguiu nenhuma lembrança ou registro de pessoas desta área que tivesse convivido com os grupos em estudo. Em relação aos acadêmicos de Farmácia, houve dificuldades no estabelecimento de contato com tais pessoas. Foram, então, entrevistados ex-alunos dos cursos de Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional (TO) e Medicina, num total de quatro pessoas, todas do sexo feminino.

Para estimular a memória de cada uma das pessoas entrevistadas, foram mostradas fotografias realizadas por ocasião dos grupos educativos. Duas pessoas (a aluna de TO e a docente de Farmácia) alegaram limitações pessoais e preferiram responder ao questionário via Internet, no que foram atendidas.

Após explicitar os objetivos da pesquisa, foi solicitado a cada um dos entrevistados o consentimento esclarecido para uso do material produzido a partir dessas falas.

Começou-se por solicitar que estas pessoas relatassem as suas sensações e pensamentos mais imediatos à evocação dos grupos educativos, dos quais elas tinham participado no CSE Integração. Na quase totalidade das entrevistas realizadas, raramente as pessoas restringiram esta primeira memória a um único fator de recordação, mas, mais comumente, a um conjunto de variados aspectos.

6.3.1- Entrevistas com os académicos

A primeira lembrança dos académicos

Para a académica de Terapia Ocupacional, a primeira recordação refere-se ao clima cordial e informal em que se passavam as atividades educativas. Para a académica de Medicina, o que primeiro veio à lembrança foi uma sensação boa:

“De uma maneira geral a [primeira] lembrança é de uma reunião informal, um grande bate-papo gostoso” (acad. TO)

“Foi um tempo bom, foi uma experiência boa” (acad. Medicina)

Para a nutricionista, assim como para a académica de Medicina, o que de imediato veio à lembrança, foi o fato de trabalhar com pacientes idosos:

“... o contato com a população idosa. Apesar de eu não lidar mais com o grupo idoso (agora [lido] principalmente [com] a população pediátrica), é uma coisa que eu gosto e naquela situação [foi] um grupo muito aberto a perguntas.”(acad. Medicina)

“Bom eu lembro que nós tratamos de um grupo de diabéticos, e nesse grupo tínhamos vários integrantes, não me lembro ao certo o número, eu lembro que a participação era bem grande, a gente tinha várias pessoas. Das faixas etárias não consigo me lembrar exatamente, mas eram pessoas com cinquenta anos, quarenta anos de idade, tinham bastante mulheres e

tinham bastante homens também, em relação às pessoas que compunham o grupo”. (acad. Nutrição)

Estas mesmas acadêmicas destacam o caráter multiprofissional das atividades:

“...do pessoal da Medicina, da Fisioterapia, da Farmácia eu lembro bastante. Da Terapia Ocupacional, da Psicologia eu não consigo me lembrar quem eram as pessoas. Que eu me lembro bem eram essas três áreas.” (acad. Nutrição)

“...o que me vem à cabeça de bom [foram] (...) as minhas experiências com a equipe multiprofissional. Foi uma das experiências bem sucedidas”. (acad. Medicina)

Nas falas dessas pessoas, a multiprofissionalidade ficou restrita à participação acadêmica. Chegou-se a aventar uma suposta participação de uma área que não integrava o grupo (a Enfermagem) mas não se observou uma referência explícita à participação dos profissionais do serviço como integrantes da equipe multiprofissional.

“Tinham acadêmicos do grupo de Enfermagem também, se não me engano. Mas os que eu consigo me lembrar muito bem é o pessoal de Medicina e as pessoas do grupo da Farmácia; o trabalho que o pessoal da Farmácia fez eu consigo me lembrar...” (acad. Nutrição)

Para além da multiprofissionalidade, relatou-se o trabalho conjunto e integrado, que sugere a construção de um saber interdisciplinar:

“... e aí nós fazíamos várias atividades em conjunto de todas as áreas, o pessoal da Medicina, da Farmácia, da Fisioterapia, os acadêmicos de Nutrição, os acadêmicos de, que eu me lembro agora, éramos nós da Nutrição, os acadêmicos da Farmácia, da Fisioterapia, da Medicina, e eu não consigo me lembrar se tinham outras áreas, (?) mas eu me lembro muito bem das pessoas que nós trabalhamos”. (acad. Nutrição)

“principalmente a integração com a equipe de nutrição que foi muito boa, muito proveitosa”. (acad. Medicina)

de modo dialógico e participativo:

“... um grande bate-papo gostoso onde cada paciente e profissional contribuía com as suas dúvidas, conhecimentos, hábitos, personalidade e suas descobertas sobre sua patologia e sua vida atual” (acad. TO)

“... o aspecto que mais me recordo, além das palestras educativas para a população, é a integração usuários e estudantes, concretizada tanto nos contatos diários quanto nas festas de confraternização”. (acad. Psicologia)

“... A integração social [dos pacientes] com o grupo de acadêmicos foi muito boa. Eles eram muito participativos às atividades que a gente criava, não ficavam parados, só querendo ouvir; eram curiosos e essa curiosidade, essa participação é o que faz o grupo ir para frente. Eles não querem só absorver informação, mas também querem dar sua entrevista, dar seu depoimento. Na verdade, falar das suas curiosidades é o que faz um grupo indissolúvel. Em especial aquele grupo que desempenhou bem esse papel.” (acad. Medicina)

A acadêmica de Psicologia falou sobre sua dificuldade e forte resistência inicial em trabalhar com uma nova metodologia. Nestes grupos não havia o esquema a que estava habituada anteriormente:

“A primeira coisa que me vem é o esquema de faculdade. Quando se fazia um grupo, tinha um “contrato”, porque era sempre voltado para o grupo terapêutico, então a gente aprendia a olhar para grupo terapêutico. Então tinha um contrato de pontualidade, quantas horas iam ficar, sigilo, que não se poderia falar nada um do outro do que acontecia ali. Eu lembro que no primeiro encontro que nós fizemos no grupo de hipertensos e diabéticos, falaram sobre o contrato, mas não falaram sobre sigilo. E aí eu levantei essa questão: é importante falar também do sigilo” (acad. Psicologia).

Isto só foi superado quando conseguiu perceber as diferenças entre o trabalho com grupos terapêuticos, mais tradicionais na área da Psicologia, e o trabalho com grupos educativos comunitários:

“Eu lembro que depois você [o coordenador] me disse que esse grupo era diferente: o legal desse grupo é que não haja sigilo. O legal é que as pessoas passem para a comunidade o que estão aprendendo ali. É uma maximização social de um trabalho pontual. Aí eu levei para a minha supervisora e ela me explicou a diferença, de um grupo operativo, de um grupo de educação e saúde e tudo o mais, de um grupo terapêutico”.
(acad. Psicologia)

Finalidades das atividades

Objetivos percebidos para a formação acadêmica

Quando questionados a respeito do entendimento das finalidades dos grupos educativos realizados para sua formação, os estudantes responderam, de uma maneira homogênea, que perceberam os grupos educativos como algo prioritariamente destinado à construção de uma prática multiprofissional:

“Pudemos sentir nessa experiência que um dos principais objetivos é a integração multiprofissional” (acadêmica de T. O).

“Aquele trabalho tinha como objetivo trabalhar, nós, os acadêmicos, a questão da multidisciplinaridade, nós tínhamos que saber trabalhar em conjunto [...] a gente tem que fazer a comunicação, saber onde é seu lugar e onde começa o lugar do outro” (acadêmica de Nutrição).

“Para a minha formação profissional foi a questão dessa troca com as diversas áreas.” (acadêmica de Psicologia).

“Para nossa formação acadêmica, acho que o objetivo principal [foi a] contribuição para a integração profissional (que eu não tinha tido até aquele momento)” (acadêmica de Medicina).

A aluna de Nutrição percebeu este trabalho conjunto como necessário para o atendimento integral à clientela:

“Nós tínhamos que orientar aquelas pessoas, que no caso eram diabéticos, e saber trabalhar em conjunto com todas as outras áreas, e entendendo a doença de todos os lados. Desde aspectos fisiológicos [...] nutricionais, psicológicos, sociais, enfim, nós tínhamos que saber trabalhar em conjunto” (acadêmica de Nutrição).

Além de multiprofissional, estes relatos revelam a busca de uma atuação efetivamente conjunta, baseada em uma relação horizontal, dialógica e de respeito interprofissional.

“o que eu acho mais legal é que era um grupo de estagiários, cada um trazendo um tipo de contribuição. Ali, como era tudo num nível hierárquico igual, era uma relação horizontal entre a gente e vertical com você, porque era você que coordenava. Então todos os que estavam ali queriam fazer uma coisa legal para a população, pela hierarquia que não existia entre a gente. Então a gente se falava, trocava informações, ali foi legal, daquela maneira. Daquela maneira horizontal [...] Na idéia ampla é muito legal o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, porque está implícito nisso a troca do crescimento de quem você está atendendo, a troca entre os profissionais para a equipe crescer”. (acadêmica de Psicologia)

Além do trabalho em equipe multiprofissional as estudantes ressaltam a contribuição, para a sua formação, do exercício do papel de educador, fundamental na atuação de profissionais da saúde.

“É, mas a questão da interdisciplinaridade, eu tenho que trabalhar sim. Agora eu estou dando aula, sou professora [...] trabalhar em conjunto, a questão da interdisciplinaridade e eu preciso trabalhar hoje, cada dia do meu trabalho eu tenho que

fazer uma interação pra minha disciplina, com todo meu grupo [...] sem duvida eu tenho que usar esses conceitos e tenho que usar muito, muito, muito a gente tem que trabalhar” (acadêmica de Nutrição).

A acadêmica de Medicina se recorda do trabalho de elaboração das aulas, através de uma maneira mais acessível aos usuários, como importante para sua formação:

“acho que o objetivo principal, a contribuição [foi] a oportunidade de estar preparando aula, de estar se preparando para expor uma palestra, esse contato de você passar da linguagem médica para uma maneira mais fácil de entender, esse momento é essencial. Não adianta o médico chegar numa consulta e falar um monte de termos técnicos, que o paciente não vai entender e vai acabar, com isso, não tendo a mesma empatia e acaba não seguindo a programação da maneira que a gente gostaria. Esse momento de estar passando da linguagem técnica para a linguagem popular é um treinamento importante e naquele momento a gente teve este treinamento para preparar as aulas etc. E também com a experiência da formação [...] dos grupos”. (acadêmica de Medicina)

Testemunho bastante semelhante foi feito pela acadêmica de Psicologia:

“era muito legal porque a gente tinha que parar para preparar a aula e o mais legal era que você estava falando com um interlocutor que não tinha o mesmo nível cultural, de instrução que você. Você tinha que adequar os termos técnicos aos termos de entendimento da população. Esse foi o melhor exercício e aí eu aprendi a nunca pensar que eu “tô” dando uma aula pra mim e sim pra alguém que não sabe nada. Esse foi um marco na minha história” (acadêmica de Psicologia).

Nessa fala observa-se, porém, uma visão da sobrepujança do discurso técnico e certa desvalorização do saber popular. Vários autores que abordam a prática educativa (Freire, Pinto, Mendonça), apontam que é necessário que o

educador perceba, acima de tudo, que é tão cidadão quanto o seu cliente e que o saber deste cliente é tão rico e expressivo quanto o saber técnico. O relato anterior contradiz, em parte, com a fala desta mesma entrevistada, quando revelou um ganho pessoal importante no contato com a população carente:

“E para minha formação pessoal o mais legal foi o fato de sair de uma posição de filhinha e menina mimada, que só estudou em escola particular, que fazia uma faculdade cara, que ia de carro lá... Na periferia em que as pessoas não conheciam nada, nada do mundo capitalista, mas sabiam tudo daquele contexto, daquela situação. A minha inserção nesse gueto social, diferente do que eu vivia foi ótima. Abriu a minha cabeça. Eu parei de ter preconceitos, dificuldades, medos...”
(acadêmica de Psicologia).

A acadêmica de Nutrição também admite que o impacto pessoal desta experiência foi muito significativo para ela, pois tratar pacientes idosos se constituía em uma forte resistência sua:

“Antes eu tinha uma resistência com relação às pessoas idosas. Eu não vou dizer que essa resistência acabou com o tempo. Eu ainda tenho resistência de trabalhar com pessoas idosas mas, com certeza, aquele grupo serviu pra mudar a minha relação com eles, eu passei a aceitar. Eu tive um prazer muito grande em passear com eles depois, a gente foi pra lá, fizemos uma série de atividades, coisa que antes do grupo eu não fazia, com certeza eu não fazia.” (acadêmica de Nutrição)

O exercício educativo também permitiu a experimentação prática de conteúdos teóricos escolares, muito presente na fala dos entrevistados:

“O grupo educativo mostrou-se de grande importância para formação acadêmica, principalmente dos acadêmicos de Terapia Ocupacional, eles possibilitam a experiência de princípios, até então, só teóricos da T. O”. (acadêmica de T. O).

“Nós tínhamos o objetivo de praticar o que a gente tinha aprendido da teoria, porque a gente, sempre quando chega lá, a gente cai naquele conflito de teoria e prática” (acadêmica de Nutrição).

Estas experiências possibilitaram a estes acadêmicos a oportunidade de conhecer melhor o cotidiano daquelas pessoas a que se destinavam suas intervenções técnicas:

“(o) grupo educativo de uma maneira particular pelo contato com a população, aquele corpo-a-corpo das pessoas chegando... Como é que era o jeito que elas viviam. O que tinha na geladeira da casa delas, porque a gente falava muito sobre alimentação nos grupos. O que “rolava” ali naquelas casas delas, como era a educação delas na prática[...]era uma tentativa de adequar a patologia à vida deles e ao que eles faziam”. (acadêmica de Psicologia)

Conseqüências das atividades para a clientela

De uma forma geral, uma característica marcante para os acadêmicos no entendimento das conseqüências das atividades para a demanda atendida, foi a forma de transmitir as informações sobre a doença dentro de uma abordagem dinâmica e acessível para a promoção da saúde, o que nem sempre é possível através apenas da consulta individual.

“O objetivo para o paciente era transmitir a informação de uma maneira espontânea, de uma maneira mais informal, até mesmo para facilitar a fixação da informação, para não ser aquela coisa transmitida em consulta individualmente, mas também através de jogos, palestras, repetições mesmo, para eles absorverem”. (acadêmica de Medicina)

“Você trabalhar em conjunto e trabalhar com uma pessoa individualmente, eu acho que você fica muito mais à vontade, as histórias vão se misturando e você consegue fazer com

que cada um de seus pacientes aprenda com as histórias de outros, as pessoas citam coisas que aconteceram, ou citam histórias, ou as próprias pessoas ou de amigos, família... o trabalho fica muito mais rico”. (acadêmica de Nutrição)

Os alunos também apontaram aspectos relacionados à socialização dos usuários como objetivos importantes:

“Eu acho também que era um objetivo, ali, fazer amizades com os vizinhos, com a vizinhança [...] ter um convívio com outras pessoas, até pra não ficar só dentro de casa”. (acadêmica de Medicina)

Essas acadêmicas relataram alguns dos objetivos alcançados para a promoção da saúde dos pacientes, através das atividades vivenciadas.

“No início do trabalho, nós fizemos uma pergunta pra eles, se não me engano, a respeito do que eles achavam sobre a doença, o que era a diabete para eles e no final do grupo nós fizemos a mesma pergunta, porque eu me lembro que tenho o relato. Tenho até hoje esses relatos, e durante a minha apresentação [de conclusão do estágio] eu até apresentei um desses relatos, que mudou bastante. Então eles escreveram no início, e escreveram no final, qual era o sentimento deles perante a doença. E foi bem produtivo, de acordo com a avaliação deles”. (acadêmica de Nutrição)

“Os pacientes cada um em sua intensidade estavam mais conscientes, ao final do grupo, quanto a sua patologia, seu corpo, e sua necessidade de tratamento, podendo assim visualizar a sua responsabilidade na situação e assumir seu papel de forma atuante no tratamento”. (acadêmica de T.O)

Outro fator evidenciado foi a contribuição das atividades físicas, e a busca de alternativas simplificadas para sua incorporação:

“Uma coisa que eu achei legal, é que não precisa ir numa academia para fazer exercício físico, você tem o bairro, uma quadra, um vizinho com quem você pode andar. Os pacientes

não se viam mais como inabilitados, doentes, destratados”.
(acadêmica de Psicologia).

E o incremento da socialização:

“E, com certeza, naquele momento esse objetivo foi atingido
(ter um convívio com outras pessoas, prá não ficar só dentro
de casa)”. (acadêmica de Medicina)

A acadêmica de Psicologia faz uma referência sobre a forma como os pacientes reagiam no contexto da aprendizagem, de modo ativo e participante. Ela avaliou que isto contribuiu para gerar um incremento na consciência crítica destes pacientes e na geração de autonomia:

“Ah! Eles adoravam, acho que foi ótimo. Eles participavam, perguntavam, aprendiam, vinham na outra semana com dúvidas... Foi muito bom [...] eu lembro que as meninas da Nutrição estavam explicando para os pacientes da Hipertensão. Aí elas estavam falando sobre o cloreto de sódio. De quanto era importante eles olharem nos rótulos o quanto tinha de sódio lá. Aí eles levaram rótulos de produtos do dia a dia deles. Eles contaram que pararam para olhar toda a prateleira deles. No supermercado eles não compravam nada sem olhar o rótulo. Eu me lembro muito disso. Então eu acho que eles adquiriram autonomia sim. Pelo menos eles tinham consciência do que eles estavam usando” (acadêmica de Psicologia).

Dificuldades e Limitações Observadas:

Durante a vivência e execução das atividades, foram notadas algumas dificuldades e resistências. Cada entrevistado descreveu suas percepções e dificuldades. Entre os depoimentos obtidos encontramos relatos que apontam para problemas ligados às formas de organização do trabalho em equipe, à formação profissional, hierarquização e valorização desigual das várias disciplinas:

“Experiências como os grupos educativos são formas interessantes de mudar ou colocar em questão tais posturas profissionais, mas acredito que disciplinas sobre formas de trabalho em grupo e seu funcionamento, esclarecendo que trabalhar em grupo não significa ser inferior ou saber menos, e sim ser igual e poder trocar os conhecimentos, devam ser incluídas em todos os cursos da saúde de maneira rápida. Além disso, se cada profissional conhecesse melhor o trabalho dos demais, o preconceito diminuiria e todos poderiam estar mais próximos e unidos” (acadêmica de T.O.).

Esta estudante de Terapia Ocupacional observa as dificuldades dos vários profissionais da área da saúde em sair de seus núcleos profissionais, criando espaços de troca e respeito mútuo. Praticamente todos entrevistados percebem a existência de um corporativismo que limita tais práticas multiprofissionais e parece estar presente desde a formação acadêmica:

“uma das principais barreiras que este tipo de trabalho encontra para poder se expandir e dar melhores resultados [é que] os grupos esbarram no corporativismo de algumas profissões, já transmitido aos acadêmicos que têm dificuldades em estar mais próximos dos pacientes e em trocar, planejar e discutir com outros profissionais seus conhecimentos e condutas” (acadêmica de T.O.).

Essa dificuldade também foi destacada pelas acadêmicas de Psicologia e Nutrição, que apontam o médico como o profissional de maior resistência:

“O nó para mim está aí: no trabalho de equipe em saúde, em que tem médico. Existe uma prepotência que não abre espaço para as outras ciências. Tudo é menos. Tudo é menosprezado. Essa é uma dificuldade” (acadêmica de Psicologia).

“Olha, eu acredito, que, não desmerecendo qualquer tipo de área, mas eu acho o pessoal da Medicina um pouco relutante pra esse tipo de coisa...” (acadêmica de Nutrição)

No que é acompanhada pela própria acadêmica de Medicina, que reforça o entendimento da dificuldade de sua área profissional em integrar-se a um trabalho multiprofissional, citando aspectos ligados à cultura médico-cêntrica:

“O próprio acadêmico de Medicina é um pouco fechado, a maioria é muito reticente à integração da equipe multiprofissional, um pouco por orgulho, por se achar onipotente [...] Eu acho que o principal fator aí é o comportamento do acadêmico de Medicina que é um pouco fechado à integração. [...] O acadêmico de Medicina, ele tem uma imagem daquilo que lhe é passado, “*dos paramédicos*”, que é muito errada. Então ele julga que sabe os aspectos da Enfermagem, sabe da Nutrição... Isso não é verdade, ele tem noções básicas, não quer dizer que ele pode substituir este profissional de maneira alguma. Quando ele começa a se interessar e tem a humildade até mesmo de perguntar: “*Me explica como é isso?*” para a enfermeira, para a nutricionista ou para a fisioterapeuta, é que você vai perceber o quanto o médico não sabe. Ele tem noções básicas, às vezes até noções erradas, mas só quando eles se aproximam é que se percebe isso. Você não substitui os outros profissionais da área da saúde, cada um tem o seu lugar” (acadêmica de Medicina).

A pouca participação desses profissionais usualmente é justificada devido a dificuldades relativas ao pouco tempo disponível.

“O pessoal da Medicina [...] participa menos, nunca tem tempo de ir à reunião. Participa menos e, quando vai à reunião, as atividades já estão todas pré-estabelecidas, e aí...” (acadêmica de Nutrição).

“e também a carga horária pesada não permite muito isso” (acadêmica de Medicina).

Porém a estudante de Nutrição ressalva que tal dificuldade não se trata de algo exclusivo dos médicos:

“Mas não é só com eles que acontece, existem outras áreas que a gente também vê essas coisas [...] Uma conclusão que eu cheguei, é que é muito difícil trabalhar em conjunto, é difícil, é muito difícil, e é difícil até hoje quando a gente senta pra discutir algumas questões. É difícil você lidar com pessoa que, por exemplo, não querem assumir que não sabem daquela determinada área e precisa do outro pra poder ensinar pra ele poder saber também, pra trabalhar junto com ele, então é difícil.[...] eu acho que, se tá todo mundo querendo a mesma coisa, tudo bem, mas se tem um que não tá afim, é muito difícil, não é fácil” (acadêmica de Nutrição).

Outra dificuldade apontada foi o período de duração dos grupos educativos muito curto para permitir que o aluno tivesse um acompanhamento mais pleno de toda atividade, desde seu começo até sua finalização:

“O tempo é curto, então, com certeza, a gente poderia ter aprofundado algumas questões ter feito alguns exercícios, assim, até de discernimento clínico, ter um acompanhamento melhor de cada grupo, a gente ficava pouco tempo. Nós, cada ciclo de aluno era mais curto do que o ciclo do grupo” (acadêmica de Medicina).

Esta aluna se ressentiu da falta de algumas áreas presentes no serviço que não participavam mais regularmente das atividades.

“Poderia ter tido a integração do grupo da Fisioterapia, que não teve, não sei se foi por questão de horário, por causa agenda, não sei, mas acredito que eles teriam exercido uma função boa ali no nosso grupo, [...] a Fisioterapia poderia ter tido um papel que não teve” (acadêmica de Medicina).

A acadêmica de Medicina finaliza dizendo que embora estivesse bastante presente nas ementas das várias disciplinas a prática interdisciplinar, este tipo de experiência durante sua formação acadêmica foi rara.

“Foi pouco, esse momento, aliás, foi um dos poucos momentos na minha graduação. Integração multiprofissional efetiva foram pouquíssimos momentos, eu gostei muito, mas falando de uma maneira geral, a integração multiprofissional durante a minha formação foi pouca” (acadêmica de Medicina).

6.3.2- Entrevistas com o pessoal do serviço

Concomitantemente às entrevistas dos acadêmicos e docentes, em continuidade à coleta de informações, foram entrevistados profissionais do serviço: o coordenador e três auxiliares de enfermagem que participaram da equipe dos grupos educativos no centro de saúde.

Nessas entrevistas buscaram-se elementos que permitissem a descrição e análise de como funcionavam esses grupos, a atuação desses profissionais, a eficácia para os participantes, assim como observações e sugestões pessoais. É importante ressaltar que esses profissionais permanecem em tempo quase integral no centro de saúde, portanto a relação com os usuários é bastante intensa e freqüente.

A primeira lembrança do pessoal do serviço

As primeiras recordações referidas pelos profissionais ligados ao serviço reportam-se em especial a sentimentos de prazer e bem-estar:

“Saudades e um prazer muito grande em falar sobre os grupos, porque trabalhar com a saúde pública é fazê-la com educação e saúde e os grupos estão nesse contexto da saúde pública” (aux. Enf. T.).

“Lá havia participação, troca de amizades” (aux. Enf. N.).

“Quando falo dos grupos, acho que a primeira imagem que vem é essa. Era de alegria mesmo, expectativa. Acho que as pessoas acabavam esquecendo o resto e se preocupando com aquele momento; aquele momento bom na verdade... Bom pra todo mundo, pras pessoas do grupo, dos funcionários, do grupo, das pessoas que iam pr’á esse grupo” (Coordenador do serviço).

Estas recordações de alegria e descontração foram ligadas, em parte, ao fato das atividades se darem fora do centro de saúde, espaço usual de trabalho. Os grupos educativos nesta época se desenvolveram quase que o tempo todo em locais da comunidade por falta de espaço físico na unidade. Além disso, regularmente eram organizados passeios com os integrantes dos grupos:

“A [primeira] recordação que me vem na cabeça é do burburinho quando os grupos iam sair pra algum lugar, pra fazer alguma atividade fora da unidade, ou algum passeio, alguma caminhada. Então, assim, eu me lembro dessa... de uma excitação coletiva dentro da unidade” (Coordenador do serviço).

“A primeira coisa é os grupos que nós começamos a fazer participação [...] e aquelas atividades que a gente fazia lá fora [do CS]. Então eu me lembro muito isso aí” (Aux.Enf C.).

Esses profissionais também comentaram sobre a importância destas atividades para a promoção da qualidade de vida e do controle dos pacientes crônicos.

“Então a gente resolveu investir nos grupos educativos e pegamos os hipertensos e os diabéticos. Organizando esses grupos, nós tínhamos atividades em todos os períodos do dia. E através desses grupos nós fomos educando, falando sobre cada doença, enquanto controle para o paciente...” (Aux.Enf T.).

“A intenção dos grupos é tudo isso que a T. falou e procurar dar uma qualidade de vida melhor ao usuário, porque a doença em si já deixa a pessoa deprimida” (Aux.Enf N.).

E percebiam certa insuficiência do atendimento clínico individual, isoladamente, de dar conta das múltiplas necessidades em saúde destes pacientes.

“Porque não adianta tratar e não dar a orientação, a educação...” (aux.enf T.).

“Porque não é [apenas] a doença em si que deixa deprimido...” (aux.enf N.).

O grupo além de um espaço para a informação, também se constituía em um espaço privilegiado de apoio mútuo e de trocas:

“Quando ela participa de um grupo interativo ela vê que não está sozinha, que tem mais pessoas com a mesma doença que a dela. [...] Lá havia participação, troca de amizades, aprendizado sobre eles próprios, sobre a medicação... o motivo de se tomar a medicação... E nós vimos resultados muito bons” (Aux.Enf N.).

Finalidades das Atividades

Objetivos Percebidos e os Resultados Alcançados

O coordenador administrativo do serviço, além de médico da rede, também já exercia a função de docente do curso de Medicina, por ocasião dos grupos em estudo. Como este serviço tem uma dupla função, para a docência e assistência, ele observou as finalidades destes grupos educativos sob vários enfoques, para o serviço e a clientela usuária, para os trabalhadores, técnicos e docentes, e para a formação dos acadêmicos no serviço.

Em relação aos usuários, ele percebia os grupos importantes para a melhoria da adesão e controle, no incremento da autonomia desta clientela, além de atuar de modo complementar a outras ações em saúde:

“Pra mim, como gestor local, a importância do grupo era tentar fazer com que as pessoas melhorassem a adesão, o tratamento. Que elas aumentassem os auto cuidados, melhorassem a qualidade de vida, ficassem mais feliz ali. Quanto à gerência de serviço, que administra a demanda, com certeza isso é importante... Esse era o meu objetivo. Agora se isso não era ou não alcançado é outra coisa. O meu objetivo, enquanto gestor da minha unidade era esse [...] Eu acho que, pensando no lado do gestor, eu acho que é importante, [...] os grupos são umas das grandes saídas. Acho que o grupo deve sempre complementar outras ações” (Coordenador Administrativo do serviço).

Para as auxiliares de saúde que participaram junto às atividades educativas no serviço, o objetivo dos grupos não era apenas falar das patologias, mas investir na educação e na orientação desses pacientes. Elas referiram que essas ações se pautavam por um trabalho de interação e trocas grupais, não centralizado na doença, mas na promoção à saúde, e tinham como finalidade principal estimular uma melhoria para a qualidade de vida da clientela.

“A qualidade de vida pessoal. O objetivo do grupo não era falar da doença em si, a pressão alta, ou o que eles tinham, ou a diabetes. A gente procurava [ajudar] para que eles tivessem uma melhor qualidade de vida” (auxiliar C).

“A intenção dos grupos era também de procurar dar uma qualidade de vida melhor ao usuário” (auxiliar N).

No tocante à formação acadêmica, o coordenador do serviço enxergava esta como uma boa oportunidade de exercitar uma relação mais próxima aos usuários e à realidade de vida destas pessoas, sujeitos/objetos da prática desses futuros profissionais da saúde, alternativa à tradicional formação hospitalar:

“Em relação aos acadêmicos, é importante porque é o momento em que o aluno toca o paciente. Normalmente o aluno tem uma relação muito distante com o paciente, e aí eu falo para os alunos de todos os cursos, mas principalmente com relação à Medicina, que eu acho que é um curso que fica do outro lado da escrivaninha. Já os outros cursos acabam tocando mais os pacientes, pegando mais o paciente, tendo uma relação mais próxima. Então isso pro médico é legal, para o aluno que está no quarto, quinto ano, que estava no hospital, e veio para uma relação, para se envolver com uma relação, acompanhar o ritmo, saber um pouco mais da história do paciente. Eu acho que isso é importante...” (Coordenador Administrativo do serviço).

Ele entende que as atividades educativas dentro destes grupos interdisciplinares podem contribuir para estimular o respeito interprofissional e a percepção dos limites inerentes a cada disciplina. Isto pode ser atenuado pela criação de uma visão mais holística, necessária a um atendimento mais integral à saúde e no incremento da autonomia da clientela-usuária:

“Uma coisa que tem que ter é estimulação para trabalhar nas ações da Educação e Saúde. Acho que é uma coisa importante. Na formação tem que se entender o limite do médico também. Hoje a complexidade na questão primária é muito grande [...] Então a primeira coisa dentro da formação é você estimular a ter outros olhares. A achar que a gente, enquanto profissional de saúde, não dá conta de tudo. Acho que isso é uma coisa. Outro ponto: é importante que as pessoas usem a parte delas para aumentar a autonomia, aumentar auto-cuidado. A gente não é treinado para isso. Vai falar, vou lá medicar e acho que vai resolver. Receita dada, paciente curado! Paciente encaminhado, caso resolvido! Não é bem assim... Então entender esses limites durante a formação. Eu acho que faz parte da questão acadêmica” (Coordenador Administrativo do serviço).

Para o exercício da docência, ele vislumbra que propiciar aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar ações educativas em atenção básica em saúde, se constituía em algo importante:

“Pros docentes, é importante porque estão fazendo outras pessoas aprenderem isso, ensinando os alunos e proporcionando essa possibilidade de melhora pra essa clientela [...] Então eu acho que esta atividade acaba sendo importante para todos” (Coordenador Administrativo do serviço).

Em relação aos trabalhadores ligados à Secretaria Municipal de Saúde, ele entende que o grande ganho está na melhoria do vínculo e no controle da demanda:

“Eu acho que uma coisa melhor, assim, os trabalhadores vão conhecendo muito mais os pacientes, e eu acho que isso aumenta muito o vínculo, facilita essa relação que eu te falei lá no início, entre quem é do serviço e as pessoas que chegam. Se ele não puder ser atendido naquele momento, uma conversa resolve porque já se conhece esse usuário e esse vínculo é maior com ele” (Coordenador Administrativo do serviço).

A avaliação empírica do coordenador administrativo, na época em que os grupos estavam ocorrendo, é de que estes contribuíram positivamente tanto para as demandas do serviço como também para os acadêmicos e trabalhadores:

“Sim, avaliação prática. Uma sensação de quem estava lá, gerenciando o serviço. Que sabia, via os pacientes que chegavam (e percebia se eram de grupo ou não). Via a manifestação dos trabalhadores, se envolvendo com isso. Os alunos que ficavam felizes e comentavam histórias vivenciadas dentro dos grupos... Eu acho que isso é uma coisa de prática. Eu acho que o mais teórico, ou seja, talvez de tentar ter uma justificativa teórica pra isso, talvez eu não tivesse. Era tudo mais de sensação mesmo” (Coordenador Administrativo do serviço).

Para a Auxiliar de Enfermagem N., a eficácia dos grupos resultou na diminuição de consultas. Isto, segundo seu entendimento, se deu pelo incremento da autonomia da clientela, adquirida através de um conhecimento melhor sobre suas patologias e da medicação:

“Eles vêm apenas como rotina [às consultas], porque no final teve um grupo, nós fizemos um apanhado do conteúdo, através de uma conversa mais aberta. Eles viram que não precisavam estar todo mês no médico, que eles mesmo entendiam bastante da medicação e isso tirou bastante gente da fila [de espera para consultas]” (auxiliar N.).

Essas profissionais apontam para a criação de um vínculo melhor entre os usuários e o serviço e seus profissionais, através de um acolhimento mais adequado.

“É. [Os pacientes] sabem mais o que querem e estão bem informados sobre tudo. São os pacientes mais fáceis de trabalhar. Eles se sentem mais protegidos, porque sabem que conhecem mais do assunto e assim têm mais segurança [...] Faz tanto tempo e nós ainda temos esse vínculo com eles. Eles chegam, andam no posto pra lá e prá cá e ainda sabem, essa aqui é a N., T., C. e continuam procurando..” (auxiliar T.).

“É um vínculo que eles fazem que não termina nunca” (auxiliar N.).

“Pensando na questão dos usuários, uma coisa que eu acho que os grupos sempre trouxeram foi uma melhora evidente da relação deles com o serviço. Em geral, são pessoas que apóiam o serviço em todos os momentos, que valorizam o que o centro de saúde faz, que têm uma relação boa com os funcionários [...] Eles participam, desenvolvem, fortalecem o serviço, eu acho que esse é um papel do grupo importante, que não é um papel terapêutico na saúde orgânica... está mais relacionado à relação... em termos de saúde nas relações sociais. Eu acho que isso é importantíssimo e eu valorizaria isso muito no grupo” (Coordenador Administrativo do serviço).

A valorização que a clientela usuária imprime aos trabalhadores, que percebem como responsabilizados, envolvidos e preocupados com suas condições de vida e saúde, propicia um sentimento de satisfação e bem-estar a estes profissionais. Para autores como Valla e Campos, estas demonstrações de valorização de parte da clientela podem servir para atenuar o coeficiente de alienação destes trabalhadores e contribuir para incrementar sua capacidade de análise e intervenção (Valla, 1999; Campos, 2000).

A avaliação da auxiliar de enfermagem C. trata das mudanças percebidas nos usuários que freqüentavam os grupos educativos através de relatos dos próprios pacientes:

“A gente percebeu a mudança deles, porque os pacientes mesmo do grupo não eram aqueles pacientes ‘mais longe’ do centro de saúde, não eram pacientes que estavam todos os dias lá para ver pressão. A gente começou a perceber uma diferença neles dos outros pacientes, que a vida deles começou a mudar, em relação à alimentação, nos exercícios, tudo aquilo que a gente passava pra eles no grupo. Eles relatavam que aquilo era o que eles aprendiam no grupo, que foi muito bom pra eles e que mudou a vida deles; e antes eles pensavam que a diabetes, a pressão alta, era uma doença diferente, que tinha de ficar vendo pressão [o tempo todo], esse tipo de coisa... Depois não, era exercício, a alimentação deles, e eles mesmos falam que aprenderam muito com a gente” (auxiliar C).

Estas auxiliares ainda fazem parte das primeiras equipes de saúde que tinham como prioridade absorver como trabalhadores pessoas pertencentes à própria comunidade. Isto tem um reflexo muito grande na vida destes profissionais, pois na medida em que aprofundam seu vínculo com os usuários do serviço, tornam-se referências para sua comunidade. A partir destas experiências estas profissionais do centro de saúde sentiram-se mais próximas da população, compartilhando de suas idéias, sugestões e críticas, devido a um contato maior com o cotidiano dessas pessoas.

“A gente mora no bairro, então é um pessoal que a gente encontra no açougue, na padaria, no ponto de ônibus, na feira, na igreja, então a gente conhece melhor esse pessoal que participa dos grupos” (auxiliar N.).

“Porque é da própria comunidade, a gente trabalha com um público que é da nossa comunidade. Porque não é só no lugar que a gente atende, é o lugar que a gente frequenta no dia a dia, ou mesmo socialmente, fora do ambiente de trabalho. A gente tá sempre encontrando com eles. Formando um grupo educativo, um grupo de amigos, de conhecidos...” (auxiliar T.).

Os aspectos pessoais relatados por essas pessoas, durante as entrevistas nos conduzem a uma reflexão fundamental. Os resultados destas atividades educativas apresentam reflexos importantes não apenas para os usuários, mas, acima de tudo, para a própria equipe de saúde. O investimento em trabalhos com equipes multiprofissionais propiciou um espaço de troca de conhecimento e retorno para a qualificação do próprio serviço. Estes trabalhadores enfatizaram a troca de conhecimentos e o ganho pessoal de sua participação:

“Nós aprendemos muito...” (auxiliar N.).

“Enriqueceu muito meus conhecimentos. Isso é uma verdade. Porque todos nós sabemos que temos um limite. E trabalhando com os grupos aprendemos com eles, com os problemas deles, além do aprendizado com a equipe multidisciplinar. Pra mim valeu muito, cresci muito com eles, assim como eles cresceram com a gente. Enriqueceu o meu trabalho, o meu “currículo” de vida. Gostei da equipe multidisciplinar, deles e de como eles cresceram.” (auxiliar T.).

C. relata a contribuição pessoal que obteve ao trabalhar nos grupos educativos. Isto lhe propiciou um sentimento de reconhecimento profissional por parte da equipe e dos usuários.

“Eu me senti e me sinto até hoje trabalhando nesse grupo. Eu me sinto forte, porque, até hoje, as pessoas chegam me procurando. Eu sou uma referência para pessoas; eles vêm me procurando, e além de eu trabalhar no grupo, a gente tem referência de equipe; então eu sou a pessoa que as pessoas me procuram, então para mim está sendo muito bom trabalhar no grupo, para mim foi ótimo, eu como profissional. Foi muito bom tanto em relação à equipe, quanto em relação aos pacientes” (auxiliar C.).

A questão da troca de conhecimento também foi reforçada pela auxiliar N., que complementou a importância da participação popular e o estabelecimento de uma relação dialógica e participativa:

“Ninguém tá falando que sabe mais. A gente aprende muito com eles [pacientes] também. É uma troca. Eu me sinto muito bem trabalhando com os grupos de hipertensos, diabéticos, climatério[...] E a gente conhece melhor a população que a gente atende, através dos grupos, porque é um espaço de participação deles”. (auxiliar N.).

Dificuldades e Resistências

O Coordenador Administrativo do serviço faz uma síntese das principais dificuldades para o desenvolvimento regular de atividades educativas. Estas se referem especialmente à disponibilidade e adequação do espaço físico, número insuficiente de trabalhadores e à pressão de demanda:

“Tem várias questões, desde questões estruturais, questões de espaço pra isso, a sala para fazer o grupo, o trabalhador disponível ou não naquele momento para estar saindo da sua unidade. [Se] existe uma fila para atendimento, uma demanda grande, e vai ter um grupo naquele momento, eu vou ter que priorizar, porque hoje se trabalha com priorização em qualquer unidade. Só que o atendimento para o pelotão de pessoas está ali esperando. Então, muitas vezes tinha que deslocar

algum funcionário, deslocar alguém do grupo para fazer atendimento. E vamos tocar o grupo com as outras pessoas que estão lá, assistentes. Então, acho que é questão de estrutura, questão espaço, questão de funcionários” (Coordenador Administrativo do serviço).

Esses argumentos são reforçados pelas auxiliares de enfermagem. Para elas a principal limitação referida é a questão da falta de profissionais, uma dificuldade persistente, frente a grande demanda, segundo a fala da auxiliar C. Quando existe pressão da demanda, a atividade é considerada como não-prioritária:

“Eu acho assim, que é falta de pessoal no trabalho da gente. Por falta de pessoal às vezes a gente não podia participar de alguma coisa ou de um grupo. Por falta de pessoal, por falta de mão de obra... Não tinha quem fazia o trabalho da gente [...] No serviço, até ele acha que é assim [que o grupo educativo seja prioridade]. Mas às vezes, por você ter um grande número de população, você tem que atender aquela população, às vezes isso não dá conta de você estar fazendo um trabalho educativo” (auxiliar C.).

A falta de profissionais também é colocada pelas outras auxiliares. Segundo elas, isto revela a prática de um discurso que prioriza a quantidade, e não a qualidade do atendimento, e a resistência dos próprios coordenadores de serviço para a realização dos grupos educativos:

“Porque nós ficamos 4 meses sem coordenador. A gente viveu uma fase difícil, quatro meses e meio sem coordenador [...] Depois, a coordenadora que veio não era a favor da prática de grupos. Foi nessa época que lançou o Paidéia e que foi aquela “loucura”... Nós, auxiliares, atendíamos muita gente, ficávamos com aquela pilha de pastas de pacientes... Eram atendimentos atropelados... O serviço não dava tempo, não tinha brecha [...] A prioridade era a demanda.” (auxiliar N.).

“Entra coordenador, sai coordenador. Aconteceu que perdemos o fio da meada, naquele emaranhado todo. Até retomar... Até vir outro coordenador [...] Esqueceu-se da importância dos grupos educativos” (auxiliar T.).

Estas falas apontam para questões ligadas a formulações de políticas de saúde e outras ligadas à cultura médico-dependente. Estes fatores também são levantados pelo coordenador administrativo do serviço:

“Existe a própria questão de estímulo ou não da Secretaria para fazer isso. Até isso, é muito evidente. Hoje o estímulo é a proposta da Secretaria Municipal de Campinas para se trabalhar a questão de grupo e de outras práticas é muito maior do que em todas as gestões anteriores. E isso pode ser explicado por política de saúde, por questão de aumentar o cuidado, por proposta de aumentar o efeito dele para que as pessoas se cuidem mais, para que a gente consiga romper um pouco com as práticas tradicionais do atendimento médico. Historicamente, existe aquela questão: *“procure seu médico, procure seu médico, todo ano procure seu médico”*. E muitas vezes os cuidados são outros que não necessariamente necessitam de cuidado médico. Mas as pessoas, ao longo do tempo, só aprendem isso e é muito difícil de reverter” (Coordenador Administrativo do serviço).

As auxiliares de enfermagem também apontam as dificuldades quanto ao espaço físico para os encontros. Apesar da reforma realizada recentemente, o espaço destinado para reuniões é insuficiente para atender às necessidades do serviço.

“Aumentou a demanda e tem outros grupos na unidade que gostariam de ocupar aquele espaço. Primeiro só tinha hipertensos e diabéticos, agora tem grupos de saúde bucal, a “A.”, tem o grupo da Psicologia... Então o espaço se tornou pequeno” (auxiliar T.).

“E nós aqui no centro de saúde, nós não temos esse espaço. Nós sabemos que nas vilas existem centros comunitários com salões maiores (espaços físicos) e essa falha eu atribuo à gente, de não estar buscando esse espaço lá fora. Aqui no centro de saúde, dentro da unidade, não tem” (auxiliar N.).

Por outro lado perceberam que existe a possibilidade de buscar novos espaços na comunidade que possibilitem melhores condições para o desenvolvimento de tais atividades. Isto está de acordo com a percepção do coordenador que entende que a falta de espaço pode até se mostrar conveniente para se ampliar a participação junto à comunidade e na busca de ações intersetoriais, bem ao encontro das propostas da Nova Promoção à Saúde:

“Acho até que espaço para grupo não tem que ser necessariamente no centro de saúde. Eu até definiria que para fazer grupos poderia até permitir que dois grupos fossem feitos ao mesmo tempo, mas não em uma sala para grupo que tenha mais de dez pessoas. Quer dizer, vinte pessoas ali, enchem. Eu acho que cada vez mais o grupo tem que ser feito na comunidade. O espaço para se fazer grupo é na praça, na comunidade. Tem que se buscar os pontos dos centros sociais. Eu acho que é onde aproxima mais as pessoas, tentar ver, mesmo que a gente seja importante no centro de saúde em vários momentos, eu acho que usar o espaço da comunidade é o mais importante. Eu valorizaria isto como espaço para grupo, até porque serve para ampliar cada vez mais isso, olhar [que a] questão da saúde extrapola os limites do centro de saúde. Então eu acho que o espaço no centro de saúde a gente tem que usar para outras atividades: atendimento médico, atendimento de outras áreas. E em algum momento até para grupo. Mas eu não usaria com este fim... espaço do centro de saúde para grupo. Sim... acho que é um investimento cada vez maior a gente ter espaço para lazer, para escola, em que a gente possa, com os trabalhadores, buscar outros setores, ter uma ação mais intersetorial pra trabalhar nisso” (Coordenador Administrativo do serviço).

Apesar da melhora em relação há tempos anteriores, as entrevistadas refletem que a falta de motivação de parte da equipe profissional para a participação neste tipo de atividades ainda persiste:

“Ainda acontece. Quem faz grupo mesmo são os auxiliares mais velhos. Os profissionais mais jovens têm certa relutância no trabalho de formação de grupos. Há uma falha que não sei explicar onde está. Talvez motivar mais a equipe traga algum tipo de resultado” (auxiliar N.).

N. contou que as pessoas que trabalhavam nas atividades educativas eram alvo de preconceito e incompreensão:

“E também na equipe, os grupos eram pouco compreendidos. Por exemplo, quando a gente ficava nos grupos duas horas, duas horas e meia, para o resto da equipe o comentário era o seguinte: *“também só quer saber de ficar no grupo agora”*. *“tá vendo: nem faz nada agora”*. Porque eles achavam que ficar nos grupos era fugir do trabalho” (auxiliar N.).

N. considera, porém, que estas críticas e incompreensões vêm diminuindo gradativamente, com o tempo:

“Então não tinha entendimento da equipe. Agora tem. E até é aceito porque não são todas que gostam dessas atividades. Algumas sentem que não têm o perfil adequado para “tocar” os grupos. Elas se sentem sem esse perfil, que não gostam, não têm paciência” (auxiliar N.).

C. revelou que quando foi convidada para participar das atividades de educação em saúde também houve bastante resistência de sua parte para se integrar a esses grupos. Ela relata:

“Sinceramente (no início), eu achava meio esnobe esse negócio de trabalho com grupo: falar para as pessoas o que elas vão comer, o que elas não podem comer... Eu achava que não era tão importante. Eu vi a importância, depois que eu comecei a participar fui percebendo a importância que tinha essa educação para as pessoas no grupo” (auxiliar C.).

O Coordenador do serviço relata que percebia certo queixume das pessoas que não participavam dos grupos. Aqueles que iam para tais atividades eram freqüentemente vistos como privilegiados. Porém para o coordenador ou

estas pessoas não dispunham de perfil adequado para isso ou então não se organizavam para tanto:

“Em relação à própria equipe, sempre houve uma discriminação muito grande e dava para sentir quem fazia grupo e quem não fazia grupo. Se alguém tinha que ir para o grupo e outra pessoa ficasse, quem ficava e não ia para o grupo ficava de nariz torcido, porque quem estava indo para o grupo parecia que estava indo para o filé, que estava sendo privilegiado. Só que as pessoas que se dispunham a fazer isto, se dispunham e iam. E outras que não se propunham, acabavam não tendo este espaço, talvez porque não tivessem nem o perfil” (Coordenador Administrativo do serviço).

O pessoal do serviço opinou acerca do perfil desejável dos profissionais, fator importante para o sucesso do trabalho com grupos educativos. Para a Auxiliar T., o principal aspecto se refere à capacidade de realizar um bom acolhimento, uma boa escuta:

“Tem que ser ‘ouvidor’. Saber ouvir. Porque tem que ter muita atenção e carinho com eles” (auxiliar T.).

O carisma também foi comentado como importante por outra auxiliar:

“Tem que ter vontade, carisma, porque são pessoas idosas, que já têm problemas familiares, problemas com doenças... Se você não tiver um carisma associado ao profissional não funciona. E caminhar lado a lado. O lado humano que é tudo isso que a gente falou e o lado profissional também” (auxiliar N.).

E também mencionou que o profissional tenha responsabilidade e capacidade de estruturar as atividades:

“É programar as atividades, se responsabilizar por um assunto. Que o profissional que você convocou compareça no dia programado, entrando em contato. Assim, você vai adquirindo confiança deste grupo. Uma vez que eles têm confiança no profissional, tudo vai melhor, eles não faltam...” (auxiliar N.).

Esses aspectos citados são também discutidos por C., que discorre:

“Eu acho que deveria ser um médico, uma coordenação ou uma pessoa que incentivasse. E hoje falta pessoa assim, alguém que coordene essas atividades educativas [...] Que seja assim uma pessoa que converse, incentive o paciente, como era você. Porque você era uma pessoa que conversava com os pacientes do grupo, você participava, você conversava com outros profissionais. E uma pessoa que saiba trabalhar [...] ele tem que ser um bom profissional também, um bom conhecimento técnico, não ser necessariamente um médico, ser uma pessoa que tenha um bom conhecimento, que conhece, que entende, que deposite confiança, que confie em você, que deposite uma confiança em você, um profissional que confie” (auxiliar C.).

A respeito da participação do médico, parece haver certa preocupação com a atuação usual desta categoria profissional. Como também referido nos depoimentos dos acadêmicos e docentes, o coordenador do serviço, mesmo se tratando de um médico, tem a percepção de que este é um trabalhador que freqüentemente apresenta dificuldades em participar de uma maneira produtiva neste tipo de atividade multiprofissional.

“Eu acho que não é qualquer um que pode fazer grupo. Tem que ter perfil, [...] muitas vezes o médico vai para o grupo e atrapalha o grupo. Então é melhor nem ir. Deixa-o lá atendendo na salinha dele, com o computador de consulta dele. A não ser que o cara tenha perfil. Ir para o grupo, muitas vezes vai pro grupo e vai perder essa coisa do discurso que é hegemônico, de achar que o que ele está falando já dá. Ele vai se deparar com situações que, quando ele está sozinho

com o paciente, ele até consegue manobrar, sair, mas dentro do grupo muitas vezes vai ter que se expor ou ir contra algumas coisas que ele define como rotina, definições próprias, condutas dele e não dá pra colocar num grupo. Não vai conseguir colocar numa receita de bolo, em que todo mundo, dá para fazer. Ele vai ver que para cada pessoa é diferente. Então, muitas vezes ele acaba não tendo essa (...) ele tem essa dificuldade de manejar com o grupo e aí é que você diferencia alguns profissionais. Alguns conseguem dar conta, outros não. Eu acho que tem que ser a avaliação de quem está trabalhando com o grupo daquela unidade” (Coordenador Administrativo do serviço).

O coordenador atenta para dificuldades relativas à formação profissional. Para ele, a flexibilidade e o pouco domínio das situações cotidianas que os grupos educativos apresentam, também é um fator que gera insegurança e temor aos profissionais envolvidos:

“Na unidade a gente sabe quem investe e quem não investe [...]E hoje tu vêes quem vai ficar no atendimento, *peazão* [pronto atendimento] e quem vai fazer um trabalho mais para a população, quem vai fazer grupo. A gente sempre consegue captar isso. Acho que está um pouco no *feeling* da coisa. E a gente tem, na verdade, muito pouco desses profissionais. Por isso que a gente acaba trabalhando menos isso. Hoje a formação maior, a universidade, coloca muito mais na rua outro tipo de discussão, que é muito mais fácil de fazer... Entrar pra dentro de um consultório e ficar fazendo consulta, (pra mim, que faço bem menos hoje) é a coisa mais fácil do mundo. Eu acho que fazer cirurgia hoje é tranquilo, eu se fosse ser cirurgião. Acho que eu ia gostar de tudo que eu faço. Agora eu acho que é mais tranquilo do que pegar uma situação que eu não domino, que a minha governabilidade sobre aquela situação ali é baixa. Posso até ter capacidade, mas a minha governabilidade é baixa e não consigo mais resolver” (Coordenador Administrativo do serviço).

As auxiliares entrevistadas continuaram participando de outros grupos que ocorreram subseqüentemente no serviço. Deste modo relatam diferenças e semelhanças percebidas entre tais atividades. Para elas, a constituição de equipes multiprofissionais, fator de grande importância para o sucesso dos grupos educativos, vem se perdendo:

“Gosto mais do estilo nosso onde participam a Nutrição, Odontologia, Ginecologia, Terapia Ocupacional, então a gente levava mais informação [...] A gente percebe que vai diminuindo (o número de participantes)... (auxiliar N).

“Às vezes [acontece a participação de outros profissionais]. A Nutrição é a única que participa. Os nossos grupos antigos participavam todos os profissionais, tinha uma rotina certinha, onde cada dia era um. O paciente saia sabendo de tudo um pouco sobre a doença dele. Os grupos atuais são diferentes, são grupos de ‘ouvidor’ [para uma boa escuta]. Mais de conversa... Não tem essa participação dos profissionais nessas áreas [...] Eles (os pacientes) vêm uma vez ou outra, depois acabam não participando mais [...] A diferença é clara, porque nós vivenciamos as reuniões naqueles tipos de grupos e nos atuais. Então fica muito claro para mim que o acompanhamento do paciente era o diferencial. O paciente era muito bem acompanhado” (auxiliar T).

“Agora nesse grupo tem essa diferença. A gente tem menos profissionais de outras áreas participando, porque no outro grupo a gente participava com outros profissionais, da Medicina, Nutrição, tinham outros... Só que nesse grupo, por enquanto, a gente só tem a participação da Nutrição e algumas vezes a Psicologia, mas não é sempre [...] Então, acaba sendo a mesma orientação, as orientações do grupo anteriores acabam tendo o mesmo conteúdo” (auxiliar C.).

A auxiliar C. observa que apesar da ausência de uma equipe com maior número e diversidade profissional, a estruturação e os conteúdos dos grupos são semelhantes. Cita porém algumas diferenças relativas ao acompanhamento dos pacientes.

“Ele não é um grupo assim tão diferente, porque esse grupo de agora, a gente faz lá dentro do centro de saúde. A diferença é que a gente agora, você faz agora o teste da diabetes em todos pacientes. E a gente só encaminhava os pacientes para você, hoje a gente encaminha também esses pacientes. Nesse grupo tem pacientes que tem a consulta pelo médico, mas a única coisa que eu acho que tem um pouco de diferente é só essa parte aí. Mas a gente fala da alimentação, dos exercícios, tudo o que a gente falava naquele grupo, a gente fala nesse grupo, também” (auxiliar C.).

N. entende os grupos educativos atuais como “grupos terapêuticos” e revela que a participação dos pacientes tende a diminuir nestes casos:

“Tem muita diferença, porque nós temos toda uma “linha de grupo” que eu acredito. O P., o enfermeiro, tem uma outra conduta, que são os grupos terapêuticos... O pessoal se reúne, fica à vontade pra falar o que quer e nem sempre, (e é uma crítica que eu já falei para ele) a pessoa quer ouvir o problema do outro. Ele quer falar dele, às vezes tem um que fala mais, que domina o grupo, não dá brecha pro outro falar... Eu participei quatro meses desse grupo dele e não achei que caminhasse muito” (auxiliar N).

Como já observado por alguns docentes e alunos, grande parte do sucesso das atividades para a promoção da autonomia da clientela é dependente da estruturação dos grupos com um começo, meio e fim. Isto quer dizer que se estabelecia um calendário organizado, onde a cada dia existia uma programação e metas a serem buscadas pelo grupo desde a sua constituição, com data programada para o seu começo e seu término:

“Hoje nós não temos mais nenhum grupo como aqueles. Eles tinham começo, meio e fim. Estes não. Os grupos agora são assim: conversas, perguntas e respostas, essa é uma diferença” (auxiliar T).

O Coordenador do serviço credita em grande parte o sucesso das atividades ao empenho pessoal das pessoas que se envolviam com os grupos. Justifica isto pelo perfil dos profissionais, envolvimento e capacidade de organizar as ações. Esta opinião foi partilhada por boa parte das pessoas, em todos os grupos entrevistados.

“Eu acho que poucos fizeram grupos que se mantiveram. Os grupos que eu lembro que se mantiveram lá, foram as coisas que você tocou [...] Eu acho que é a questão de quem toca, da motivação de quem faz o grupo, de conseguir alavancar esse grupo, de conseguir fazer com que ele se mantenha, de buscar outras... o envolvimento de outras pessoas para fortalecer isso, a questão de trazer alunos, de buscar a relação com os trabalhadores da unidade. Eu acho que os outros grupos ficavam () muitos acabavam [...] Faltou alguém que se dedicasse mais a eles, que planejasse. E eram grupos menores, grupos fragmentados de seis pessoas, sete pessoas. As pessoas que faziam eram profissionais que faziam assistência então... A demanda é maluca, a gente não consegue dar conta e acaba priorizando outras coisas e valorizando menos esses grupos, até porque a gente não tem, e eu vou falar pela terceira vez, uma avaliação sobre a questão da importância dos grupos ou não sobre o impacto na saúde” (Coordenador Administrativo do serviço).

Sugestões

Para a Auxiliar T., a realização de grupos deveria ter uma frequência maior devido aos benefícios trazidos por eles para a equipe e a comunidade:

“Dentro desses grupos educativos, eu acho que foi “dez”, porque o meu trabalho na vida inteira foi assim e por isso eu não gostaria que isso morresse, pensando na manutenção da qualidade de vida dos usuários. Eu gostaria que isso acontecesse mais, porque algumas das atividades que nós

fazíamos como caminhadas, lazer, passeios, etecetera, acabavam por enriquecer esse plano educativo. Que na verdade é um trabalho educativo muito bom, para nós e para os pacientes. Pudera todo mundo ter a chance de trabalhar e mostrar esse trabalho que é muito rico, muito bom pra gente (profissionais), para os pacientes... e para o trabalho (auxiliar T.).

Além dos relatos sobre a participação pessoal, a auxiliar N. faz uma observação sobre a necessidade da estruturação do serviço para um melhor atendimento:

“Depois que entrou outro coordenador, que tinha outra idéia (visão) acabou aquela loucura do atendimento de colocar todo mundo pra dentro e de mostrar só números, quantidade, quantidade e não qualidade. Hoje eles ainda dão testemunho disso, porque não era pra ser assim. Mas não foi apenas no nosso centro de saúde que aconteceu isso. Mas em todos os centros de saúde começa de forma errada” (auxiliar N.).

N. sugere que se busquem formas de superar as dificuldades para realizar tais tipos de atividades de modo mais eficiente e regular na rede de atenção à saúde:

“Buscar experiência naqueles serviços que já estão funcionando e dando certo. Nos lugares onde o serviço ainda está engatinhando e não sabe como se colocar de pé, buscar em outro serviço que já esteja organizado (e funcionando) as idéias pra estar fazendo também. Se deu certo. Time que se ganha não se mexe. Se deu certo num serviço, poderia dar certo nos outros também. Então o que falta é os centros de saúde se comunicarem. Pode ser que algum outro centro de saúde faça determinado trabalho que a gente não faz aqui. E nós ainda não sabemos, mas já está dando resultado, sendo assim, por que não fazer aqui? Só que nós não temos esse veículo de comunicação” (auxiliar N.).

Essa sugestão é partilhada pela auxiliar T., que complementa:

“Buscar aprender com as experiências dos outros. Onde está caminhando o trabalho [...] (e) dinamizar o trabalho. Eu penso que os outros lugares deviam pensar mais no outro lado, ver essa parte da educação. Porque isso tende a diminuir em muito outras doenças [...] [Porque] o paciente sai dali acompanhado com o médico e os profissionais que vêm. Eles não têm que estar todo dia voltando na unidade, e nem a gente perde eles de vista, nem o vínculo com eles. E isso é um retrato dos grupos que nós fazíamos” (auxiliar T.)

O Coordenador do serviço argumenta sobre sua preocupação com a falta de avaliação regular sobre a eficácia dos grupos. Esta também foi uma preocupação recorrente na fala dos docentes:

“Eu só acho que cada vez tem que se ter esse cuidado para avaliar se a gente está sendo efetivo. Ou não. Quer dizer, se eu estou sendo, se está sendo efetivo, se eu estou sendo eficiente, se está trazendo melhoria para o auto-cuidado das pessoas. E eu acho que os grupos são uma das grandes saídas. Acho que o grupo deve sempre complementar outras ações [...] Eu acho que, a minha crítica na verdade é que, a gente nunca conseguiu avaliar efetivamente o resultado de quem faz o grupo ou de quem está no grupo. Acho que a gente tem sensações de que as pessoas estão mais cuidadas, que elas melhoraram seu padrão de vida. Isso está evidente naquele momento. Mas fora do momento do grupo eu não tenho nenhuma avaliação. Eu acho que uma das grandes deficiências dos grupos que fazem, inclusive hoje... a crítica que eu tenho é que a gente não consegue... ninguém pára para avaliar o grupo, para saber se o grupo está (...) Acho que a gente tem uma avaliação subjetiva, do momento, que está legal, todo mundo gosta, é bom pra todo mundo. Mas pegar, fazer um levantamento do prontuário, pegar cem pessoas que participaram de grupos definidos e tentar fazer uma avaliação para ver se esses grupos tiveram impacto ou não... [...] quer dizer, muitas vezes é bom para a metade, e para trinta por

cento não é bom. A gente, muitas vezes, não tem essa avaliação ou acaba fazendo pouco este tipo de avaliação” (Coordenador Administrativo do serviço).

Para finalizar, o coordenador administrativo do CS Integração coloca uma série de recomendações que dizem respeito aos cuidados, para não haver uma supervalorização dos grupos educativos, em detrimento do atendimento individual, especialmente quando voltadas para dar conta do excesso de demanda:

“Uma coisa que eu acho mais importante e que os grupos não podem reproduzir é a questão das consultas. Eu acho que os grupos que eu faço discussão das doenças, tudo bem, eu faço uma discussão mais geral. Mas, agora, direcionar esse grupo para outras coisas...??? A mulher que vem aqui pra discutir hipertensão não quer discutir hipertensão. Quer discutir a menopausa dela, quer discutir se ela sabe pintar, discutir se ela gosta de fazer outras coisas, se ela gosta de cuidar do neto. Acho que essas coisas... senão a gente fica lá, um vem, fala dos medicamentos, outro vem falar sobre os efeitos da doença, outro vem fazer reabilitação para quem tem essa doença. Eu acho que tem algumas coisas importantes... Tentar sempre enriquecer e trazer outros olhares [...]é importante ir para uma praça fazer Tai-Chi ou alguma outra atividade, fazer um relaxamento, fazer uma caminhada, embora eu ache que isso não substitui as outras práticas de saúde. Elas são complementares. Às vezes, a gente cria confusão, e porque existe uma demanda na minha porta eu jogo todo mundo para caminhada, todo mundo pra fazer costura, fazer bordado. Eu acho que existem algumas confusões que a gente tem que tomar cuidado. Tenho algumas críticas a esta gestão, pois em alguns momentos as pessoas são colocadas para fazer algumas atividades e acho que até acontece porque não se consegue consulta médica, ou atendimento de enfermagem, ou fisioterapia ou nutrição e acabam falando para as pessoas que elas têm que caminhar pra perder peso... *“O senhor tem que fazer relaxamento pra melhorar a sua postura”* sem ter feito muitas vezes algum

diagnóstico, alguma avaliação, e que se constate que esta seja mesmo a indicação. Acho que existem confusões e que a gente tem que ter cuidado até para não queimar essas práticas que são complementares, que são importantes, que têm que fazer parte do dia-a-dia. Mas acho que com algum cuidado... E eu acho que isso vale para qualquer grupo. Às vezes tem um paciente que tem um quadro clínico mais grave e ele não tem que estar no grupo. Ou pode até estar no grupo, mas tem que ter um cuidado “vip”, diferente, tem que ter um seguimento individual todo dia. Pode fazer grupo durante a semana, mas o que não se pode fazer é falar: *“Você não precisa mais passar em consulta, mas o senhor vai pro grupo”*. Então eu acho que alguns cuidados a gente tem que ter, pra não cometer algumas falhas nesse processo. Mas as deficiências eram de certo modo estruturais. Eu estava lá no Integração e tinha um grupo que também se reunia lá, numa salinha pequena. Tinham umas dez, quinze pessoas ali. Mas será que isso é bom? Ou será que não era melhor ir lá pra praça do que ter um espaço, ter que ficar no lugar, com calor... é ruim. Por que tem que fazer grupos naquele horário ali? Eu acho que não dá. Tem limite: *“Hoje não vai ter grupo porque não tem espaço adequado”*, até criar um espaço. Então essa coisa, muitas vezes, de ter que ir lá: porque o grupo está marcado para as onze, tem que ter grupo... Não é ficarem enterradas numa sala quinze pessoas, com um funcionário, conversando porque tem que manter o horário do grupo... Eu acho que algumas coisas são até questão de processo, que a gente tem que avaliar” (Coordenador Administrativo do serviço).

Na crítica do Coordenador do serviço aparecem suas preocupações com a utilização inadequada do grupo para outros fins, tais como a repressão da demanda e como solução “quebra-galho” para “deficiências estruturais” do sistema. Estas preocupações são bastante pertinentes, como ele nos adverte “a gente tem que ter cuidado até para não queimar essas práticas que são complementares e que são importantes.”

6.3.3- Entrevistas com os docentes

A primeira lembrança dos docentes

Quando interrogados a respeito de suas primeiras recordações ligadas às atividades educativas desenvolvidas no CS Integração, o conjunto de docentes mais freqüentemente se referiu à contribuição destas atividades para a formação acadêmica. Isto é bastante coerente, visto tratar-se de estágios realizados em serviços de atenção primária, preocupados em ampliar a percepção do aluno para o caráter coletivo e social dos problemas de saúde, em oposição ao modelo tradicional, centrado no atendimento individualizado.

“A primeira discussão que me vem à mente é [...] acerca do nosso papel que não é de especialista apenas, [...] para se poder pensar em doenças crônicas sob visões diferentes, de lugares diversos, pra conversar sobre isso” (docente de Psicologia).

“Grupos educativos... fazem-me pensar em grupos de pessoas em geral adultos e/ou idosos, reunidos em círculo para tratar de alguma temática, que diz respeito a sua condição de saúde/doença com propósito de promover o autocuidado, de compartilhar saberes, para proporcionar uma melhor qualidade de vida” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

“A importância para [a formação dos] acadêmicos” (docente de Farmácia).

“O aluno [...] de não só de estar só medicalizando, não só sabendo que existia só um medicamento pra determinada doença. Participar de uma coisa maior que era a própria questão da comunidade mesmo, que é como a doença sai de lá e como esse indivíduo acaba se melhorando tendo uma participação mais coletiva e não só em nível de consultório [...] O médico tem que saber o que ele tem que receitar ao paciente, agora, hoje a gente sabe que essa doença não faz parte só de um domínio medicamentoso” (Coordenador da Medicina).

“Em geral o trabalho da T.O. tem uma característica de trabalho clínico, que então requer uma supervisão dos atendimentos individuais que foram feitos, ou grupais, e esta era uma experiência que contava” (docente de TO).

Isto remete à atuação dos alunos e seu papel junto a equipes multiprofissionais, na construção de uma prática efetiva e de respeito interprofissional:

“A primeira coisa que eu lembro dos grupos que meus alunos faziam é a velha história dos alunos quererem saber quais eram os seus papéis de psicólogos naquela equipe e qual o era o seu, já que você é médico, tinha a nutricionista, a terapeuta ocupacional...” (docente da Psicologia).

“[Os alunos] percebiam diferenças da contribuição e do envolvimento das diferentes áreas. E o aluno da T.O. sempre se sentiu muito à vontade no desenvolvimento do trabalho. [...] a experiência nessa modalidade de trabalho proporcionou segurança e crescimento profissional” (docente de TO).

“E conhecer também o que o outro profissional faz, que naquela época (eu não sei como que está hoje) mas o aluno de Medicina não sabia o que a T.O. fazia e o que a Nutrição fazia, e o programa acabava contribuindo nisso. O médico tem que saber o que ele tem que receitar ao paciente. Hoje a gente sabe que essa doença não faz parte só de um domínio medicamentoso [...] não se trabalhava só com o indivíduo centralizado numa questão médica” (Coordenador da Medicina).

E a difícil construção de uma prática interdisciplinar que vise à reintegração do ser humano em suas múltiplas necessidades:

“A primeira lembrança que me vem [...] [é a] gente conseguir reunir os alunos, o docente que coordenava, no caso você, e alguns docentes. Claro que não dava pra gente sentar todos no mesmo horário, mas eu cheguei participar pra gente

planejar, isso me faz lembrar a gente sentando e planejando. Você propunha alguns encontros, esses encontros já tinham algo definido porque era discutido com eles, então era uma prática que eu não estava habituada a viver. Então essa coisa da gente, junto, discutir é a memória que me vem. Discutindo com os alunos e com os docentes, eu lembro que você fazia um esforço para juntar a gente para fazer uma discussão. No momento que se estava planejando, junto com o grupo de pacientes, também. Então, a gente se sentia responsabilizado por aquele grupo porque a gente tinha de sentar e planejar. Então isso foi uma coisa que eu achei legal a gente construir, porque é difícil conseguir juntar aluno de outros cursos na unidade. É muito difícil porque depende de horário do docente e são muitas variáveis que dificultam isso” (docente da Nutrição).

“A questão da multidisciplinariedade, do trocar conhecimento com outros colegas profissionais para então para se poder pensar em doenças crônicas sob visões diferentes, de lugares diversos pra conversar sobre isso” (docente da Psicologia).

“Anteriormente à minha supervisão, havia uma discussão com o grupo de alunos. [...] Então eles já vinham com a coisa preparada e eu notava realmente assim, que eles vinham até mim muito mais pela gratificação do que pelas dúvidas que tinham, e falavam que estava sendo bom para eles, este momento de trocas, de envolvimento entre as áreas, mesmo o envolvimento com os usuários. As alunas de T. O trabalhavam com muito envolvimento e autonomia” (docente de TO).

Referiram-se à importância do impacto de tais ações junto à comunidade:

“Alguns grupos teriam benefícios se houvesse uma participação maior da população. Se pega aí a saúde do trabalhador, ou a pessoa que a partir de certa idade começa a apresentar hipertensão... A partir do momento em que ela tem uma concepção daquilo que pode fazer para prevenir, qual

estilo de vida que pode ter, certamente ele está fazendo uma “poupança de saúde”, está evitando que tenha problemas futuros” (docente da Fisioterapia).

“Eu lembro que eles [os alunos] trabalhavam com a pirâmide e levavam alguns alimentos, e eles [os pacientes] foram divididos em grupos e compunham um cardápio, um almoço e um jantar, depois deles terem discutido a questão dos alimentos, a importância desse controle pros diabéticos e hipertensos. E eles perguntavam, tinham interesse. A gente via que era um grupo constante: não era um grupo que você ia um dia, tinha 3, no outro 4, no outro 8...Eles se motivavam” (docente da Nutrição).

“Grupos educativos... fazem-me pensar em grupos de pessoas em geral adultos e/ou idosos, reunidos em círculo para tratar de alguma temática, que diz respeito a sua condição de saúde/doença, com propósito de promover o auto-cuidado, de compartilhar saberes, para proporcionar uma melhor qualidade de vida” (Coordenadora acadêmica).

“A importância para a comunidade [...]” (docente da Farmácia).

“Aquilo como um grande fator para as pessoas que se servem do serviço” (docente da Psicologia).

“[Os alunos] falavam que estava sendo bom para eles, este momento de trocas, [...] o envolvimento com os usuários” (docente da TO).

“O aluno [...] participar de uma coisa maior que era a própria questão da comunidade mesmo, que é como a doença sai de lá e como esse indivíduo acaba se melhorando tendo uma participação mais coletiva e não só em nível de consultório. Eu acho que essa era a grande *amostragem* que se tinha pro indivíduo. E mostrar também qual o grau de interesse que as pessoas têm ao próprio sentido: *“estou sentindo determinada coisa, então quero saber o que tem e [se] isso vai dar certo ou*

não”. Aí eu acho que o programa entra nesse sentido. [...] se eu quiser ter um domínio da qualidade de vida desse indivíduo eu vou ter de chegar pra ele e fazer assim: “*o que você quer saber sobre a questão da saúde, o que te incomoda na saúde?*” Ele tem que saber o que incomoda nesse meio pra que ele te dê subsídios pra que você possa fazer um trabalho. Esse trabalho vai ser o trabalho de grupo” (coordenador da Medicina).

O docente da Fisioterapia trouxe como primeira recordação a dificuldade de seu curso em estar participando mais regularmente deste tipo de práticas de trabalho:

“A Fisioterapia não é tão tradicional e integrante... Não tem grande atuação [em atividades educativas]” (docente de Fisioterapia).

Alegou ter falta de tempo para não estar participando mais assiduamente. Como a Fisioterapia é um tipo de trabalho que não é oferecido regularmente em serviços de atenção básica de saúde, este curso fica com quase toda sua carga horária no serviço comprometida com a questão do atendimento à demanda por assistência fisioterápica:

“Em alguns grupos, as pessoas trabalham e acabam não tendo muito tempo para estar participando” (docente de Fisioterapia).

Embora defenda a importância e a eficácia do trabalho preventivo e educativo:

[Se houvesse um] “trabalho mais efetivo na área preventiva e educativa, nós certamente teríamos um número menor de pacientes e com seqüelas... Isso é efetivo na área. O trabalho em grupo gera benefícios porque é mais motivante, a sociabilidade é maior...” (docente de Fisioterapia).

E propunha ações:

“A gente poderia estar apontando algumas atividades em nível de educação e saúde e promoção de saúde... Alguns grupos teriam benefícios se houvesse uma participação maior da população. Se pega aí a saúde do trabalhador, ou a pessoa que a partir de certa idade começa a apresentar hipertensão... A partir do momento em que ela tem uma concepção daquilo que pode fazer para prevenir, qual estilo de vida que pode ter, certamente ele está fazendo uma “poupança de saúde”, está evitando que tenha problemas futuros” (docente de Fisioterapia).

Assim como os outros grupos de entrevistados, os docentes também referiram sentimentos ligados a agradabilidade e a satisfação em suas primeiras recordações relativas aos grupos educativos:

“Lembro-me que foi um período muito agradável. [...] [Os alunos] vinham até mim muito mais pela gratificação do que pelas dúvidas que tinham, e falavam que estava sendo bom para eles, este momento de trocas, de envolvimento entre as áreas, mesmo o envolvimento com os usuários; percebiam diferenças da contribuição e do envolvimento das diferentes áreas. E o aluno da T.O. sempre se sentiu muito à vontade no desenvolvimento do trabalho” (docente TO).

“quanto ao trabalho em grupo, posso dizer que tem sido bastante gratificante. [...] O trabalho em grupo gera benefícios porque é mais motivante, a sociabilidade é maior...” (docente de Fisioterapia).

Assim como também foi referido pelos funcionários do serviço, a docente de Nutrição julgou de grande importância o fato dessas atividades se darem fora do CS, em espaços da comunidade. Isto lhe pareceu favorável como um espaço de trocas mais propício, mais saudável e acolhedor, apesar do imprevisto:

“A gente tinha tendência, quando começou com eles, de estar trabalhando aquela coisa de ser fora, num lugar que não tinha grandes condições. Era agradável ao ar livre, saía daquele ambiente meio doença e íamos para outro espaço. Nós nunca fizemos grupos dentro do centro de saúde, era tudo lá, naquele espaço da prefeitura. Aquilo também era uma coisa legal pra gente conversar, sala de aula num outro espaço; nós fizemos na creche e no clube, não foi? É, houve vários espaços ao longo dos períodos” (docente da Nutrição).

Finalidades das Atividades

Objetivos Percebidos e os Resultados Alcançados

A Coordenadora Pedagógica do serviço entendia que os grupos educativos tinham finalidades tanto para a formação em recursos humanos, em especial os acadêmicos no serviço, como também para a Promoção à Saúde da clientela usuária do serviço. Para isto via que estes grupos educativos tinham como objetivos:

“Os grupos educativos têm um duplo papel a cumprir [...] Em relação à clientela, aos usuários do serviço de saúde e mesmo à comunidade, o trabalho educativo buscava instrumentalizar as pessoas para resolverem os seus problemas, conferindo a elas autonomia e a responsabilização pelos cuidados com a saúde [...] A gente cumpria um papel social que era de compartilhar o conhecimento que o profissional de saúde tem com a população, socializar esses conhecimentos. E o outro compromisso, outro objetivo era promover o indivíduo enquanto cidadão...” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

Entre os vários objetivos daquelas atividades, a docente de Psicologia se refere à importância de propiciar aos usuários uma relação dialética de aprendizado:

“Do ponto de vista do usuário é reconhecer as expectativas e conhecimentos do paciente para promover discussões [...] Trocar conhecimento técnico-científico com o conhecimento dos indivíduos que entendem o seu corpo, sua vida e aquilo que ocorre em torno deles mesmos” (docente de Psicologia).

Contribuir no preparo dos alunos para o trabalho em grupo e para um pensar em saúde coletiva:

“A participação dos alunos no aprendizado do trabalho em equipe, pois ocorriam várias coisas importantes sobre o ponto de vista do lugar de cada um, como também das dificuldades sobre o papel de cada um, que horas que entrava, mas acho que é um aprendizado, é rico, importante, fundamental de se pensar em saúde coletiva” (docente de Psicologia).

Para a professora de Farmácia, as atividades se justificavam pelos objetivos voltados à formação acadêmica:

“(O) contato com saúde pública; desenvolvimento de educação em saúde; vivência de equipe multiprofissional” (docente de Farmácia).

Uma questão bastante ressaltada pelos docentes foi busca de uma prática interdisciplinar que motivasse o envolvimento dos alunos com outros cursos e no atendimento às necessidades da clientela. Estes docentes referiram a necessidade de constituição de uma nova visão de aprendizagem, propiciada pela prática interdisciplinar:

“Acho que atingiu vivência com outras profissões, através de raciocínio com outras disciplinas, começar pensar que a razão não é só nossa, que o jeito de ver não é só o da gente, e que com os outros a gente tem que ter uma visão de respeito igual, aproveitar, ensinar e aprender, a gente tem que ter uma troca” (docente de Psicologia).

“Por um lado seu desenvolvimento buscava proporcionar aos alunos de todos os cursos/faculdades inseridos nos Serviços (UBS) a vivência de um trabalho em equipe

multiprofissional/interdisciplinar e o exercício do papel educador dos profissionais de saúde” (Coordenadora Pedagógica).

e entendem que estas práticas participativas podem ser estratégicas no estabelecimento de um projeto comum para a saúde coletiva:

“Eu, por exemplo, acredito no trabalho da saúde coletiva, na multidisciplinariedade, na questão do grupo, não o poder individual sobre o paciente, mas na contatualidade [...] É ali, na prática, que a pessoa está vendo, pra se discutir, estar se desafiando [...] A grande novidade de trabalhar numa equipe é que você não tem uma centralidade de área. É o paciente, é o que está ali. É um espaço de troca, onde cada um sabe mesmo mais do que outro, alguma coisa, mas ou eles trocam esse saber para dar efeito, ou não. E isso é corporação” (docente de Psicologia).

Para a professora de Nutrição um dos grandes objetivos da saúde pública é a busca de experiências coletivas que possibilitem um ambiente de aprendizado mútuo, que ajam no incremento da autonomia e da qualidade de vida das pessoas.

“Em relação ao paciente, essa coisa de reunir pessoas com os mesmos problemas para discutir juntas, aprender juntas... Eu acho que isso é o grande objetivo da saúde pública. E a questão da busca da autonomia: esses pacientes todos acabam vivendo aquela coisa *“todo mês vai lá, aí eu tô com pressão alta”*, aí faz um teste, aí você explica... E um profissional sozinho, com doentes com patologias que são tão complexas, é muito difícil um profissional sozinho dar conta de tudo isso. Eu acho que o profissional, seja ele médico ou enfermeiro, não consegue de jeito nenhum. A coisa do projeto terapêutico, envolvendo profissionais, sinceramente, não dá para trabalhar isoladamente (docente de Nutrição).

Ela observa que para melhorar a eficácia de suas ações, os vários profissionais têm de criar espaços interdisciplinares. Para isto se fazem necessários projetos terapêuticos mais amplos, que possibilitem enfrentar

problemas de natureza complexa que, isoladamente, não têm capacidade de solucionar. Ela acrescenta:

“Eu já vinha percebendo, e a cada momento que se faz uma abordagem na unidade, você vai sacando isso. Essa coisa da gente tentar buscar autonomia pro paciente, tirar da unidade, isso não tem resolvido, não tem sido eficaz pro tratamento. E essa busca que a gente tem, eu acho que eu já tenho um tempo de casa pra dizer o seguinte; com toda tranquilidade: que essa busca da gente estar procurando um projeto terapêutico (e o aluno precisa disso), que não seja só de um profissional, que a autonomia do paciente vai melhorar”
(docente de Nutrição).

Como esta docente teve uma participação mais freqüente *in loco* junto às atividades, ela realizou uma descrição detalhada de várias estratégias utilizadas no desenvolvimento destes grupos educativos. Também descreveu como os alunos se motivavam para essas experiências e no que elas contribuíram profissionalmente para eles:

“Eu achei legal essa sua capacidade de agregar pessoas, chamar pessoas, envolver pessoas [...] você percebe que para o aluno é ganho, porque ele se organiza para aquela coisa, ele fica com o compromisso de ir a todas as palestras, ver os outros, aprender [...] quando consegue organizar todos os grupos juntos, quanto maior o número de grupos, juntos eles conseguem extrair dos outros cursos coisas para a formação deles [...] E o momento que o aluno pode vivenciar essa [experiência], é o momento que ele está no centro de saúde, e os grupos organizados do jeito que você fazia proporcionavam isso [...] eles checavam a dinâmica dos outros cursos e as coisas que os outros falam começam a fazer parte do discurso deles, e é muito interessante isso. Eles fazem todo tempo educação profissional na unidade, eles vão fazendo educação profissional em todos os momentos, mas esse momento é um momento de troca com outros [...] É legal porque ele entende isso, que o universo dele tem que ser mais amplo do que a nutrição, e isso são uma coisa muito boa na formação do

aluno, eu acho fundamental e eles avaliam muito bem. Eu via aquele momento como um momento de troca, mesmo porque isso acontece nas outras unidades, mas não daquela forma organizada; acaba acontecendo a troca em vários momentos da unidade...” (docente de Nutrição).

A docente de Terapia Ocupacional também se recordou das estratégias de intervenção, lúdicas e dinâmicas:

“Acho que os mecanismos que eram utilizados mesmo: as dinâmicas, os momentos lúdicos, a informação sendo passada de forma lúdica, a valorização da opinião deles, a desmistificação de algumas coisas, mostrando *“o risco está aqui, mas a flexibilidade também pode estar”*. Eu acredito que tenha sido isto tudo. A maneira como foi conduzida”. (docente de T.O)

A avaliação da Coordenadora Pedagógica é a de que tais atividades tiveram um bom resultado para o conjunto dos alunos, na construção de um convívio multiprofissional, de uma prática mais holística e melhoria na visão da assistência à saúde.

“Para o aluno foi uma vivência bastante rica conviver com outros profissionais, percebendo a área de conhecimento de cada um deles e o olhar de cada profissional a partir de uma mesma problemática, identificando o papel do profissional de saúde para além dos consultórios, vivenciando o planejamento de um trabalho em equipe e o quanto esse trabalho pode qualificar a assistência à saúde da população” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

O Coordenador do curso de Medicina também observou ganhos para a prática docente:

“Para nós [docentes] que participamos, acho que a gente sempre acaba ganhando com alguma coisa. Não eram só os grupos do outro lado que acabavam ganhando, mas eu acho que nós também ganhamos. Aprendemos muito com isso.

Acho que o profissional acaba aprendendo muito com o grupo, ele acaba precisando e vivenciando situações e que se ele tivesse a nível individual ele acabaria não tendo, com certeza isso (Coordenador do curso de Medicina).

As atividades educativas repercutiram também na própria organização do serviço. Após uma pausa de cerca de dois anos, as atividades educativas têm se reestruturado. Para a docente de T.O., a constituição de grupos educativos tem partido da iniciativa dos próprios trabalhadores do CS:

“Hoje em dia, já foi instituído um... o pessoal da classe dos trabalhadores foi organizando os projetos de caminhada. Então tem o trabalho de Lian Gong, que acontece toda manhã. Então me parece que agora não tem só a oferta do grupo educativo. Parece que foram se estruturando ao longo do tempo outras ofertas. Você acaba tendo mais canais de participação, mais opções para o usuário, e no dia-a-dia você vê que o grupo, naquela comunidade, ou que aquelas experiências contribuíram. Tem outras coisas que contribuíram: campanhas, batendo muito na tecla da reeducação alimentar, atividade física. Então, acho que as pessoas estão incorporando mais e entendendo como fatores que elas vão ter necessariamente que assumir, se quiserem viver mais com qualidade de vida” (docente de T.O).

A docente de Nutrição percebeu um impacto positivo dos grupos para a redução da demanda por atendimentos individuais no serviço. Ressalta, no entanto, que esta percepção é intuitiva:

“Eu vejo que há redução do número de consultas individuais, redução da fila de espera. Você acaba otimizando. Eu não tenho parâmetros para dizer se houve diminuição no número de medicamentos utilizados. Isto eu sinto falta, para complementação da experiência. Eu tenho esta intuição, de melhora na operacionalização e redução de demanda” (docente de T.O).

A docente de Farmácia relata que contribuíram para uma melhor adequação das finalidades do estágio em uma unidade básica de saúde.

“A proximidade com os pacientes permite uma melhor adequação das atividades e discussões a serem desenvolvidas [...] no sentido de melhor preparação para a realidade vivenciada” (docente de Farmácia).

Essas atividades educativas também contribuíram para uma melhor compreensão, por parte dos alunos, do perfil da demanda atendida:

“Vivência em saúde pública e [...] determinação das reais necessidades e perfil das patologias e pacientes atendidos” (docente de Farmácia).

Para a docente de T.O., a participação dos estudantes possibilitou uma compreensão maior sobre os pacientes, seus aspectos de vida e condições de saúde. Ela destaca que este tipo de experiência era bem avaliado pelos acadêmicos participantes.

“Acho que não havia, com relação aos alunos da T.O. uma resistência ao modelo; acho que trabalhar em grupo é uma coisa que dentro da formação de T.O. sempre isto é muito... A gente tem disciplinas específicas para isto. Isto é muito valorizado, isto é muito reconhecido [...] Enquanto outras áreas viam isto com certa resistência, não compreendendo a finalidade deste investimento, o aluno da T.O. recebia isto muito bem e via isto como uma oportunidade mais rica de adentrar no universo do paciente, do usuário do serviço, de conhecer um pouco mais a história de vida, da dinâmica da casa, até de compreender melhor o fato de estar precisando de se cuidar ou resistindo ao se cuidar. Então eu acho que neste sentido tinha esta diferença, e eles viam isto como uma oportunidade. [...] E mesmo quando havia uma situação de faltosos, de resistentes, isto ser colocado com uma estratégia para ir lá, estar mais perto, olhando fatores de motivação, ou o fator que justificasse essa falta e que muitas vezes trazia o

usuário de volta ao grupo. Então isto eles sempre colocavam como estratégias importantes e necessárias” (docente de T.O.).

Essa oportunidade, segundo ela, refletiu num desenvolvimento profissional e numa maior valorização de sua área profissional dentro do serviço:

“Eu ficava numa situação de perceber que o aluno ia e se desenvolvia, crescia. Eu acho que foi uma época em que a questão do reconhecimento e da contribuição da T.O. em relação a estes espaços foi maior. Foi muito grande e isto era uma discussão, pois os alunos se sentiam valorizados; valorizavam mais a profissão, valorizavam aquilo que eles acreditavam. E isto era um retorno, de ter um espaço em que você prioriza para que o aluno possa participar, e ele volta satisfeito. Então, há a satisfação por uma escolha acertada. Neste sentido do reconhecimento profissional, foi muito bom” (docente de T.O.).

Para a docente de Psicologia, as avaliações dos alunos foram positivas. O fato da participação do acadêmico de Psicologia tratar-se de uma escolha livre e pessoal provavelmente já predispunha a uma avaliação positiva. As queixas se deviam mais ao contato, que eles gostariam que fosse por um período mais longo:

“Na Psicologia quem vai fazer grupo educativo (é uma escolha pessoal) então ela já tem uma disposição diferente, do que quando ela é obrigada [...] Por isso as avaliações dos alunos sempre foram positivas, mas eles se queixam desse contato muito breve [...] Tanto é que eu tenho bastante alunos que passaram por esses grupos, e que hoje estão na rede pública, não só de Campinas, mas vários outros e que fazem coisas”... (docente de Psicologia)

Um fato notório destacado por tal docente é de que alguns de seus alunos que passaram por tais experiências se sentiram influenciados e motivados ao trabalho em Saúde Pública. Outro fato curioso que este pesquisador teve oportunidade de observar, ao longo de sua pesquisa, foi encontrar um número

razoável de monografias e trabalhos de conclusão de estágio produzidos a partir dessas atividades educativas no CS Integração.

Para o docente de Fisioterapia, a atividade gera uma reação surpresa, devido à importância que o aluno descobre através do trabalho integrado:

“Eles também acham que de uma maneira geral é positivo o trabalho. É um trabalho em que se percebe o resultado [...] Muitas vezes eles até se surpreendem, porque é uma atividade que o fisioterapeuta não está acostumado a desenvolver e vêem um outro lado que a atividade do fisioterapeuta pode gerar, ele descobre que pode ser importante nesse setor. A partir do momento em que ele sente a sua posição de importância em relação ao grupo, dos valores com a equipe que se desenvolve, que é a questão grupal” (docente de Fisioterapia).

Em sua percepção, a professora de T.O. avaliou que houve uma melhoria constante nas condições de vida dos pacientes acompanhados nos grupos:

“Acho que isto foi constante [a incorporação de novos hábitos pelos pacientes]. Eu estava pensando agora o quanto dentro dos objetivos, à questão do próprio cuidado, mudança de hábito alimentar, de introdução de atividade física... O próprio aluno teve que mudar esta própria tendência da aula, de “dar aula”, para estar mais próximo, de saber ouvir para depois responder, de fazer perguntas também, valorizando o que o usuário tinha para trazer” (docente de T.O.).

Os grupos educativos eram organizados de uma maneira dialógica de aprendizado buscando a reflexão e a participação das pessoas. Os temas de interesse eram discutidos através de dinâmicas ou mesmo “bate-papo”, entre os pacientes, profissionais e estudantes. Isso de certa forma facilitou a incorporação e reprodução do que era aprendido, em busca de qualidade de vida. Sobre essa questão, os professores dos cursos envolvidos comentaram as reações, por parte dos pacientes, que puderam observar durante tais vivências:

“As pessoas ficam diferentes, ficam com outro humor, com outro estado. E aí, na medida em que elas se colocam, se sentem melhores. Elas buscam também trabalhar melhor. Parece que é do humano esta necessidade de atenção e de reconhecimento. Então, dentro de uma condição assim, “também vamos ser reconhecidos pelo tipo de trabalho, empenho, pela dedicação que a gente vai fazer”. O outro também vai observar isto e acho que este clima é legal, e acho que isto também é bom para o usuário. Acho que isto é sempre muito rico. Claro que isto dentro de uma condição de se aproveitar as melhores possibilidades” (docente de T.O.).

O aspecto de inclusão é destacado novamente por ela. Ao relembrar as informações trazidas pelos alunos, notou a constituição de um sentimento de pertencimento destas pessoas aos grupos. Esta fala vem ao encontro do relatado pelos outros grupos de entrevistados, em especial os próprios pacientes:

“Parece que havia um sentimento muito forte de pertencimento. Eles tinham aquele sentimento de ter ganhado uma identidade, de continuar pertencendo, apesar de isto acontecer à custa da doença [...] Pelas informações que os alunos traziam, a pessoa chegava ao grupo naquela condição de doente, de vítima e depois, com o decorrer do tratamento, havia a possibilidade do prazer mais presente, mas com responsabilidade. Isto dava para sentir. Elas traziam, às vezes, relatos: “*Puxa*”. *Você viu fulano como chegou e como ele tem se mostrado agora?*” Era uma redescoberta do prazer. Sendo que se este possivelmente tivesse ficado dentro de um espaço com um enfoque mais tradicional, isto não teria acontecido... Porque ali isto era muito reforçado. Isto era visto no próprio clima do grupo, na mudança das pessoas. Eu acredito que estas mudanças seriam menores se estas pessoas fossem submetidas somente às consultas dentro do consultório (docente de T.O.).

O professor de Fisioterapia avaliou o trabalho como favorável para a demanda, na medida em que os grupos permitiam uma prática comunitária e social:

“Muitos pacientes se beneficiaram disso... Demonstraram a sua independência, porque a atividade física, de uma maneira geral, ou a pessoa gosta bastante quando tem o hábito de fazer, ou então quando você vai fazer um trabalho individualizado, é muito cansativo, desmotivante às vezes... Já quando isso é feito em grupo existe uma aceitação maior, porque nós trabalhamos não apenas a questão física, mas a questão de relacionamento psico-pessoal, de sociabilidade, que motiva o paciente a participar do grupo, no sentido de haver um envolvimento maior, em virtude de a atividade ser mais prazerosa quando realizada com um número maior de pessoas [...] Existem pessoas que participavam dos grupos e que incorporaram o hábito e sentem necessidade disso [...] Eu acho que esse modelo de trabalho em equipe, e em grupos, tem um efeito benéfico muito grande, muito positivo para a população. É pena que isso não seja praticado em toda extensão. Não são em todos os lugares que existem (esse projeto). Então se perde muito com isso...” (docente de Fisioterapia).

Dificuldades e Resistências

As atividades educativas no centro de saúde envolviam um grande número de pessoas (estudantes, docentes, profissionais do serviço). Quando questionados a respeito das dificuldades observadas, os docentes relataram vários aspectos que geravam resistências ao desenvolvimento deste tipo de atividades. A docente de Terapia Ocupacional destacou a questão do espaço físico:

“Começou pela dificuldade de espaço, e eu sei que você tinha esta dificuldade também e tentava administrar [...] O espaço é pequeno, infelizmente, mas é um espaço bastante disputado. Então eu vejo que houve, ao longo da história, uma

incorporação institucional de que a atividade grupal é importante... grupal e de caráter educativo. Só que ainda é insuficiente. Não se avançou tanto quanto poderia” (docente de T.O.).

A Coordenadora Acadêmica relata os preconceitos sofridos pelas pessoas que se dedicavam a tais atividades grupais:

“Quando eu assumi a coordenação acadêmica existia até no serviço um preconceito, até uma restrição aos funcionários (as auxiliares) que tinham uma atividade voltada para a prática educativa. Era como se a pessoa estivesse empregando mal o próprio tempo de trabalho. Eu me lembro que foi investido um tempo de discussão, de conversa, no sentido de romper com essa idéia” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

Uma vez que parte das atividades exigia a realização de visitas domiciliares, no momento de convocação da clientela para participação nos grupos se fazia necessário o deslocamento desde o serviço até o domicílio dos pacientes. Isto gerava preocupações devido à violência urbana, cada vez mais acentuada no município:

“Existe um ponto que é a questão da violência. Então, andar pelo bairro, fazer a visita. Circular muito. Há períodos em que a questão da violência fica mais acentuada, fica mais aguda e a gente tenta, inclusive o tempo todo, rebater isto, mostrando que a violência é generalizada e que há necessidade das pessoas enfrentarem isto, mas também de se protegerem. Por este fato, alguns alunos, e isto eu não vejo localizado em áreas, mas em situações da pessoa mesmo, existem pessoas que têm maior tolerabilidade, como uma questão pessoal ou familiar, de como lidam com estas situações do dia-a-dia” (docente de T.O.).

Dificuldades como essas justificam em parte o reconhecimento de alguns lugares como “privilegiados”. Para esta docente, porém, esta sensação de “segurança” que os ambulatorios tradicionais propicia se deve mais a condições estruturais:

“Parece que dentro daqueles locais buscados pelos alunos ainda se mantém, como a pediatria de um hospital, ou um hospital psiquiátrico... Têm alguns locais que refletem a questão do mercado de trabalho [...] Ainda há preconceito em relação à Saúde Pública, ao trabalho no centro de saúde [...] mas eles identificam alguns locais como “privilegiados” para se trabalhar. Existe uma dificuldade, que é das condições estruturais, por exemplo: você atender num ambulatório de T.O., que tem todos os equipamentos, um espaço físico legal... Num primeiro momento, o impacto que se tem é que esse local é muito melhor para se trabalhar, porque você não precisa resolver problema... E depois quando isso se desmistifica, é exatamente no momento da discussão: *“Tal experiência me possibilitou exercer minha profissão de uma maneira diferente, mais criativa...”* Foi exatamente na busca de um espaço para trabalhar, é que se apresentou um desafio [...] A trajetória desse aluno é de muita descoberta [...] Isso não chega a repercutir tanto na escolha, porque ainda o que fica é o “externo”, a aparência do local, ou essa estrutura mais protegida...Isso ainda é muito presente (docente de T.O.).

Para esta docente as futuras profissionais de T.O. não têm apresentado dificuldades em ter um contato mais próximo com os pacientes e na visita aos domicílios destas pessoas.

“Não há resistências e preconceitos numa relação mais próxima (aos pacientes), com visitas, com a compreensão da pessoa numa forma mais integral. Isso, os alunos de TO já têm superado” (docente de T.O.).

O coordenador da Medicina coloca, porém, que isto foi uma queixa relatada por parte dos acadêmicos de seu curso. Ele credita ao perfil sócio-econômico destes acadêmicos, o fato do aluno de Medicina apresentar resistências a visitas domiciliares.

“Eu lembrei agora de uma coisa importante, que era a grande falha que o programa fazia e que dava uma resistência muito grande ao aluno: era você fazer com que ele fosse à casa do

pessoal marcar consulta e fazer a convocação. Isso para o aluno da Medicina era brutal porque você mexia com uma questão que ele [não] estava pagando uma faculdade para fazer esse tipo de trabalho, quando poderia ter um outro profissional para fazer isso. Acho que você pecava na questão de não explicar direito qual era o papel deles nesse aspecto [...] acho até uma questão de pagamento. É a faculdade que se pagava mais, porque eles não reclamavam de ir à casa do paciente, (algumas pessoas reclamavam sim de ir à casa do paciente para atendê-lo lá mas era uma questão de formação individual). E que a gente não tinha esse papel também” (Coordenador Acadêmico de Medicina).

Temos que considerar que, além das questões do medo e da violência já anteriormente abordadas, freqüentemente os pacientes habitam em locais muito pobres e humildes, por vezes em más condições de higiene. Isto pode se constituir em algo incômodo e agressivo, estranho à formação pessoal de parte desses acadêmicos. Cremos porém, que o médico deve vivenciar, precocemente, situações o mais próximas o possível do cotidiano da população à qual vai servir futuramente. Isso vai proporcionar-lhe uma compreensão melhor da problemática destas pessoas e, quiçá, uma maior sensibilização para a redução das iniquidades em nossa sociedade.

A professora de Psicologia faz uma crítica à dependência medicamentosa, e à prática biomédica tradicional, ligadas ao corporativismo do grande capital; estes fatores, segundo ela, estão ligados ao baixo investimento em atividades preventivas mais saudáveis, como as de educação em saúde:

“Por que não faz (atividades educativas interdisciplinares)? O melhor é continuar tomando remédio, a indústria farmacêutica vendendo, o médico prescrevendo o último tipo de medicamento, é assim. Você mesmo não falou que o bom é o desafio, que a gente trabalha em cima dos desafios, porque o que é fácil, é fácil. O grande complicante é esse, esse é um trabalho árduo. É onde a gente está batendo de frente com o poder de corporação e às vezes a corporação está longe da

gente. A indústria farmacêutica é muito grande” (docente de Psicologia).

A docente da Nutrição discorre acerca das resistências dos múltiplos profissionais em saírem de seus núcleos de atuação e em exporem-se ao campo do domínio interdisciplinar. Para ela isto parece estar ligado ao fato de que trabalhar isoladamente oferece uma posição mais cômoda.

“Trabalhar isolado é muito mais fácil do que trabalhar em grupo, eu acho. Agora, quando você assume um discurso pra fora, para outros profissionais e para pacientes, você se compromete mais [...] Eu acho que tem muito mais despreparo do que resistência. Acho que a resistência vem do despreparo. Como a gente não tá preparado, a gente fica com medo, porque a gente se expõe” (docente de Nutrição).

Além das dificuldades do lugar, e das resistências pessoais, havia problemas ligados à academia e estruturação de horários e currículos escolares.

“Veja bem, a gente não pode colocar isso só em condições individuais, porque tem a questão do perfil profissional, a questão institucional, da organização curricular dos cursos. Você tem um curso que fica lá um ano e eu tenho alunos que ficam três dias. Na próxima reunião que tiver não serão os mesmos alunos, serão outros.” (Coordenadora Acadêmica do serviço)

A professora de Farmácia avaliou que percebeu dificuldades ligadas à estrutura dos programas acadêmicos, como relata:

“Dificuldade de traçar o perfil dos pacientes envolvidos e determinar suas reais necessidades e ainda despertar a atenção destes pacientes para manutenção do vínculo. Quanto ao lado pedagógico, dificuldade de adequação aos programas das diferentes faculdades” (docente de Farmácia).

Como já exposto pelos acadêmicos e pelo Coordenador Administrativo do serviço, os docentes também perceberam dificuldades próprias dos médicos em trabalhar em equipes multiprofissionais:

“Eu acho que o profissional que tem mais resistência em trabalhar com grupo é o médico, apesar de eu conhecer vários que têm o maior envolvimento. Mas tem uns que, além de não entender o espírito da coisa, não têm interesse na autonomia, não entende o que é autonomia, o que a gente busca... Então tem aquele modelo da clínica...” (docente de Nutrição).

A Coordenadora Acadêmica do serviço relatou dificuldades relatadas por acadêmicas de Enfermagem quanto à linguagem inadequada dos médicos em alguns grupos. Ela, porém, já aponta que faz parte da obrigação de todos elementos presentes no grupo cooperarem para o aprimoramento da comunicação dentro destes espaços educativos:

“Alguns alunos retornavam desses encontros e me colocavam algumas preocupações, no sentido do quanto a linguagem (a fala) do acadêmico da Medicina conseguiu atingir aquela clientela. Porque usavam uma linguagem tão técnica, de difícil entendimento, às vezes até de distanciamento. Mais voltado para a linguagem, que eu retornava: *“vocês têm que trabalhar isso no momento da avaliação do grupo”*. Se alguém identifica esse tipo de problema, isso tem que ser trabalhado no grupo para se aprimorar, porque muitas vezes o aluno se coloca dessa forma e nem se dá conta disso. Mas você tem a obrigação de apontar essa dificuldade para poder modificar isso” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

Ela também considera que nem todos profissionais têm um perfil adequado para o desenvolvimento desse tipo de ação multidisciplinar e, freqüentemente, carecem de uma formação adequada. Profissionais com um perfil mais autônomo tendem a reproduzir a lógica privada de atendimento individualizado dentro do serviço público. Além disso, o próprio serviço não se organiza para cobrar o planejamento de ações coletivas, ficando muito na vontade pessoal de cada trabalhador de desenvolver este tipo de atividade ou não.

“Eu acho que primeiro a gente tem que reconhecer que não é todo tipo de profissional que tem “identidade” com esse trabalho. Segundo, nem sempre os profissionais estão preparados pra isso. Até as escolas não preparam mesmo, não motivam. Se o profissional não vivenciou isso no processo de formação, ele tem mais dificuldade de se colocar em prática depois de formado. Muitas vezes, embora seja, pode até ser uma diretriz vinda dos programas e tudo mais, isso não é colocado no serviço como um trabalho que tem que ser desenvolvido. Já melhorou, mas a gente ainda vê um profissional que quer chegar ao serviço e colocar a sua lógica da experiência privada, no serviço público. Internamente não existe uma cobrança no bom sentido de se pensar, enquanto projeto de trabalho, enquanto planejamento das gestões de saúde, quais seriam de fato as práticas a serem desenvolvidas e, às vezes, ficam mais voltadas para o trabalho individualizado” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

A professora do Curso de Ciências Farmacêuticas avaliou que a vivência multiprofissional ficava prejudicada por despreparo de alguns alunos e alguns dos professores.

“Só não foi totalmente contemplada a questão da vivência em equipe multiprofissional, visto que os alunos de alguns cursos não estavam totalmente preparados para essas discussões e também alguns docentes envolvidos” (docente de Farmácia).

Já o coordenador do Curso de Medicina relata que os alunos deste curso freqüentemente não conseguiam perceber as conseqüências dessas atividades para sua própria formação acadêmica. Centravam sua visão somente no impacto junto aos usuários:

“Eu acho que tinha de tudo, a maior parte das pessoas [alunos de Medicina] faziam colocações que o grupo servia ao nível de contribuição, principalmente para questão da população. Eles não tinham a visão que eles também estavam ganhando,

eles sempre colocavam no ganho do outro não no deles e aí é uma visão que vem da questão do hospital, da faculdade” (Coordenador Acadêmico de Medicina).

A docente de Psicologia também aponta para limitações ligadas à estruturação curricular e o inadequado entendimento dos núcleos e dos papéis desempenhados por cada profissional envolvido em atividades multidisciplinares:

“... duas dificuldades que eu acho maiores: uma tem a ver com o currículo da Psicologia, outra tem haver com o nosso encontro enquanto profissionais, encontro não geográfico, de encontrar, conversar, trocar idéias, mas assim, encontro enquanto entendimento do que é o papel que seria importante de cada um” (docente de Psicologia).

Porém relata que, em seu curso, atualmente estas questões têm se atenuado, em razão da nova estruturação curricular que favorecerá um tempo maior de contato com pacientes. Observa que para que as coisas andem melhores, dependem muito da boa vontade pessoal de cada docente para superar as eventuais dificuldades.

“O nosso currículo não favorecia em nada. [Agora] ele tem favorecido mais, porque joga mais na prática antes do que o último ano. Mas ainda depende muito do professor” (docente de Psicologia).

Essa preocupação relativa aos currículos escolares é compartilhada também pela fala do docente de Fisioterapia, que enfatizou a necessidade do trabalho preventivo. Ele enxerga como importante que ações nessa área sejam realizadas com maior frequência e com a participação do seu curso, justificando que a questão do horário prejudicou uma participação mais ativa:

“Ele não está muito evoluído neste sentido, conhecedor... Então é muito importante, na faculdade, que ele comece a visualizar um novo modelo, que é o modelo de trabalhar na prevenção, trabalhar na educação, ter a concepção de que ele não é somente um profissional fisioterapeuta, ele é um

profissional da saúde, que tem conhecimento suficiente para estar participando na área de educação e saúde [...] Na verdade não tivemos um trabalho muito grande, foram poucas as vezes em que tiveram participação nos grupos, mais por questão de compatibilidade de horários” (docente de Fisioterapia).

Os coordenadores de curso e do serviço apontaram limitações ligadas à estrutura curricular, à organização do serviço e da própria universidade. Isto levava a dificuldades para o planejamento e para a constituição de um objeto comum a toda a equipe que promovesse as reais necessidades em saúde da população atendida pelo serviço.

“Horários distintos... Uma dificuldade das pessoas se encontrarem, se reunirem porque a gente tinha aí um objeto comum que era a prática de educação e saúde, voltada para a promoção da cidadania”. (Coordenadora Pedagógica do serviço)

“Na época, a gente tinha também um problema importante que era a falta de horário integral. Então a gente sabia que tinha que trabalhar naquele momento. A gente não tinha o tempo integral e acho que isso foi uma grande falha [...] Eu acho que a gente planejava correndo as coisas e aí a gente deixava perder muitas coisas. Eu não lembro bem as coisas que a gente poderia fazer, mas se a gente tivesse tempo para isso, o trabalho seria (até a própria questão dessa falta do medicamento seria melhor trabalhado)... Deixava muito a responsabilidade em cima do coordenador do centro de saúde para resolver determinadas questões que aí influenciavam no nosso seguimento. Também faltava tempo para se sentar e discutir com os docentes das áreas específicas, porque eu acho que talvez se pudesse até fazer, mesmo não tendo subsídio para isso. Eu acho que a gente poderia ter tido maior interação na questão do indivíduo que está na linha de frente do programa e o indivíduo que está na faculdade fazendo as diretrizes. Acho que o papel do coordenador seria essa interface. Eu acho que faltou muito isso e ficou muito na fantasia do papel” (Coordenador Acadêmico de Medicina).

A professora de Terapia Ocupacional aponta a importância que o serviço pode ter para o estímulo nas mudanças do estilo de vida das pessoas. Mas observou dificuldades do serviço na manutenção constante dessas atividades.

“Eu vejo que o centro de saúde e seus profissionais são um referencial muito forte em termos da segurança que eles vão ter, em discutir a saúde, as dúvidas. Então as ofertas que estão “fora” são um estímulo a mais para as pessoas aderirem [...] Mas eu vejo ao mesmo tempo uma dificuldade para o serviço de dar continuidade a isto tudo e manter a renovação dos grupos [...] A sociedade vive muito isolada, então toda experiência que é construída com tanto cuidado, a pessoa tem vontade de reviver tudo aquilo. Mas acho que para o serviço, é muito difícil manter” (docente de T.O.).

Após o encerramento dos grupos educativos em estudo, outros grupos vinham acontecendo no centro de saúde Integração. Estas pessoas analisaram algumas diferenças entre os grupos estudados e os demais. Para a docente de T.O., as diferenças aconteceram na estruturação e estratégias de adesão. Ela relata:

“...começou pela dificuldade de espaço, e eu sei que você tinha esta dificuldade também e tentava administrar. Depois outra dificuldade quanto à periodicidade. Começou semanal, pouca adesão; passou para quinzenal e aí a adesão foi menor ainda e o trabalho foi sendo interrompido. E depois não houve continuidade da docência no segundo semestre [...] Eu sei que as dificuldades que havia na sua época, as estratégias usadas para solucioná-las não eram as mesmas. Então, aquilo que eu falei no primeiro momento, de fazer a convocatória com a visita, de investir um tempo nisto... então estas estratégias não eram utilizadas. Eram utilizados somente os cartazes de divulgação. Era utilizada a chamada destes usuários por estes mecanismos mais tradicionais [...] Na primeira convocatória, se há um trabalho em que, tanto tecnicamente, quanto na receptividade das estratégias de abordagem pode funcionar, dar certo e isto garante a adesão.

Depende também das pessoas que estão no grupo, do quanto elas já estão automotivadas e então este grupo vai ser “redondinho”. Então eu acho que diferencia. Esta era uma diferença que eu distinguia” (docente de T.O.).

A docente de Psicologia se refere à rotatividade e suas conseqüências, nos contatos entre os profissionais presentes no serviço:

“As diferenças são nos contatos com os profissionais e isso dá continuidade à formação no trabalho dos acadêmicos, que por sua vez dá continuidade à formação dos auxiliares. Nessa época havia um corpo mais estável na prefeitura, os médicos também eram antigos, os auxiliares... E agora troca muito, eu não entendo porque, porque o Integração não é uma periferia, assim tão distante, agora é quase centro” (docente de Psicologia).

Os docentes evidenciaram a necessidade de um coordenador participativo e comprometido com o trabalho. A docente de T.O. observa que boa parte do sucesso dos grupos anteriores se devia ao empenho pessoal realizado pelo coordenador das atividades que, muitas vezes em sua opinião (no que discordamos), ultrapassava o limite institucional:

“Você utilizava um tempo muito maior do que o seu tempo de contrato mesmo. Isto varia de profissional para profissional. A sua dedicação ultrapassava as questões institucionais fornecidas. Você tinha um determinado número de horas e cumpria muito além destas horas. Eu percebia que era uma questão quase que existencial para você [...] Isto talvez não tenha acontecido com relação a outras tentativas” (docente de T.O.).

A docente de Psicologia também exalta a importância do coordenador, assim como uma melhor organização para que haja um envolvimento maior dos professores nas atividades. Ela justifica que foi prejudicada pela questão de horários:

“Como psicóloga, acho que um coordenador é bom, mas era importante a relação entre nós, os profissionais e não os acadêmicos só. Porque, hoje em dia, vão meus alunos (da

Psicologia), da Nutrição, todo mundo lá fazer grupo com você, mas você só tem acesso a ele e no fundo eles respondem a nós e não a você que está ali, acaba trazendo certa dificuldade para você. Ou seja, faltava certo respaldo de um coordenador de um grupo multidisciplinar, porque não é só a questão das pessoas, dos usuários. Devia haver um acordo melhor entre nós, uma discussão antes para sabermos como é que íamos fazer, para que essa autoridade fosse absorvida por um, pelo coordenador. Eu acho que você tentou, mas nós já estávamos nas confusões de diminuição de horário... e mesmo os nossos horários, cada um de um jeito” (docente de Psicologia).

Esta professora sugere um perfil adequado para a coordenação de grupos educativos multiprofissionais:

“O perfil do coordenador, eu acho que tem que ser uma pessoa que tenha interesse, que tenha algum conhecimento em formação de grupo (como se faz), porque você vai precisar orientar outros alunos. Porque quando você entra nisso, você não fica como orientador [só] dos alunos de Medicina. Você fica como orientador de um bando de alunos de outros cursos, e isso é um grande trabalho. Você tem de juntar, envolver, tem que ter vontade dos docentes a estimular os alunos a comparecer para fazer um trabalho decente. Então essa pessoa tem que ser uma pessoa muito envolvida, e com muita vontade de fazer isso [...] (Precisa) haver um conhecimento e entendimento mais tranqüilo, acordo entre as profissões, nesse caso que é multiprofissional. A outra coisa: eu não acho nem que é o aspecto do conhecimento de cada doença, porque se você tem multi-enfoques, você vai ter que conhecer diferente. Para o coordenador não é isso que é mais importante, mas vai ser exatamente esse coletivizar os enfoques, o papel de cada um, quando pode solicitar, essas pessoas... Outra coisa eu acho sobre o coordenador para qualquer grupo, é que ele tem que ter uma escuta treinada” (docente de Psicologia).

Para a docente de Nutrição a presença do coordenador é fundamental para a formação de identidade e vínculo, de modo a propiciar a construção de um projeto para o grupo:

“Quando tem um coordenador funciona de forma melhor. Até porque cria vínculo com o grupo. Ter um coordenador é fundamental, ele tem que ter um projeto para cada grupo. E cada grupo tem que ter o seu projeto” (docente de Nutrição).

O docente de Fisioterapia considera que, além de uma formação interprofissional, o coordenador precisa agir como motivador do grupo:

“De maneira geral, tem que ter certa característica voltada para isso, tem que ter um treinamento, certo preparo para criar um grupo. Tem que ter sempre uma pessoa, um responsável... Para tocar isso [...] Além do conhecimento naquilo que ele vai fazer, facilidade de relacionamento interprofissional, humildade profissional de não achar que a sua formação é mais importante que a do outro, ter uma característica motivante, para estimular o grupo a se reunir, porque senão o grupo vai se desintegrando” (docente de Fisioterapia).

Sugestões

Durante as entrevistas, alguns aspectos e implicações foram ressaltados pelos professores entrevistados. Vários desses aspectos se constituem em importantes elementos de avaliação dos trabalhos realizados, assim como também indicam limitações e sugestões para uma prática mais consistente e qualificada nessa área. Na análise da docente de Nutrição dirigida à questão da realização dos grupos educativos, ela observa a necessidade da modificação do trabalho para qualificar tais ações:

“...eu sou muito a favor que a gente mude a forma de trabalhar, e esse tempo todo nós trabalhamos mal. Acho que a gente deveria ter avançado, porque é assim... Eu não tenho competência para fazer um trabalho como o seu porque não

tenho informação, eu leio pouco a respeito... Apesar de trabalhar muito eu tinha que ler mais sobre grupo, eu tinha que me interessar mais, eu tinha que procurar técnicas pra trabalhar. Eu nunca tive isso e eu acho fundamental [...] E passa longe do que a gente imagina de formação de grupo, quais os objetivos, do paciente ter autonomia; tem muita pouca gente com essa formação” (docente de Nutrição).

E reforça a importância de um trabalho mais qualificado, voltado para uma organização e estruturação melhor, investindo na formação dos profissionais. Ela tece algumas críticas a outros grupos educativos que estava habituada a acompanhar, no Integração e nos outros serviços da PUCCAMP, além do excesso de atividades a serem cumpridas:

“E cada grupo tem que ter o seu projeto e a gente não vê acontecer essas coisas. Então nós temos muitos grupos, nós temos tantos grupos que não damos conta, porque são grupos que estão perpetuamente lá; então, a maioria deles não trabalha [os pacientes], já tem algum problema que os impede de trabalhar; então é assim: quarta-feira tem um grupo que só vai voltar na semana que vem, são 10 pessoas. Na outra semana tem outro grupo que estão ligados nas equipes e, na segunda, a mesma coisa. Fora da unidade a gente tem mais um grupo, que é na comunidade e num módulo. A gente tem lá mais um tanto de grupos. Eu sinto que nenhum de nós tem formação, nem tempo de se dedicar ao outro. Então a pessoa, até que coordene todos esses grupos (que eu acho que não tá ficando na função do coordenador)... Ela sabe quantos grupos são, mas como eles se juntam, o que eles discutem, a gente não consegue avaliar. A única coisa que a gente sabe é que estão lá... Eles têm um super interesse, e o entendimento de grupo pros profissionais de saúde eu tenho certeza que tá divergido. Eu não sei se as pessoas que pensam em fazer grupo pensam na autonomia do paciente? Porque tem muita gente que não sabe a filosofia da coisa... Porque tem que trabalhar com um monte de gente. Então vamos fazer grupo pra agilizar! Ter essa visão mais filosófica do que é um grupo.

A gente aprendeu que tem de fazer grupo, mas a gente não aprendeu como faz grupo, é isso” (docente de Nutrição).

Ela também revela uma opinião a respeito da importância de se trabalhar em atendimentos coletivos, e sugere um planejamento mais discutido, além de avaliações para uma evolução desse trabalho:

“Eu acho que todos nós deveríamos estar nos formando para lidar com pacientes em grupo. Tem discurso, discurso e isso na prática não se concretiza, apesar da gente ter os grupos formados na unidade, mas tem que planejar, avaliar sempre, sempre... Enquanto a gente não avaliar, a gente não vai conseguir até propor. Mas eu acho que tinha de discutir mais na unidade, tinha que ter uma pessoa na unidade envolvida com isso, que tenha capacidade de articulação” (docente de Nutrição).

A professora de Terapia Ocupacional aponta o envolvimento crescente da equipe e o desenvolvimento das atividades educativas como parte de um projeto coletivo para o CS Integração:

“Fazia por vontade, de coração. Ia lá, acreditava, passava certo entusiasmo. Acho que passar o entusiasmo, passar a crença em uma experiência, é super- importante. Mas este projeto já nasceu com a proposta de ser assumido por um coletivo: um coletivo de funcionários, um coletivo dentro da comunidade e atualmente eu vejo que isto foi atingido, que a gente chegou lá”. (docente de T.O.).

Apesar das dificuldades, a Coordenadora Pedagógica da unidade também refere que o projeto coletivo do CS Integração tem se qualificado, ao redor deste tipo de investimento em ações interdisciplinares e coletivizantes.

“Eu acho que é uma vivência de muito tempo, uma experiência que o serviço desenvolveu por conta, na verdade, por conta da inserção da PUCC no ponto de inserção dos docentes, o serviço foi se reorganizando em função de uma necessidade que, a princípio, era para a formação dos alunos.

Eu acho que o serviço se qualificou com a presença da PUCC com esse trabalho. Eu acho que hoje é um momento de retomada” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

Ela avalia que a Saúde Coletiva carece de experiências de avaliação nessa área e comenta a importância desse trabalho de dissertação:

“Eu acho ótimo que [haja] teses nesse campo que se juntam experiências com as lutas da experiência e seus desafios. Principalmente [por ser] na área da Saúde Coletiva e você ser um profissional médico. Acho que é bem legal isso [...] E você, fazendo isso, vai passar para essa corporação, onde socialmente é esperada agenda, atendimento, quantidade... Um sentido diferente na qualidade de vida, nesse sentido. E nos currículos não tem isso na Medicina. Precisava ter mais” (docente de Psicologia).

A Coordenadora Pedagógica encerra observando que as reformas curriculares instituídas nos últimos anos não têm gerado os efeitos esperados para uma melhoria na prática do ensino e da assistência. Sugere que se discutam as condições de formação e o perfil profissional desejado pela instituição.

“Falta um reconhecimento da instituição para esse trabalho e até colocar condições mesmo”. Melhorias nas condições de trabalho, a instituição teria que assumir isso. Se a gente fosse avaliar isso hoje, muita coisa se perdeu no serviço, em virtude das condições de trabalho, que pioraram. A gente não avançou nesse aspecto. Os cursos, que eram faculdades, ficaram agrupados em um centro de ciências da vida. Eu acho que a gente teria que pensar como é a formação, que perfil profissional nós queremos, se a questão da prática multiprofissional e interdisciplinar é importante para a formação desses alunos. Os cursos teriam que pensar juntos as experiências para possibilitar essa vivência. Isso hoje quase que acabou, esmoreceu” (Coordenadora Pedagógica do serviço).

7- CONCLUSÕES

A partir de nossa experiência, como médico atuante na rede de atenção básica e na coordenação de grupos educativos, começamos a perceber uma série de resultados notórios, tanto para os usuários do serviço, como também para a qualificação dos recursos humanos envolvidos em tais ações. Com o desenvolvimento desses grupos, paulatinamente observávamos uma evidente melhora no controle clínico e no acolhimento daqueles pacientes portadores de patologias crônicas; na qualificação e no aumento do vínculo destes pacientes para com a equipe do serviço, assim como na prática da docência e assistência.

A um certo momento chegamos à conclusão de que não fazia sentido investir em uma atenção à saúde que não estivesse amparada por um processo educativo interdisciplinar que estimulasse a participação popular e propiciasse a auto-gestão da saúde. Isto se fazia ainda mais evidente porque estávamos atuando em centro de saúde, cuja atribuição, entre outras, é a formação acadêmica de profissionais de várias áreas atuantes na saúde coletiva.

Uma das questões que nos motivaram a realizar este trabalho de pesquisa originou-se de certo paradoxo que nos instigava: por que uma atividade que apresentava resultados tão positivos e surpreendentes para a clientela e trabalhadores, que tinha um discurso tão articulado às ementas curriculares e normas do serviço, por que esta atividade nunca era devidamente valorizada e efetivamente incorporada de modo prioritário às rotinas do serviço? Por que existiam tantas resistências à integração interprofissional e as pessoas não se organizavam para efetivar essa prática? E, por que, quando isso era feito, freqüentemente se reproduzia uma prática fragmentária, no máximo multidisciplinar, ou seja, juntavam-se profissionais de várias áreas de atuação, que seus saberes nucleares, sem constituir uma prática coletiva realmente integrada?

Para respondermos a tais questões, inicialmente buscamos elucidar as características desse serviço-escola, cenário onde estas práticas educativas se concretizavam e como elas vêm se reproduzindo historicamente dentro desse serviço e do sistema de saúde municipal em questão.

Desde seu princípio, em meados da década de setenta, a rede municipal de atenção primária em saúde de Campinas se organizou baseada na promoção à saúde, tendo a educação como um de seus pilares centrais. Em seus primórdios esta rede básica se constituiu de médicos e agentes comunitários com forte comprometimento e identificação com propostas de incremento da consciência sanitária e de participação popular, a partir da liderança do então secretário de saúde municipal, Dr. Sebastião de Moraes. Este médico inspirou um movimento que transformou profundamente a atenção básica em Campinas, implantando uma experiência inovadora e modelar para o Brasil, experiência esta que, entre outras, influenciou os rumos da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim como a rede municipal, os centros de saúde ligados à Universidade Católica são fruto de um projeto pioneiro de profissionais inseridos no Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC Campinas. Este projeto começou em um pequeno ambulatório já existente na Vila Castelo Branco no ano de 1980 e foi inicialmente coordenado por um médico pneumologista, Dr. Miguel Tobar Acosta, antigo professor da FCM Unicamp. Na seqüência, docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública juntaram-se ao projeto. A agregação dos vários outros cursos da PUC Campinas realizou-se gradativamente e a escolha do projeto institucional foi, de certa forma, determinada tanto pela existência desses serviços, como pelos avanços obtidos nas reformulações curriculares de cada curso (Martins, 1995 e Mellin, 1998).

Com o passar dos anos, devido ao aumento da cobertura, incorporação de novos profissionais e a saída de um grande número desses antigos militantes, a atenção básica em saúde no município de Campinas sofreu profundas mudanças em sua identidade, observando-se uma redução no vínculo das equipes e no esvaziamento do papel das auxiliares de saúde (que nos primórdios da rede funcionavam como espécies de agentes comunitários dos dias de hoje).

Isto resultou na diminuição do comprometimento e responsabilização das equipes, o que influenciou diretamente na organização dos serviços, que passaram a apresentar características mais assistenciais e menos educativas,

cada vez mais preocupados em responder às pressões prioritariamente assistenciais da demanda.

Apesar dessas mudanças observamos que esta rede, desde seus primórdios, apresentou um projeto coerente e, apesar de esperadas flutuações e das várias tendências políticas dos governos que se alternaram no poder, a Educação em Saúde sempre esteve presente no discurso de todos os profissionais que por ali transitaram. Contudo, parece-nos de modo bastante claro na fala dos entrevistados que, mesmo presente no discurso, as atividades educativas foram gradativamente se deslocando para uma posição cada vez mais marginal na organização das práticas da atenção básica.

Por outro lado, de acordo ainda com os entrevistados, nos últimos anos, com o desenvolvimento do SUS e de programas como o Paidéia e o Programa de Saúde da Família, tem havido uma reorganização dos serviços em direção às características mais originais da rede, o que se traduz em uma revalorização de práticas mais preventivas e educativas e, conseqüentemente, menos centradas na forma médico-assistencial tradicional.

A Saúde Pública é um objeto de natureza complexa e, portanto, integrante do domínio interdisciplinar. É preciso considerar que, com a superespecialização e a falência do modelo biomédico hegemônico, se faz cada vez mais clara a necessidade de se articularem os vários saberes especializados, de maneira a reintegrar o ser humano em uma percepção mais holística.

Após realizarmos a contextualização histórica da Educação em Saúde na rede municipal de Campinas e no CS Integração, buscamos identificar a percepção dos docentes, alunos e de profissionais do serviço a respeito da interdisciplinaridade e a apreensão da mesma nos trabalhos educativos desenvolvidos nesta unidade básica de saúde, dentro da ótica da Promoção à Saúde.

Do mesmo modo que seus professores, os alunos reconheceram que o trabalho interdisciplinar favoreceu uma melhor observação do paciente como um todo, oferecendo uma atenção mais integral ao indivíduo. Nos depoimentos e relatórios analisados, eles perceberam a prática intersetorial e a interdisciplinaridade, descreveram as atividades citadas como bastante positivas, e valorizaram a aproximação com as outras áreas atuantes no serviço, o que foi muito intenso nos grupos educativos. Também assinalaram o contato aproximado e afetuoso que perceberam por parte dos pacientes nessas atividades.

Estes comentários corroboram o que já tinha sido relatado em outros estudos realizados no CS Integração, de que as ações educativas constituíram-se na principal vivência dos alunos num aprendizado interdisciplinar, dentro do estágio no CS, e provavelmente de toda sua formação acadêmica (Martins, 1996).

Os trabalhadores da rede referiram ganhos importantes para a sua qualificação e reconhecimento profissional e pessoal a partir das experiências vivenciadas nos grupos e, assim como os pacientes, relataram uma melhoria na qualidade da relação destes para com o serviço; no acolhimento e na criação de vínculos de respeito e amizade. Isto tem uma importância considerável no reconhecimento do próprio serviço.

É relevante observar que o sucesso das atividades educativas parece sempre estar intimamente ligado à implicação pessoal dos trabalhadores envolvidos nestas ações. Parece-nos que, antes de tornar-se um projeto coletivo, estas atividades passam por projetos de investimento pessoal. Após um período de cerca de dois anos de recesso, notamos que as atividades educativas no CS Integração vêm se reestruturando com maior ênfase devido, em boa parte, ao esforço pessoal e à dedicação das auxiliares de enfermagem (ainda que também tenhamos observado paralelamente uma certa reordenação na lógica de atendimento do serviço neste período).

Este fato é reforçado pelas falas dos entrevistados, no que se refere ao necessário perfil dos profissionais (o que também se aplica ao coordenador) para trabalharem com Educação em Saúde: escuta atenta, responsabilização,

envolvimento e capacidade de articulação. Isso diz respeito à relação entre a qualidade destas ações e o envolvimento pessoal dos variados profissionais que se dedicam a este tipo de abordagem em saúde.

Enquanto coordenador dos grupos educativos nos parece que a nossa posição de médico e professor de Medicina possa ter atuado como um facilitador para a construção de um caminho de respeito e colaboração interprofissional já que nos encontrávamos em uma posição privilegiada, tanto dentro da equipe de saúde, como em relação aos pacientes usuários. Também cremos que nossa atitude de buscar uma coordenação pouco centralizadora, estimulando uma prática participativa e dialógica, possa ter contribuído, em boa parte, para que a interdisciplinaridade tenha se realizado.

Um ponto comum no depoimento de acadêmicos, docentes e profissionais do serviço é a percepção do médico como um profissional resistente a participar em atividades multiprofissionais. Dentro do senso comum destas pessoas, inclusive dos acadêmicos de Medicina, se observou o médico como uma figura um tanto arrogante e pouco aberta ao diálogo, possivelmente influenciado por um contexto onde a prática da atenção em saúde continua centrada na forma médico-assistencial. Algumas pessoas, no entanto, salientaram que esta dificuldade de integração não é exclusiva dos médicos e que isto poderia ser mais dependente do perfil pessoal do que propriamente do perfil profissional de cada um.

Não obstante, segundo observação da Dra. Haydée de Lima, com longa experiência na coordenação de um serviço de atenção básica de saúde em Campinas, os médicos provenientes da PUC Campinas geralmente se mostram melhor preparados que outros para atuar em equipe e em atividades educativas. Isto sugere que o trabalho realizado na formação destes acadêmicos vem efetuando algum progresso nesse sentido.

Outra resistência freqüentemente observada nos estagiários, não apenas de Medicina, mas também de outros cursos, é o descrédito na Saúde Pública e sua conseqüente desvalorização. Somente após um contato mais

intenso com ações práticas e a percepção de resultados efetivos, tais como aqueles apresentados nos grupos interdisciplinares, é que esses acadêmicos acabavam modificando esta visão preconcebida, no sentido de uma atuação mais respeitosa em relação às outras áreas profissionais e de uma postura até mais humilde em relação à sua própria possibilidade de atuação e de intervenção no processo saúde-doença.

Foi lembrado por alguns docentes, que não vivenciaram uma formação que os capacitasse para a condução de experiências interdisciplinares, este fato inibiu sua atuação. Além disso, temos que observar que esses profissionais são freqüentemente pressionados a reproduzir atendimentos individualizados, em decorrência das condições de trabalho e da falta de profissionais na rede que dêem conta deste tipo de atendimento especializado.

Acreditamos que tal fato, no entanto, não possa ser explicado apenas pela falta de uma atitude interdisciplinar por parte dos professores. É preciso considerar vários outros obstáculos de natureza metodológica, de formação, de modalidade contratual dos professores, da modulação professor-aluno e da própria estrutura curricular dos cursos.

No momento atual a Universidade Católica de Campinas tem enfrentado uma forte e recente concorrência de uma série de novos cursos e universidades que têm se instalado em Campinas e região, o que potencialmente pode gerar perdas significativas de receita. Este fato, entre outros, parece ter motivado a realização de uma reengenharia da universidade, caracterizada por altos investimentos na melhoria da estrutura física (novos prédios, laboratórios, bibliotecas, ambulatórios...), em recursos didático-pedagógicos e na mudança de alguns cursos, como a Odontologia, para junto do campus onde se concentram as Ciências da Saúde, assim como pela redução do número de docentes.

Do período imediatamente subsequente ao analisado neste trabalho até os dias de hoje, paralelamente vem se realizando uma reforma curricular que se caracteriza pela extinção dos antigos departamentos, da elevação do *status* de

vários cursos à categoria de faculdades, agora agrupadas no chamado Centro de Ciências da Vida. Isto gerou uma série de mudanças, entre as quais uma inserção mais precoce dos acadêmicos em estágios na rede básica e um aumento significativo na relação número de alunos/docente.

Apesar da quebra da estrutura departamental e de a inserção mais precoce dos acadêmicos de vários cursos na rede básica pretensamente favorecerem uma visão mais abrangente e integradora do processo saúde-doença, temos que refletir que o aumento significativo da relação número de alunos/professor nas disciplinas práticas, a supressão dos múltiplos fóruns de participação democrática na universidade e a concentração de poder ao nível de diretoria (com conseqüente sobrecarga de trabalho na direção) tendem a afetar a qualidade do ensino prestado. Este tipo de evento não tem sido exclusivo da PUC de Campinas, mas de boa parte do ensino superior em geral, o que nos causa preocupação quanto às suas conseqüências para a formação dos novos profissionais e para a sociedade brasileira em seu conjunto.

Do mesmo modo que já fora observado por outros estudos acerca do serviço em questão, os testemunhos dos docentes apontam uma preocupação, e mesmo um certo entendimento da interdisciplinaridade e da importância dos grupos educativos, o que não tem necessariamente refletido se em suas ações pedagógicas (Martins, 1996; Mellin, 1998). Isto fica evidente na fala do professor de Fisioterapia, que se organizava quase exclusivamente para dar conta das necessidades em assistência, embora atuasse como docente em um estágio que deveria permitir ao aluno um contato com aspectos mais ligados à promoção e à prevenção. Isto fazia com que a maior parte dos estagiários desta disciplina reproduzisse, neste serviço de atenção primária, uma prática ambulatorial tradicional, semelhante à clínica hospitalar. Fato semelhante se verificava com o Curso de Psicologia, que tradicionalmente tinha no centro de saúde um campo de estágio mais centrado nos atendimentos individuais e não obrigatoriamente como um estágio em práticas voltadas à saúde coletiva.

Tomando mais particularmente o período deste estudo, observamos que dois cursos que estavam inicialmente presentes no CS deixaram de apresentar condições mínimas para o acompanhamento de atividades que necessitavam de um envolvimento maior que o exigido apenas para atividades pontuais de assistência.

Os alunos do Curso de Enfermagem, que inicialmente participavam de modo regular dos grupos educativos, passaram a permanecer apenas oito dias no estágio de Saúde Coletiva, inviabilizando sua participação em tais atividades. Em relação ao curso de Fonoaudiologia, problemas ligados à falta de carga horária para supervisão docente, e talvez a falta de um projeto mais consistente para a Saúde Coletiva, decretaram o encerramento do estágio deste curso no CS Integração.

Dentre outras dificuldades apontadas, tanto pelos docentes como pelos funcionários do serviço para a realização de práticas interdisciplinares, figuraram aquelas referentes à inadequação dos espaços físicos disponíveis no serviço ou na comunidade. Acreditamos que o sucesso de tais ações está muito condicionado à existência de locais que propiciem um mínimo de conforto para o desenvolvimento dessas atividades. Conforme o entendimento de alguns profissionais, estes locais não precisam necessariamente situar-se dentro dos serviços, mas preferentemente na própria comunidade.

Uma das limitações freqüentemente referidas pelos docentes e pelo pessoal do serviço para o não-reconhecimento do valor de atividades educativas diz respeito à falta de avaliações sistemáticas e quantificáveis destas ações. No conjunto, as pessoas referiram que tinham a percepção de que, empiricamente, os grupos apresentavam bons resultados na época de sua realização. Observaram, porém, dificuldades para avaliar tais resultados, a longo prazo.

Em relação a isto, achamos pertinente tecer algumas reflexões nos valendo da fala da Dra. Haydée. Ela coloca que os mecanismos usuais de avaliação utilizados em nossa rede são sempre aplicados ao nível individual ou de

processos, e nunca sobre o produto final. Avaliam-se quantas vacinas foram feitas, quantas consultas se cumpriram e até mesmo quantos grupos foram realizados. Segundo ela, não existe uma avaliação regular da eficácia e da qualidade de nenhum procedimento. As avaliações realizadas são sempre pontuais, ou seja, não se fazem avaliações sistemáticas dos resultados coletivos finais.

Com isso, não estamos aqui defendendo uma não-avaliação regular dessas ações, mas sim, um deslocamento do foco de avaliações puramente quantificáveis, de modo que também se visem à eficácia e à qualidade, em substituição aos tradicionais indicadores de eficiência e produtividade, valores estes ainda muito arraigados à cultura capitalista e de consumo. Como proposto pela Nova Promoção à Saúde, busquemos dar vida aos anos e não apenas acrescentar anos à vida.

Em relação ao conjunto dos pacientes, estes descreveram, acima de tudo, a construção de uma relação de valorização e melhor acolhimento por parte da equipe técnica.

Os pacientes também relataram um entendimento melhor da complexidade da organização da rede de serviços. De igual modo, referiram ganhos importantes na percepção de suas patologias e no incremento da autonomia, naquilo que denominamos de “*empowerment*” psicológico. Estes são aspectos importantes buscados pela Promoção à Saúde. Quando produzidas pelos próprios pacientes, estas falas apresentam um grande poder de reforço e legitimação do discurso técnico, além de estimular a autonomia e a criação de um *espírito-de-corpo* neste grupo, importante para a construção de laços comunitários.

O paciente, objeto/sujeito da ação educativa, ao reproduzir e participar ativamente da produção dialógica deste novo saber, que vai ao encontro de desejáveis mudanças no seu estilo de vida, apresenta uma maior tendência a incorporar de modo efetivo e duradouro tais mudanças, propostas e discutidas

junto ao grupo educativo. A construção deste saber estimula a geração de uma relação mais dialógica e horizontalizada, portanto menos técnico-centrada. De um lado, pacientes mais autônomos e “*empoderados*”; de outro, técnicos mais próximos e valorizados.

Este fato contribuiu para um maior envolvimento e satisfação dos profissionais, com conseqüente redução do coeficiente de alienação destes trabalhadores, dada a significação que a população imprimiu a sua atuação. A atuação profissional mostrou-se, portanto, intimamente ligada à atuação técnica e política destes trabalhadores, na busca da promoção à saúde e no incremento da cidadania de sua clientela.

Alguns autores, como Candeias, observam que educadores em saúde tendem a atuar tanto pelo ponto de vista comportamental como também pelo ponto de vista politizante (Candeias, 1997). Ela crê que tentar realizar as duas ações concomitantemente tende a gerar um desperdício e um descrédito, pois normalmente este educador não tem um papel político com suficiente potência para realizar as duas ações ao mesmo tempo. cremos, no entanto, que dentro de ações educativas participativas não seja possível se realizar esta divisão sem cair em um empobrecimento do resultado final.

Em relação à Promoção à Saúde em nível comunitário, apesar do estímulo propiciado pelo grupo, percebeu-se um número relativamente pequeno de pessoas que acusaram uma participação político-comunitária mais intensa. Temos que considerar, porém, que se trata de um grupo de pessoas idosas que já contam com uma série de limitações de natureza física e deambulatória. Temos a hipótese de que estas pessoas com menor capacidade potencial de “*empowerment*” comunitário talvez se beneficiem mais fundamentalmente do “*empowerment*” psicológico, aquele mais ligado às mudanças dos aspectos comportamentais.

Acreditamos que exista uma boa possibilidade dos pacientes participantes do grupo-focal poderem ter se mostrado mais motivados em enaltecer prioritariamente os aspectos pessoais positivos obtidos através do

convívio com os grupos educativos. Supomos que isto poderia se dar como uma espécie de reforço positivo junto ao grupo e à equipe técnica. Boa parte dos pacientes, porém, narrou dificuldades na incorporação de certos aspectos (sobretudo aqueles ligados a fatores emocionais, à prática desportiva regular, à participação comunitária,...).

Não obstante estes fatores, parece nos que o grupo-focal com os usuários do serviço aponta de um modo bastante sugestivo para uma série de ganhos para tal clientela, tais como: apreensão e reprodução de grande parte dos conteúdos discutidos em tais atividades; efetiva incorporação de novos hábitos saudáveis de vida; um melhor relacionamento com os serviços de saúde de referência; criação de vínculos afetivos entre os elementos do grupo e para com a equipe técnica; fomento da autonomia destes pacientes; melhor convívio e aceitação de suas patologias...

Quando começamos este trabalho imaginávamos que estivéssemos trazendo algo bastante original, o que, neste momento, nos parece verdade apenas em parte. Conforme nossas entrevistas foram avançando e fomos refletindo sobre as falas de nossos depoentes, é que fomos nos dando conta da riqueza das experiências já anteriormente vividas por colegas de trabalho, dos primeiros projetos da rede e da própria universidade... Acreditamos que seja importante resgatar a relevância de personagens como Sebastião de Moraes e outros, quase anônimos, como a nossa Aída, para que escrevamos a História de nosso país com suas contribuições e seus bons exemplos de cidadania e dedicação profissional.

Ao final deste trabalho esperamos poder ter contribuído para uma melhor compreensão da problemática da Educação em Saúde e no favorecimento da difusão de experiências que colaborem na implementação dos ideais da Reforma Sanitária, tais como atenção integral, universalidade, equidade e participação popular, assim como na promoção de uma sociedade brasileira mais justa e equânime.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1997.

BARBIER, R. O conceito de “Implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. **Pesquisa-Ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1985.

CAMPOS, GWS. **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas, mimeo, 1997.

CAMPOS, GWS - **Um método para análise e co-gestão de coletivos**, Editora Hucitec, SP, 2000

CAMPOS, G. W. S. & CAMPOS, R. O. **Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas**. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 2000, p. 1-7, (mimeo).

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto, uma viagem hermenêutica**. Tese de doutoramento, UNICAMP, Campinas: 2001.

CANDEIAS, N. M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**, 31(2)209-13, 1997.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1993.

CARDOSO, M.H.C.A. e GOMES, R. Representações Sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr-jun, 2000.

CARVALHO, S.R., **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde; Uma Reflexão sobre os Temas do Sujeito e da Mudança**; tese de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002

CARVALHO, S.R., **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde**; Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 2004, p. 1-10, (mimeo).

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. **Metodologia Científica, 5ª Edição**. Ed. Prentice Hall. São Paulo, 2002.

ETGES, N.J.. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. Porto Alegre: **Educação e Realidade**, jul. /dez. 1993

FONTES, O. **Educação Biomédica em Transição Conceitual**. Piracicaba, SP. Editora Unimep, 1999.

FOUCAULT, M, O nascimento do hospital; **Microfísica do Poder**, RJ Graal, 1986

FREIRE, PAULO, **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários a uma prática educativa, Paz e Terra, 1996.

L'ABBATE, S – **O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas**, 3 vol, Tese de Doutorado, Departamento de Sociologia FFLCH/USP, São Paulo, 1990

L'ABBATE, S – Educação em Saúde: Uma Nova Abordagem, **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 10 (4): out/dez 1994.

LOUREIRO, S. – Oficina de Trabalho: Interdisciplinaridade e Multidisciplinaridade na Prática da Saúde Coletiva, Uma Utopia Possível? Caracas, 1992. **O componente Serviço de Projetos UNI**, Fundação Kellogg, SP, 1991, (mimeo)

MARTINS, M. T. C. T. L. **Construção coletiva da prática interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: a experiência da PUCCAMP**. Tese de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 1996.

MENDONÇA, GF, Ações Educativas nos Serviços Básicos de Saúde, xerox SUS, **Boletim A Reforma Sanitária**, MS, 1993.

MELLIN, A. S. **As Representações Sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Campinas, 1998.

MELLO, D. A. Promoção à Saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. **Cad. Saúde Pública**, v14, n3, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Introdução à metodologia científica de pesquisa social. In: Minayo, M. C. De S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**, MS, Brasília, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**, CNS, MS, 2002

NUNES, E.D. “A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o Papel das Ciências Sociais” – **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**, org. Canesqui, A.M., Ucitec ABRASCO, SP/RJ, 1995

OCDE – **Interdisciplinaridade: Problemas de Ensino e Pesquisa em Universidades**, OCDE, 1972 (mimeo)

OLIVEIRA, N. L. S. **Analisando uma abordagem educativa em saúde: o caso da oficina do Caism**. Tese de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p.367-72.

PAIM, J; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador.Casa da Qualidade Editora, 2000.

PEDUZZI, M. **O Trabalho Multiprofissional em Saúde, gestões teóricas e conceituais**, texto I Encontro PAP, 1999

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**, Tese Doutorado, UNICAMP, 1998

PEREIRA, I.M.T.B.; PENTEADO, R.Z.; MARCELO, V.C. "Promoção de Saúde e Educação em Saúde: Uma Parceria Saudável" **O Mundo da Saúde**, ano 24, vol 24, 2000

PINTO, J.B. "Ação Educativa Através de um Método Participativo" in **Anais – Ação Participativa: Metodologia**, C.D. Min.Saúde, 1982 (mimeo)

RODRIGUES, E.P.C. **"Ações Educativas em Unidades Básicas de Saúde. O Terapeuta Ocupacional e sua Função Educativa"** - Monografia de TCC, PUCCAMP, 1999

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M. J. **O conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo, Brasiliense, 1995.

SICOLLI, J.L. e NASCIMENTO, P.R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização, **Interface- Comunic, Saúde, Educ**,v7,n12, 2003.

SPINK, M.J. O estudo empírico das Representações Sociais. In: Spink, M.J. **O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo, Brasiliense, 1995.

SMECKE, E.L.M. **Saúde e Democracia, experiência de Gestão Popular: Um Estudo de Caso**. Tese de Doutorado, 3 vol, área de saúde Coletiva, FCM Unicamp, Campinas, 1989.

STOTZ, E. N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: **Educação, Saúde e Cidadania**, Vozes, 1994

VALA, J. Sobre as Representações Sociais- Para uma Epistemologia do Senso Comum. **Cad Ciências Sociais**, Porto(4), abril, 1986.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. Ed. Hucitec, SP, 1997.

VIEIRA, V.A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.**, Recife, 2003

WESTPHAL, M.F. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol.Oficina Sanit. Panamericana**,1996.

9- ANEXOS

Anexo 1

Material referente à Educação em Saúde utilizado para discussão com a equipe, antes de começar o grupo de diabéticos (segundo semestre de 1999).

A elaboração dos trabalhos de educação em saúde começa pela realização de reuniões que contam com a participação de funcionários do C.S. (além de acadêmicos de várias áreas atuantes no serviço).

Nas reuniões preliminares ocorrem discussões para se decidirem os programas a serem desenvolvidos (a partir do perfil epidemiológico de nossa clientela), levantamento de prontuários e a convocação.

As reuniões seguem um cronograma prévio, sendo que cada aspecto/setor fica a cargo de uma dada área (orientação alimentar pela Nutrição, por exemplo).

O conteúdo e a dinâmica a serem desenvolvidos são apresentados previamente à equipe, antes de se começar cada encontro. Após cada encontro com os pacientes, se realiza, diariamente, uma nova reunião, na qual se discute a atividade realizada no dia e se começa a elaborar o próximo encontro.

No último dia do grupo, usualmente se realiza um passeio, quando se faz o conagraçamento da equipe de trabalho com os pacientes em um piquenique. Neste dia também se realiza uma avaliação do trabalho desenvolvido junto aos pacientes. .

Atualmente estão em funcionamento os grupos de hipertensos às terças-feiras pela manhã; e o de obesos, nas terças-feiras à tarde.

Na semana seguinte a equipe técnica se reúne para apresentação dos relatórios de área e leitura das avaliações dos pacientes. A partir disto se elabora um relatório final.

Após o encerramento de tais atividades, iniciar-se-á o planejamento dos próximos grupos e a definição conjunta (com docentes, discentes e equipe do CS) das patologias a serem abordadas. No momento um dos temas prioritários é Diabetis Melitus, devido ao perfil epidemiológico da clientela e ao fato de não se vir realizando ações educativas há longo tempo, com este grupo de pacientes.

Objetivos

oferecer aos profissionais e acadêmicos a oportunidade de participarem de modo integral no desenvolvimento de ações educativas em saúde, segundo as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde;

tornar o nosso acadêmico um agente ativo na elaboração integral de ações educativas qualificadas na atenção à saúde;

desenvolver ações interdisciplinares em saúde, propiciando um maior intercâmbio entre as várias áreas de atenção à saúde em atuação no CS;

aprimorar a relação médico-paciente fora do tradicional espaço ambulatorial, em um ambiente que favoreça as trocas interpessoais de modo mais descontraído;

promover a cidadania através do estímulo de uma maior autogestão da saúde, da democratização do conhecimento e no entendimento e transformação da realidade sanitária que afeta a nossa população;

propiciar a troca de informações (técnico/população) de modo dialético, valorizando o saber e as crenças populares, respeitando e aproveitando o que neles existe de positivo;

desenvolver no acadêmico a capacidade de transmitir o saber técnico acumulado ao longo do curso, numa linguagem acessível à população em geral;

discutir, de modo crítico, dentro do grupo educativo, experiências pessoais trazidas pelos pacientes, falsos mitos e "receitas milagrosas" prescritas por curiosos ou através dos meios de comunicação;

reduzir a demanda do CS, seja através da diminuição das consultas individuais, como também pela melhoria da qualidade de vida e de uma maior desmedicalização da clientela participante dos programas educativos.

Anexo 2

ESCLARECIMENTOS INICIAIS (para todos os entrevistados):

Eu estou desenvolvendo na UNICAMP uma Pesquisa orientada pela *Profa. Dra. Solange L 'Abbate*, para a minha Tese de Mestrado sobre os Grupos Educativos desenvolvidos no Centro de Saúde Integração, entre os anos de 1997 e 2000 e gostaria de poder contar com a sua colaboração;

Estou entrevistando várias pessoas, professores, ex-alunos, profissionais de saúde e usuários do Centro de Saúde Integração, envolvidos com tais grupos, de modo a obter mais dados e informações, além daquelas já produzidas na época dos grupos em questão;

Para isso, solicito que leia este documento “***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***”, que explica quais são os objetivos da pesquisa e, em havendo concordância de sua parte, peço que o assine, demonstrando que foi entendida a finalidade e o uso da entrevista que será concedida (uma cópia do Termo ficará com o entrevistado);

Durante a entrevista poderei mostrar algumas fotografias ou vídeos, com a intenção de estimular ou “aquecer” a sua memória;

Mais tarde lhe poderá ser enviada uma cópia gravada e/ou impressa da sua (s) entrevista (s), caso seja do seu interesse;

Esclareço que tenho um *Roteiro de Entrevista*, que servirá apenas como base para nossa “conversa”, pois as questões, assim como sua ordem, poderão ser modificadas;

Antecipadamente agradeço a sua grande colaboração.

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____(nome), RG nº _____, declaro para os devidos fins que concordo em participar do Projeto de Pesquisa: “Grupos educativos multiprofissionais e Promoção à Saúde: a experiência em um centro de saúde-escola”, sob a responsabilidade do Dr. Gelso Guimarães Granada, concedendo uma entrevista gravada sobre o tema proposto. Cedo o direito de uso integral ou em partes de minha entrevista, transcrita e autorizada para leitura, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Estendo os direitos terceiros, autorizando também a audição das fitas e o uso das citações, ficando o controle sob responsabilidade da instituição que mantiver a guarda do material. Pelas informações que recebi, o Projeto de Pesquisa de Mestrado que está sendo realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tem como objetivo geral: Analisar, sob a ótica da Promoção à Saúde, o processo de desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde, realizadas por equipes multiprofissionais, em um Centro de Saúde Escola, com vistas a obter-se uma aproximação das possibilidades e limites observados neste tipo de abordagem educativa, e como objetivos específicos: - Caracterizar as atividades em questão segundo sua história pregressa, desenvolvimento e resultados, sob a luz das referências teóricas adotadas; - buscar uma aproximação das conseqüências e potencialidades das atividades; na promoção à saúde da clientela de usuários do serviço em questão; na prática dos profissionais do serviço em questão; na formação acadêmica; na prática da docência/assistência; na identificação de fatores facilitadores ou limitadores na implementação de tais práticas no cotidiano das equipes de saúde; no estabelecimento de pontos de convergência e divergência, através das representações dos profissionais envolvidos, acerca da natureza e finalidade de tais práticas educativas. Tenho as seguintes garantias: não sofrerei qualquer tipo de prejuízo; os dados coletados serão tratados com todos os cuidados éticos necessários; haverá sigilo sobre informações confidenciais; terei o direito de a qualquer momento desistir de participar e serei informado sobre os resultados alcançados. Declaro, portanto, estar ciente e de acordo com os objetivos e procedimentos do referido Projeto de Pesquisa.

Data: ____/____/2004

Assinatura: _____

Para o esclarecimento de possíveis dúvidas, entre em contato com:

Dr. Gelso Guimarães Granada

Telefone: (19) 34112983

E-mail: gelsog@yahoo.com.br Em caso de eventuais denúncias, ligue para: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Telefone: (19) 37888936

Anexo 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO GRUPO FOCAL

Nome:

Idade:

Participou de qual(is) grupo(s):

- 1) Das orientações e acontecimentos, quais são as que o senhor(a) recorda-se do grupo educativo?
- 2) Quais coisas o senhor(a) julga como as mais importantes?
- 3) Destas coisas, quais o senhor(a) julga que modificou o seu comportamento anterior ao grupo para melhor?
- 4) Dentre estas, mesmo sabendo que seria bom e importante para sua saúde, quais o senhor(a) não conseguiu mudar o seu comportamento? Por quê?
- 5) A sua relação com o centro de saúde, ou outro serviço público de saúde, que o senhor(a) frequenta, modificou-se após o grupo? Como?
- 6) E em relação a sua participação nos problemas que afetam a sua comunidade?
- 7) O(a) senhor(a) já participou de outros grupos educativos em outra ocasião? Se sim, o que o senhor(a) julga de diferente? E semelhante? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos?
- 8) O que o(a) senhor(a) acha que faltou ou não foi bom nos grupos?

O(a) senhor(a) teria algum comentário a acrescentar?

Anexo 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACADÊMICOS

Nome:

Curso:

Função atual:

Quais as coisas que lhe vêm à cabeça mais imediatamente quando se fala nos grupos educativos do CS Integração dos quais participou? O que ficou mais forte na sua memória? (recordação livre)

Destas atividades, quais objetivos você percebeu como voltados para sua formação acadêmica profissional? Destes objetivos propostos (voltados à sua formação acadêmica), quais você julga terem sido atingidos e quais não foram suficientemente contemplados? A partir do seu entendimento da proposta curricular de seu curso, você julga que atividades educativas foram suficientemente contempladas em sua formação acadêmica? E atividades de integração multiprofissional? O que você acha que poderia ser feito para melhorar isto? (Os grupos e a formação acadêmica)

Você já teve outras experiências com outros grupos educativos? Se sim, quais diferenças e semelhanças você percebeu entre estes outros grupos e a atividade em questão? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos? (compreensão e comparação dos elementos constitutivos do grupo)

Você ou o seu curso apresentaram alguma dificuldade ou limitações para a participação nos grupos estudados? Explique-as: (limitações para implementação de grupos)

Que conseqüências você observou para os usuários do serviço que participaram destas atividades? (os grupos e os usuários)

Qual a sua percepção do papel de coordenador de grupos educativos (características, relevância, perfil desejável para o exercício da função...)

O grupo educativo modificou de alguma maneira a sua visão de trabalho em uma equipe de saúde? De que maneira? (o trabalho em equipe)

Depois de formado você já vivenciou ou tem alguma expectativa futura de utilizar conteúdos, práticas e vivências tais como aquelas experienciadas no grupo? Se sim, quais e como? O grupo educativo influenciou de alguma maneira a sua prática acadêmica/profissional/pessoal? Se sim, de que maneira? (o impacto profissional)

Tem algum comentário a acrescentar? (outras categorias)

Anexo 6

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DOCENTES

Nome: _____ Formação profissional: _____

Cargo e função exercidos na época do grupo: _____

O que lhe vem à cabeça mais imediatamente quando se fala nos grupos educativos em questão? O que ficou mais forte na sua memória? (recordação livre)

No seu entendimento quais eram os objetivos que justificavam a realização dos grupos educativos para a formação acadêmica e necessidades do serviço e pacientes? Quais foram suficientemente contemplados? Quais não foram? Justifique. (docência/assistência)

Você julga que este tipo de atividade de caráter educativo/preventivo tem sido suficientemente contemplado na formação de seus alunos? E atividades de integração multiprofissional? Justifique. Se você julga insuficiente, mas necessário, tem sugestões para melhorar isto? (docência/interdisciplinaridade)

Você ou o seu curso apresentaram alguma dificuldade ou limitações para a participação nos grupos estudados? Explique-as: (limitações para implementação de grupos)

Qual a sua percepção do papel de coordenador de grupos educativos (características, relevância, perfil desejável para o exercício da função...)

Você já teve experiências com outros grupos educativos? Se sim, quais diferenças e semelhanças você percebeu entre estes grupos? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos? Que dificuldades ou limitações você observa para implementação de tais práticas? (compreensão e comparação dos elementos constitutivos do grupo)

Que conseqüências você observou para os usuários do serviço que participaram destas atividades? (o grupo e os usuários)

E para o serviço? (educação em saúde e o serviço)

E para os acadêmicos que participaram destas atividades? (formação acadêmica)

Estas atividades modificaram de algum modo a sua visão de trabalho em equipe?
Explique. (o grupo e a visão de trabalho em equipe)

Estas atividades modificaram de algum modo a sua prática profissional? Se sim, de
que maneira? (a prática profissional). Tem algum comentário a acrescentar? (outras categorias)

Anexo 7

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO SERVIÇO

Nome:

Formação profissional:

Cargo e função exercidos na época do grupo:

Cargo e função atuais:

Quais as coisas que lhe vêm à cabeça mais imediatamente quando se fala nos grupos educativos em questão? O que ficou mais forte na sua memória? (recordação livre)

Quais os principais objetivos você percebeu na proposta destes grupos educativos? Dentre estes objetivos quais você julga terem sido atingidos adequadamente? Quais não foram suficientemente contemplados? Justifique se necessário. (elementos constitutivos do grupo)

Em relação à participação nestas atividades que conseqüências você observou para o serviço (equipe e usuários) e para a formação acadêmica (alunos e docentes)? (os grupos e os atores envolvidos)

Você ou a universidade apresentaram alguma dificuldade para a participação nestes grupos ora estudados? Se você enxergou limitações para a efetivação de tais práticas, quais seriam e como você sugere superá-las? (limitações para implementação de grupos)

Qual a sua percepção do papel de coordenador de grupos educativos (características, relevância, perfil desejável para o exercício da função,...) (o papel da coordenação e seu impacto no desenvolvimento do grupo)

O que estes grupos educativos acrescentaram à sua vida pessoal e/ou profissional? (formação profissional)

Você esteve envolvido com outros grupos educativos no serviço? Se sim, quais diferenças e semelhanças você percebeu entre estas práticas? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos? (comparação com outros grupos)

Você julga que este tipo de atividades educativas tem sido adequado e suficientemente desenvolvido no serviço? Explique: (conseqüências para o serviço)

Você tem algum comentário a acrescentar? (outros categorias)

Anexo 8

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

Nome:

Formação profissional:

Cargo e função exercidos na época do grupo:

Cargo e função atuais:

1)Quais as coisas que lhe vêm à cabeça mais imediatamente quando se fala nos grupos educativos dos quais participou? O que ficou mais forte na sua memória? (recordação livre)

2)Quais os principais objetivos você percebeu na proposta dos grupo educativos? Dentre estes objetivos quais você julga terem sido atingidos adequadamente? Quais não foram suficientemente alcançados? Justifique se necessário. (elementos constitutivos do grupo)

03)Você já participou de outros grupos educativos? Se sim, quais diferenças e semelhanças você percebeu entre estas práticas? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos? (comparação dos elementos constitutivos do grupo)

04)Você ou o serviço apresentaram alguma resistência, dificuldade ou limitações para a participação nos grupos estudados? Explique-as: (limitações para implementação de grupos)

05)O que a participação nestes grupos educativos acrescentou à sua vida pessoal e/ou profissional? (formação profissional)

06)Que conseqüências você observou para os usuários do serviço que participaram destas atividades? (os grupos e os usuários)

07)Você julga que este tipo de atividades educativas têm sido suficientemente desenvolvidas no serviço? Se você enxerga limitações para esta implementação, quais seriam? Como você sugere superá-las? (conseqüências para o serviço)

08)Qual a sua percepção do papel de coordenador de grupos educativos (características, relevância, perfil desejável para o exercício da função,...)

09)Você tem algum comentário a acrescentar? (outros categorias)

Anexo 9

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Nome:

Formação profissional:

Cargo e função exercidos na época do grupo:

Cargo e função atuais:

01) Quais as coisas que lhe vêm à cabeça mais imediatamente quando se fala nos grupos educativos em questão? O que ficou mais forte na sua memória? (recordação livre)

02) Quais os principais objetivos você percebeu na proposta destes grupos educativos? Dentre estes objetivos quais você julga terem sido atingidos adequadamente? Quais não foram suficientemente contemplados? Justifique se necessário. (elementos constitutivos do grupo)

03) Em relação à participação nestas atividades que conseqüências você observou para o serviço (equipe e usuários) e para a formação acadêmica (alunos e docentes)? (os grupos e os atores envolvidos)

04) Você ou a universidade apresentaram alguma dificuldade para a participação nestes grupos ora estudados? Se você enxergou limitações para a efetivação de tais práticas, quais seriam e como você sugere superá-las? (limitações para implementação de grupos)

05) Qual a sua percepção do papel de coordenador de grupos educativos (características, relevância, perfil desejável para o exercício da função,...) (o papel da coordenação e seu impacto no desenvolvimento do grupo)

06) O que estes grupos educativos acrescentaram à sua vida pessoal e/ou profissional? (formação profissional)

07) Você esteve envolvido com outros grupos educativos no serviço? Se sim, quais diferenças e semelhanças você percebeu entre estas práticas? O que foi melhor e pior em relação a estes outros grupos educativos? (comparação com outros grupos)

08) Você julga que este tipo de atividades educativas tem sido adequado e suficientemente desenvolvido no serviço? Explique: (conseqüências para o serviço)

09) Você tem algum comentário a acrescentar? (outras categorias).

Anexo 10

Descrição das atividades docente-assistenciais no CSE Integração

Medicina

DISCIPLINAS	Semestre/ Ano	CH disciplina/dia da semana	Alunos/ Turma	Atividades
Saúde da Comunidade: situações de saúde (V)	1º sem	34 2ª feira M ou T	15	Reconhecimento do território; visitas a equipamentos sociais; entrevistas com famílias; levantamento de dados 1 ^{ários} e 2 ^{ários} ; descrição de perfis populacionais
Saúde da Comunidade: práticas de saúde (V)	2º sem	34 2ª feira M ou T	15	Observação participante de serviços de saúde de todos os níveis do sistema; exercícios de planejamento
S-D e prevenção (V)	3º sem	34 3ª feira T	30	Levantamento e observação de ações de vigilância à saúde
Saúde da Comunidade: o ambiente (V)	4º sem	34 5ª feira M	15	Visitas a serviços afins; levantamento e descrição de situações de risco ocupacional e ambiental; planejamento de ações preventivas e de promoção à saúde
Prog. Integrado em Saúde Coletiva (E)	5º ano	240 (6 sem. integral)	5/6	Inserção em equipes de Saúde da Família realizando todas as atividades do profissional médico; matriciamento do Núcleo de S. Coletiva, atenção aos adolescentes; abuso de drogas
Residência de Saúde da Família	pós	integral	Um	Atenção integral às famílias: responsabilização por parte das famílias em um território
Residência de Pediatria		2 ou 3 períodos /sem durante um semestre	5	Prática como pediatra de uma equipe de saúde da família; atividades de matriciamento de equipes em atividades programadas pela UBS

Enfermagem

DISCIPLINAS	Sem/ano	CH disciplina	Alunos/ Turma	Atividades
Enfermagem em Saúde Coletiva	7º sem	34	16	Realização de assistência individual a crianças e adolescentes, realização de atendimentos e visitas domiciliares, imunização e vigilância à saúde, atividades administrativas e de planejamento
Procedimentos Básicos em Saúde Coletiva	4º sem	36	8/9	Contextualizar o aluno de enfermagem dentro do Sistema Único de Saúde através da realização de procedimentos básicos, sob a visão da Saúde Pública

Nutrição

DISCIPLINAS	Sem/ano	CH disciplina	Alunos/ Turma	Atividades
Iniciação à prática de Nutrição (V)	3º e 4º sem	68 (12 nas UBS)	20/21	1º contato com a Saúde Pública, visitas às UBS
Nutrição em Saúde Pública (V)	5º e 6º sem	68 (34 nas UBS)	20/21	Observação participante; atividades de planejamento para educação nutricional
Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública (v)	7º e 8º sem	240 (alunos integral e docente 12 horas/semana)	6/9	Inserção e matriciamento das equipes de saúde da Família realizando atendimentos indiv. e em grupos intra e extramuros, educação em saúde e nutricional, vigilância nutricional; participação na educação continuada das equipes e vigilância sanitária

Psicologia

Disciplina	Série/ semestre	Carga horária	Modulação	Atividades
Estágio supervisionado em P. clínica - Saúde Pública (E)	5º ano	240	8 duplas	Participar de equipe de PSF realizando apoio matricial; conhecer e realizar atividades multiprofissionais nas UBS; triar e acompanhar individualmente e em grupos alguns casos
Psicodiagnóstico (V)	4º ano	8	12 duplas	Visitas de conhecimento e observação das UBS e da triagem, com o psicólogo auxiliar

Terapia Ocupacional

Disciplina	Série/ semestre	Carga horária	Modulação	Atividades
Prática terapêutica supervisionado (PTS) VI e VII (V)	7º e 8º sem	306 cada	8	Atendimentos terapêuticos grupais, participação em grupos, organização e acompanhamento de projetos de ampliação de renda (oficinas); grupos de abordagens corporais, participação e viabilização do centro de convivência e vigilância de RN e lactantes; matriciamento das equipes.

Aprimoramento- TO em saúde Mental (FUNDAP)	Pós graduação latu sensu	2000 (40 horas na UBS)	1	O Programa de TO Adulto II (saúde mental), atende a população adulta e idosa, com problemas de saúde mental e psiquiatria. Triagem, avaliação e acompanhamento da clientela atendida na Unidade Básica de Saúde; Desenvolvimento de ações educativas de natureza interdisciplinar com a clientela e família; Participação de Oficinas Programadas sobre métodos terapêuticos específicos da área; Atendimentos conjuntos com outros profissionais; Realização de visitas domiciliares.
--	--------------------------	------------------------	---	--

Fisioterapia

Disciplina	Série/ semestre	Carga horária	Modulação	Atividades
Prática em Fisioterapia I	1º sem	68	20 alunos	Introdução do aluno no espaço da prática para identificação das atividades que envolvem a Fisioterapia. Vivências através da observação os diversos níveis de atuação da Fisioterapia. Acompanhamento de tratamento e observação os diversos níveis de atuação da Fisioterapia. Acompanhamento de tratamento e observação das dificuldades que envolvem o terapeuta, o paciente e a família.
Prática em Fisioterapia II	2º sem	68	20 alunos	Problematização, a partir das vivências da prática fisioterapêutica, os programas terapêuticos com ênfase na avaliação, programação e aplicação de terapia do paciente. Com base na observação terapêutica, criar condições para construção de um modelo teórico de atuação profissional. Acompanhamento, junto a alunos de último ano, de tratamento visando o desenvolvimento de posturas e condutas terapêuticas embasadas em conhecimentos científico.
Fisioterapia Preventiva I	3º sem	51	20 alunos	Atividades práticas relacionando os diferentes campos de atuação com as demandas do Sistema Único de Saúde.
Fisioterapia Preventiva II	4º sem	68	20 alunos	Visa oferecer ao aluno uma vivência de trabalho em equipes de Saúde e prepará-lo a responder às demandas de serviços numa visão intersetorial. Promoção da saúde; trabalhos intersetoriais em grupo; atendimentos domiciliares.
Prática Supervisionada de Fisioterapia em Saúde Coletiva I	5º sem	34	8 alunos	Práticas de triagem/avaliação de pacientes, fundamentada em acolhimento . Práticas de aulas interativas entre alunos e pacientes (individual ou em grupo), de Fisioterapia Preventiva aplicada aos diversos programas de Saúde da coletividade. Práticas fisioterapêuticas, individuais ou grupais, em todos os programas das UBS.
Prática Supervisionada de Fisioterapia em Saúde Coletiva II	6º sem	34	8 alunos	Prática de triagem/ avaliação, fundamentada em acolhimento . Prática fisioterapêutica, individual ou em grupo, com pacientes dos programas da U.B.S. Práticas interdisciplinares de avaliação de pacientes com condutas elaboradas pela equipe. Elaboração de pesquisas de interesse da Fisioterapia e da Saúde Coletiva. Participação ativa em seminários intra e extra murais

Observações

Ciências farmacêuticas – não terá estágio no CS Integração para 2004

Siglas: (E) - Currículo em extinção (V) - Currículo vigente

Anexo 11

TRABALHO FINAL DAS ACADÊMICAS DE NUTRIÇÃO

Outubro de 1999.

Disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde Pública, sob a orientação da Prof^a. Ângela Trentim

I - INTRODUÇÃO

Nos dias em que vivemos as relações humanas estão muito influenciadas pelas modernas tecnologias as quais nos conduz a um comportamento individualista. A cada dia que passa as pessoas tem somente a preocupação em sobreviver, dando pouca importância ao relacionar-se com o meio em que vive (GOMES, 1998).

A evolução humana nos ensinou que viver em grupos dá maior garantia à sobrevivência. Desde o nosso princípio participamos de um processo contínuo de aprendizagem da boa convivência em grupos em que devemos buscar vantagens coletivas, pois se o grupo vai bem é porque estamos bem pessoalmente. (MIRANDA, 1998).

O comportamento de um grupo é definido pelo comportamento de cada um de seus integrantes, pela maneira que cada um enxerga o mundo e pelos objetivos que cada um quer atingir, sendo assim, o sucesso ou o insucesso dos grupos depende do grau de relacionamento entre os integrantes. (MIRANDA, 1998).

Para que o grupo tenha os resultados esperados, é necessário que ele seja composto de uma equipe multidisciplinar, ou seja, que possua todos os profissionais necessários para atingir os objetivos almejados por todos no grupo.

Portanto, os técnicos envolvidos no processo devem empenhar-se na busca, na experimentação e no desenvolvimento de procedimentos metodológicos e técnicas pedagógicas fazendo com que todos os integrantes participem e exponham suas dúvidas, pois é somente desta maneira que se consegue realmente identificar o problema vivenciado pelo grupo (EDUCAÇÃO EM SAÚDE...). Não basta chegar com todo o conteúdo pronto, sem antes conhecer as necessidades dos integrantes, é preciso utilizar estratégias dinâmicas e interativas para prender a atenção e possibilitar a assimilação dos conhecimentos.

É muito importante respeitar os participantes do grupo, não impondo nada de forma decorativa. É preciso estimular perguntas e raciocínios que irão fortificar as reuniões. Podem-se contar histórias verídicas que tomam o aprendizado muito mais próximo da vida.

A atividade em grupo também permite diálogo entre o educador e a pessoa que está recebendo as informações e facilita a avaliação sobre o conteúdo passado. Para os alunos que realizam essas atividades, o trabalho prático faz com que se desenvolva qualidades de observação e tomada de decisões imediatas, além de permitir o contato mais próximo da realidade, comparando a prática com a teoria, capacitando o desenvolvimento da auto confiança.

A utilização de materiais impressos como cartazes, quadros, pinturas, fotografias e panfletos são muito importantes na realização de uma atividade em grupo, pois promove a correlação de informações, auxilia na organização das reuniões e torna o aprendizado possível, além de ter boa aceitação e eficiência.

Portanto para se formar um grupo de pessoas com a mesma finalidade de aprendizado é preciso esquematizar todo o programa com base nas necessidades sentidas pelo público alvo, caso contrário os objetivos do grupo serão alcançados parcialmente ou não serão alcançados, causando frustração tanto para os educadores como para os participantes.

Sendo assim a intenção de se realizar o grupo educativo direcionado às pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II no Centro de Saúde Integração foi além de permitir a autonomia das pessoas em conseguirem o melhor controle da doença, foi também incentivar a troca de conhecimentos, habilidades, experiências e idéias existentes entre eles no período das reuniões.

II - OBJETIVOS

Gerais:

Fornecer conhecimentos suficientes que permitam melhor autonomia de pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II no controle da mesma, assim como oferecer subsídios para uma reeducação alimentar.

Específicos:

Transmitir conceitos de fisiopatologia e epidemiologia do diabetes melitus tipo II, controles laboratoriais e suas complicações, bem como abordar as formas de tratamento.

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

O grupo terapêutico educativo direcionado às pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II foi realizado no Centro de Saúde Integração, situado na cidade de Campinas no período de 10/08/99 à 21/09/99. Foram realizadas reuniões semanais as quais tinham um período de duração de duas horas totalizando seis encontros. As atividades eram realizadas em um local cedido por uma CEMEI próximo ao centro de saúde. A convocação dos participantes foi feita através de aerogramas, telefonemas e durante as consultas individuais, além de exposição de cartazes divulgando o grupo.

A formação do grupo era de treze pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II com uma faixa etária de 51 a 75 anos. Dentro desta população 61% eram do sexo feminino e 39% do sexo masculino. Apenas 15% dos integrantes faziam uso de insulina, os outros 75% faziam uso de hipoglicemiantes orais. Cerca de 31% deles possuíam hipertensão arterial 31% possuíam hipertensão arterial e dislipidemias e 23% apresentavam doenças cardiovasculares. Em relação ao estado nutricional foi possível coletar dados de apenas 9 pessoas, as quais 100% delas apresentavam obesidade de diferentes graus: 33% eram obesos tipo 1, 44% eram obesos tipo II e 22% eram obesos tipo III, segundo a classificação pelo índice de massa corporal (IMC).

O grupo era composto por uma equipe multidisciplinar em que faziam parte um médico, cinco alunos do curso de medicina, dois alunos do curso de nutrição, três alunos do curso de fisioterapia, dois alunos do curso de farmácia, dois alunos do curso de terapia ocupacional e dois auxiliares de enfermagem.

O cronograma proposto para o desenvolvimento dos temas a serem abordados no grupo foi o seguinte:

Primeira reunião: apresentação.

Segunda reunião: epidemiologia e fisiopatologia do diabetes melitus tipo II; filme sobre os condicionantes da saúde pública.

Terceira reunião: atividade física e controle emocional.

Quarta reunião: tratamento farmacológico; controle laboratorial; complicações e cuidados com o diabetes melitus tipo II.

Quinta reunião: abordagem nutricional; cuidados odontológicos.

Sexta reunião: encerramento.

Materiais e métodos utilizados para a abordagem nutricional.

Os materiais utilizados para a realização da atividade foram:

Pirâmide de alimentos;

Roda de alimentos;

Fotos de alimentos.

A atividade foi iniciada com uma dinâmica na qual os participantes definiram os alimentos proibidos, permitidos e de uso moderado. Após isso se iniciou a explicação, ou seja, a transmissão de conceitos da pirâmide e roda de alimentos. Durante esta explanação foram distribuídas pequenas pirâmides contendo as informações básicas sobre a mesma, a fim de facilitar o entendimento das orientações. Seguido disto enfatizou-se a questão de alimentos com alto e baixo índice glicêmico e alternativas para a redução do índice glicêmico de alguns alimentos, além de se reforçar a importância do fracionamento das refeições, realização de atividade física e cuidadosa com hipoglicemia. E por fim retornou-se à dinâmica inicial esclarecendo as dúvidas apresentadas durante a mesma.

IV - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a realização das reuniões programadas para o grupo educativo direcionado às pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II, foi possível obter um resultado satisfatório levando em conta o curto período de tempo destinado às atividades.

Uma das maneiras de se avaliar a eficiência ou não do grupo foi analisar a frequência dos integrantes. De um modo geral, o número de faltas foi muito baixo, sendo que a grande maioria das pessoas compareceu em todas as reuniões ocorridas desde o início até o término do grupo.

Outra questão que também deve ser considerada como ponto positivo, é o fato das pessoas estarem sempre participando das atividades fazendo perguntas e, até mesmo contando histórias pessoais e expondo seus conhecimentos, enriquecendo muito os encontros.

Na primeira reunião, foi realizada uma atividade na qual os participantes disseram o que os diabetes representavam para si. Como resultado disto foi possível observar que, para a grande maioria, a patologia era vista como uma coisa muito sacrificante e triste para se conviver eternamente. Para se verificar e avaliar as mudanças ocorridas nas pessoas após a participação no grupo foi realizada a mesma atividade descrita acima na reunião de encerramento. Desta forma pode-se constatar que todas as atividades desenvolvidas ao longo do grupo foram bastante satisfatórias, uma vez que, tiveram a finalidade de permitir que as pessoas fossem capazes de

conviver bem com o diabetes de forma natural, assim como saber controlar a doença de forma saudável.

Estes resultados podem ser confirmados através de depoimentos dos participantes antes e depois da realização das reuniões registradas abaixo:

Antes: “um monstro que devora.”

Depois: “hoje não a vejo mais como monstro... pensando em pedi-la (a doença) em casamento e viver bem pelo resto de anos que tenho.”

Acompanhante: “senti na companheira uma mudança em vários aspectos. Alimentação, necessidade de fazer exercícios e psicologicamente mais otimista.” (M.)

Antes: “prá mim a diabete é a minha maior tristeza, horrível...”

Depois: “antes eu tinha horror da diabetes hoje após as reunião eu já aceito aprendi a lidar com ela; tanto gostei que a próxima eu vá participar de novo”.

Estou muito feliz e agradecida por todos vocês que me ajudaram a viver com a diabetes. “Obrigada amigos.” (C.)

Antes: “é uma doença que me deixa nervosa e preocupada. Eu fico pensando que com isso a circulação fica mais difícil.”

Depois: “agora fico mais calma e tenho certeza que a diabete não vai mais atrapalhar a minha vida. Aprendi com o pessoal da nutrição a me alimentar corretamente, foi uma reeducação alimentar. Só tenho a agradecer a todos os alunos, professores e médicos. Não esquecendo o pessoal do Posto de Saúde.” (Z.P.C.)

Dentre os integrantes do grupo, alguns realizavam acompanhamento ambulatorial individual no Centro de Saúde paralelamente às atividades do grupo terapêutico educativo. Sendo assim foi possível observar que as taxas de glicemia estavam cada vez mais controladas, assim como a perda de peso de algumas pessoas, o que ajuda muito no controle da patologia.

V - CONCLUSÃO

Após a realização do trabalho conclui-se que as atividades em grupos educativos são muito enriquecedoras e eficazes fazendo assim com que os participantes possam entender melhor seus problemas. E ainda, pode-se dizer que conhecendo a experiência de outros, cada integrante consegue encontrar formas de controle tão simples para sua patologia, que antes eram vistas como complicadas, devido à alienação do mesmo para com o problema.

Confirmou-se que o melhor andamento de grupos terapêuticos educativos se deve à equipe que além de multidisciplinar deve ser interdisciplinar, ou seja, não basta que o grupo seja somente composto por várias áreas profissionais, mas sim que estes interajam entre si.

Sendo assim ressalta-se que objetivos do grupo foram de uma forma geral atingidos, tanto da parte dos profissionais quanto da parte das pessoas portadoras da doença em questão. Há ressalvas de que houve alguns pontos negativos, que podem ser considerados sem dúvidas como críticas construtivas. Porém, pode-se afirmar que o grupo teve excelentes resultados, ou seja, as pessoas esclareceram todas as dúvidas que apresentavam em relação ao diabetes melitus tipo II, em especial a questão nutricional, a qual demonstrou ser o ponto de maiores dúvidas e curiosidades.

Por fim, percebeu-se que as pessoas estão cada vez mais estimuladas a terem uma vida o mais normal possível dentro das condições que lhes são oferecidas.

Anexo 12

Atividade de Encerramento no Clube Santa Clara do Lago (transcrição extraída de fita de vídeo gravado no último dia do grupo de diabéticos, em fins de 1999)

O vídeo começa mostrando a reunião de encerramento do grupo com a presença dos vários sujeitos participantes de tal atividade. Nela uma acadêmica de terapia ocupacional (T.O.) conduz a dinâmica inicial do dia:

(T.O.): - “Vocês se lembram que no primeiro dia do curso nós perguntamos o que era o diabetes na vida de vocês? Hoje queremos saber se algo mudou. Pode pintar, desenhar, escrever.”

Os pacientes realizaram o que foi solicitado pela acadêmica de T.O. e, após isto, lhes foi entregue o material produzido por eles próprios no primeiro dia do grupo, com a mesma questão. Neste momento da fita, vários pacientes já haviam relatado como haviam se transformado suas percepções da doença, após o tempo decorrido entre o primeiro encontro e o momento atual.

Paciente 1 (P1): “Da primeira vez eu coloquei que a diabetes me deixava nervosa, preocupada. Principalmente porque naquela época eu tinha caído e torcido o pé. Eu até chorei lá! Tinha muitas dúvidas. Fiz até um desenho aqui. Fator de risco qual seria. Eu agora aprendi.” (mostra o desenho anterior) “Agora eu fiz um desenho aqui”. (começa a explicar o trabalho atual).

“Antes de participar do grupo eu tinha muito medo e preocupação relacionado com a saúde. Agora fico mais calma e tenho certeza que a diabetes não vai mais atrapalhar a minha vida. Aprendi com o pessoal da nutrição a me alimentar corretamente. Foi uma reeducação alimentar. Só tenho a agradecer a todos. Os alunos, professor, médico, um muito obrigado, não esquecendo o pessoal aí do posto. O meu muito obrigado!”. (... palmas do grupo...)

(T.O.) “- Nossa, só tem coisa boa, heim gente?! Agora tem alguém que não escreveu nesta direção e quer ler? Tá ficando meio redundante, será que todo mundo gostou assim mesmo?”

(P2) - “Olha é de coração.”

(T.O.) “- Desse jeito nós vamos acreditar. Agora a Dona L (P3)”

(P3) - “Estou sem óculos.”

(T.O.) “- Quer que eu leia?”

“Esta é a primeira (folha). O diabetis se não se cuidar ele mata. Mas evitando massas e doces ele vive normalmente.”

- “Agora o (relato) dela de hoje: eu não sou diabética, mas gostei muito da palestra e passei para o meu esposo ele aprendeu muito e agradeço por tudo.”

(na seqüência vem o relato de P4, marido de P3,)

(P4) - “O diabetis é uma doença que sabendo administrar pode conviver com ela sem problemas, até comendo doces e etc...” (...risos e aplausos do grupo...)

“- Fui para São Paulo e fui operado...” fala Sr. A. (P5)

“- Seu A., eu aprendi com o senhor! Pois eu antes achava que quem fosse diabético e operasse, morria”. Diz dona L (P3).

“- Não, não! O medo só que eu tenho agora é fazer um corte, me machucar e não cicatrizar. Esse é o meu medo, mas isso eu evito.” (P5)

(T.O.) “- Alguém mais quer falar?”

O Grupo então sai para fazer uma caminhada e realizar exercícios físicos.

Todos participam desta atividade, à exceção dos acadêmicos de Medicina. A atividade realizada é de caminhada e de exercícios de alongamentos adaptados a pessoas idosas. Estes exercícios são conduzidos por uma professora de Educação Física do Serviço Social do Comércio que trabalha regularmente com esta faixa etária. Os exercícios são realizados individualmente ou em duplas. Toda equipe participa ativamente de toda atividade física.

Começa então o piquenique. Cantam-se parabéns a você para o senhor A. que está aniversariando. Cada membro da equipe traz uma bebida ou comida. Após o lanche vai-se para o lago passear nos pedalinhos.

Antes de partir o professor de Medicina fala: “Este nosso trabalho só vem a ter frutos com a participação das pessoas. Então, da mesma maneira como vocês colocaram hoje, no encerramento, que muita coisa mudou para vários de vocês (e mudou, se Deus quiser, para melhor), eu espero que isto também tenha tido reflexos para os nossos alunos. Eu sou docente, então minha função fundamentalmente aqui é enquanto professor. Então eu espero que isto (o trabalho do grupo) também tenha tido reflexo na formação profissional de cada aluno que esteve

aqui. Seja da área que for, pensar que a gente sempre tem alternativas diferentes e boas para se fazer saúde. O importante é sempre a gente estar objetivando a qualidade de vida das pessoas, seja no lugar onde estivermos, no nosso consultório no Cambuí, assim como no centro de saúde, aqui na periferia, a gente sempre tem condições de estar realizando um trabalho com qualidade. Isto é uma questão da gente procurar (novas) formas e sempre estar procurando avançar. Nunca estar aceitando (o discurso) *“tá ruim, tá ruim, então eu também não vou fazer nada para mudar!”* Isto realmente nunca deve se aplicar para a gente. Estar sempre procurando avançar por mais que a situação esteja difícil para todo mundo, podemos fazer uma coisa de boa qualidade. Então, o trabalho que aqui está se encerrando, eu tenho que agradecer a participação (tanto) dos alunos, como de vocês, pacientes, de estar dando a eles esta oportunidade de estar vivenciando este tipo de situação. Eu espero que este trabalho todo,... (neste momento faz o agradecimento ao gerente do clube que fez o convite ao grupo para visitar do clube)... O tempo todo, mais do que o médico, mais do que a nutricionista, ou seja lá o profissional que você esteja precisando, basicamente, depende de nós mesmo o controle da doença que temos. Especialmente no diabetes, mas eu acredito que sirva para qualquer outra doença, é a gente mesmo que deve saber se conduzir, assumir que a nossa qualidade de vida e o controle de nossa doença passa, quase que exclusivamente, pela gente mesmo. É o próprio paciente que tem que estar informado, estar sabendo e tem que ter força de vontade para vencer as suas próprias limitações. Então não vamos esquecer: de praticar exercícios físicos regularmente, fazer a dieta adequadamente (e como vocês viram não é diferente de ninguém, o que vocês comem é o que todo mundo come). A dieta saudável é saudável para qualquer um. Assim como exercício físico saudável, é saudável para a pessoa que não tem nenhum problema, é saudável para quem tem diabetes. (Quanto) à questão do controle emocional: procurar estar com a cabeça boa, procurar situações que nos proporcione situações agradáveis. Agradeço a todos que nos proporcionaram este lugar maravilhoso. Estamos a 10/15 minutos de onde vocês moram. Então existem opções mesmo para quem não é sócio do clube. Nós temos campo aqui perto, enfim, temos uma série de locais para sair daquele nosso cotidiano, enfiados em casa. Vamos procurar ter mais contato com a natureza. Vamos então sempre nos orientarmos para buscar uma vida saudável.”

Aqui encerra-se a projeção do vídeo.

Anexo 13

Roteiro do Grupo de Educação em Saúde de Hipertensão Arterial Sistêmica

Objetivo Geral:

Proporcionar aos pacientes participantes do grupo um programa educacional que contribua para uma melhoria da qualidade de vida de modo global e um melhor controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações.

Objetivos Específicos:

Contribuir para a manutenção dos níveis pressóricos dos pacientes dentro dos limites de normalidade, evitando as descompensações;

Contribuir para a melhoria do atendimento individual e coletivo dos pacientes do serviço;

Contribuir na valorização do paciente enquanto cidadão, através de um melhor entendimento do processo saúde-doença;

Fornecer informações sobre Hipertensão Arterial Sistêmica do ponto de vista das várias áreas envolvidas e, além disto, construir um saber multidisciplinar;

Contribuir na formação de cada profissional envolvido na equipe, através da troca de informações, transformando os vários saberes em uma ação interdisciplinar;

Contribuir na valorização de saber popular, assim como na desmitificação de certos conceitos errôneos acerca de sua patologia e, através da confrontação do saber técnico e o popular, elaborar uma relação dialética transformadora;

Reduzir e controlar a obesidade, quando estiver associada;

Buscar uma linguagem positiva, libertadora, que reforce a autonomia e não a restrição (por exemplo: "com hábitos saudáveis posso levar uma vida normal")

Equipe Profissional Envolvida:

.Auxiliar de Saúde (serviço)

.Acadêmicos de Farmácia

- .Acadêmicos de Medicina;
- .Acadêmicos de Psicologia
- .Acadêmicos de Terapia Ocupacional
- .Acadêmicos de Nutrição
- .Professor de Educação Física
- .Professor de Medicina
- .Profissionais de Odontologia (serviço)
- .Acadêmicos de Fisioterapia.

Clientela:

Pacientes usuários do serviço, priorizados os hipertensos de ambos os sexos, acima de 50 (cinquenta) anos, com obesidade associada.

Convocação:

A convocação se deu através de aerogramas, telefonemas e visita domiciliar. Além da busca ativa dos pacientes já cadastrados, houve uma divulgação efetuada no próprio serviço, através de cartazes e verbalmente para outros profissionais.

Cronograma:

- 21/03 – Recepção (T.O./Psico)
- 28/03 – Epidemiologia Fisiopatologia (Medicina)
- 04/04 – Abordagem Nutricional (Nutrição)
- 11/04 – Stress/ Controle Emocional (Psico/ Méd/T.O)
- 18/04 - Abordagem Farmacológica (Farmácia)
- 25/04 - Sedentarismo / Atividade Física (Educação Física)
- 02/05 - Processo Saúde-Doença (Psico/T.O.)
- 09/05 - Complicações (Enfermagem/Medicina)
- 16/05 - Obesidade / Dislipidemias (Nutrição) Osteoporose (Medicina)
- 23/05 - Terapias Alternativas (a definir)
- 30/05 - Reunião da Equipe de Trabalho (todos)
- 06/06 - Abordagem Nutricional (Nutrição)
- 13/06 - Encerramento / Atividade Física (todos)
- 20/06 - Avaliação do Trabalho pela Equipe Profissional / Elaboração de Relatório Final

Anexo 14

Relatórios elaborados pelas acadêmicas de TO para o grupo de HAS
1º semestre de 2000

14/03/2000

No período da manhã, como havia sido combinado anteriormente, houve uma aula sobre Hipertensão Arterial Sistemática (vide anexo) ministrada pelo docente de medicina Gelso. Participaram desta aula: 1 estagiária de Terapia Ocupacional; 1 auxiliar de Enfermagem; 2 estagiárias de Nutrição; 2 estagiárias de Psicologia; 4 estagiários de Medicina e 6 estagiárias de Farmácia.

À tarde, assim como na semana anterior, o grupo esteve composto por 1 docente de Medicina, 1 estagiária de TO e 4 estagiários de Medicina. Neste período, houve a reunião do Centro de Convivência, que aconteceu no Progen, onde esteve em pauta a retomada de atividades no Centro Social, que atualmente se encontra fechado. Nesta reunião esteve presente o Sr. Aluísio, que é presidente da Escola de Samba Rosa de Prata, a qual tem a sede no Centro Social; ele ficou encarregado em procurar a chave do Centro Social e dia 15/03/2000, ir até o Progen e dar um parecer, dizendo onde está a chave. Foi levantada a possibilidade dos encontros dos grupos educativos ocorrerem no Centro Social. Como era necessário fazer a convocação das pessoas hipertensas, saímos antes do término da reunião.

No Centro de Saúde, foram escritos 40 aerogramas para serem enviados às pessoas hipertensas, comunicando que no dia 21/03/2000, terá início o grupo de hipertensos. As pessoas elegíveis para este grupo seguem os seguintes critérios:

- Pessoas hipertensas
- Ter acima de 50 anos de idade

Foram confeccionados também, cartazes avisando o início do grupo de Hipertensão Arterial.

Na próxima semana (21/03/2000), ficou combinado que haverá o início do grupo e que cada semana um número de pessoas levará bolachas água e sal e chá para fazermos um lanche nos intervalos das reuniões.

Caberá à T.O., propor uma dinâmica para a abertura ao grupo, onde as pessoas fiquem conhecendo umas às outras.

Denise Freira Teixeira
(estagiária de T.O.)

28/03/2000

Nesta reunião participaram: 1 docente de Medicina, 1 auxiliar de Enfermagem, 3 estagiárias de Farmácia, 2 estagiárias de Terapia Ocupacional, 2 estagiárias de Nutrição, 2 estagiárias de Medicina e 2 estagiárias de Psicologia, além de 23 pessoas hipertensas.

A reunião foi iniciada pelo professor Gelso, que questionou o grupo sobre a possível mudança do local de encontro do grupo, passando a ser no Centro Social ao invés de continuar na Creche. As opiniões ficaram divididas; alguns acharam melhor e outro não. O professor Gelso justificou a possível mudança, porque o Centro Social é um espaço maior e para mostrar para a comunidade, que ali está sendo realizado um trabalho importante para a própria comunidade, mas, por enquanto, os encontros do grupo continuarão acontecendo na Creche.

O tema da reunião foi Fisiopatologia da Hipertensão Arterial Sistemática (HAS). As estagiárias de Psicologia pediram para que as pessoas hipertensas falassem o que achavam que significava Fisiopatologia e Epidemiologia. Então, as pessoas opinaram dizendo que Fisiopatologia estava relacionada às doenças e que a Epidemiologia tinha relação com a epidemia. Com base nesta discussão as estagiárias de Medicina deram início à aula sobre Fisiopatologia das H.A.S. e explicaram que Fisiopatologia é o que acontece para chegar à doença, e que Epidemiologia está relacionada a saber quem é mais afetado por uma determinada doença, qual a idade destas pessoas, onde ela ocorre mais. As estagiárias de Medicina deram a aulas de H.A.S., utilizando transparências e sempre buscando fazer analogias para facilitar o entendimento da H.A.S. Exemplo: “a força que o sangue faz contra as paredes do vaso sanguíneo, é como se fosse a força da água com muita pressão contra as paredes de uma mangueira”.

Depois da explicação teórica, houve a abertura para serem tiradas dúvidas das pessoas. Depois de tiradas as dúvidas, houve um intervalo para o lanche e depois foi perguntado se havia mais algo a ser questionado e depois o professor Gelso encerrou a reunião.

Denise e Ana Luíza

(estagiárias de Terapia Ocupacional)

10/04/00

Grupo Educativo de Hipertensos

Conduzido por: 1 docente de Medicina, 2 estagiárias de T.O., 2 de Psicologia, 2 de Nutrição, 2 de Medicina, 3 estagiárias de Farmácia e 1 auxiliar de enfermagem.

Neste encontro compareceram 18 hipertensos, o tema da reunião foi STRESS.

A reunião teve início com uma simulação elaborada pelos estagiários, onde foi ilustrada uma situação de stress através de uma discussão. Após de finalizada a simulação, foi explicado ao grupo um pouco sobre STRESS.

Para favorecer um pouco melhor entendimento sobre o STRESS, foi realizada uma dinâmica de grupo, conduzida pelas estagiárias da Terapia Ocupacional e Psicologia. Os pacientes foram divididos em 3 grupos e cada grupo deveria elaborar um cartaz, com recortes de revistas e jornais: o primeiro grupo elaborou as CAUSAS do STRESS, o segundo grupo elaborou as DOENÇAS CAUSADAS PELO STRESS e o terceiro grupo elaborou a PREVENÇÃO DE STRESS. Como finalização da dinâmica, houve uma explicação abordando as causas, doenças e prevenção, ministrada pelas estagiárias de Psicologia.

O docente Gelso finalizou a reunião, explicando que também existe o “stress sadio”, (que é aquele que é ativado quando se depara com situações de perigo, nos servindo como defesa), e a importância de se reservar um momento do dia para cuidar de si próprio, fazendo algo que lhe proporcione prazer.

Ficou combinado que no próximo encontro todos se encontrarão no Centro de Saúde, para ser realizada uma atividade física na praça e após, a reunião será realizada no Centro Social.

Denise Freire Teixeira e Ana Luiza Antunes
(estagiárias de TO)

18/04/00

Grupo de Hipertensos

Conduzido por: 1 docente de Medicina; 1 estagiária de TO; 2 estagiários de Nutrição, 1 auxiliar de Enfermagem e 1 docente de Educação Física.

O tema do encontro de hoje foi atividade física.

Como havia sido combinado anteriormente, os pacientes encontram-se no Centro de Saúde, onde foram medidas a pressão de cada um. Após esta etapa, todos foram para a praça fazer atividade física, sobre a coordenação de uma professora de Educação Física. Foram realizadas atividades onde todo o corpo foi movimentado, houve também uma caminhada de 10 minutos na praça. Após isto, para relaxar, foram realizados alguns movimentos de Tai-chi-chuan e para finalizar, foi sugerido que cada um do grupo desejasse “tudo de bom” para o outro.

Foi um momento muito rico, onde as pessoas se cumprimentaram através de beijos, abraços, aperto de mão e palavras carinhosas.

Para que fosse possível serem medidas as pressões dos pacientes, eles foram conduzidos ao Centro Social. Todos eles tiveram melhora da pressão após o exercício, e relataram terem se sentido melhor e apreciado muito a reunião de hoje. Foi reforçada a eles a importância da atividade física no cotidiano de cada um.

Na próxima reunião terá como tema uma abordagem farmacológica.

Denise Teixeira
(estagiária de TO)

02/05/00

Grupo Educativo de Hipertensos

Conduzido por: 1 docente de Medicina, 1 auxiliar de enfermagem, 1 estagiária de Terapia Ocupacional, 3 estagiários de Farmácia e 2 estagiárias de Medicina e 2 de Psicologia.

O grupo estava composto por 20 pacientes e o tema da reunião foi processo de saúde-doença.

Primeiramente foi passado um filme sobre a história das doenças e após, foi exibido o filme “Ilha das Flores”, o qual trata de problemas relacionados à falta de higiene e lixo.

Após os filmes, houve um debate conduzido pelas estagiárias de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional. No debate, houve a discussão entre os pacientes sobre o que mudou na saúde desde que os pacientes eram crianças e se as mudanças foram melhores ou piores. Houve diversidade de opiniões, e o grupo chegou à conclusão de que cada um tem seu ponto de vista e que em muitos momentos, como no caso do lixo, é necessário que cada um se conscientize e atue da melhor maneira, de modo a contribuir com a coletividade.

Na próxima reunião serão abordadas as complicações da Hipertensão Arterial pelas estagiárias de Medicina e Enfermagem.

OBS. Neste encontro houve a presença de apenas 1 estagiária de Terapia Ocupacional, porque a outra estagiária não pode comparecer em decorrência a um falecimento em sua família.

Denise Freire Teixeira

(estagiária de TO)

16/05/00

Grupo de Hipertensos – 20 pacientes

Conduzido por: 1 docente de Medicina; 1 auxiliar de Enfermagem, estagiários de Terapia Ocupacional, Farmácia, Medicina, Psicologia e Nutrição.

A reunião começou com uma “atividade de aquecimento”, sugerida pela Terapia Ocupacional, que consistia em os pacientes darem um abraço desejando um “bom dia” uns para os outros.

Após esta dinâmica as estagiárias de Medicina iniciaram a explicação sobre Colesterol, utilizando exemplos práticos a partir da vivência prática dos próprios pacientes, como por exemplos: “o acúmulo de gordura no sangue é como se fosse a pia entupida com gordura de frango”; este tipo de explicação facilitou o entendimento dos pacientes sobre este assunto.

Para falar sobre a dieta necessária para prevenir/controlar o colesterol, as estagiárias da Nutrição utilizaram a seguinte dinâmica: os pacientes foram divididas em 3 grupos, e cada grupo recebeu 1 isopor e diversos alimentos recortados de revistas. Foi proposto aos grupos, que colocassem com alfinete os alimento na parte do isopor que eles considerassem correto:

Após 15 minutos, as estagiárias junto com os pacientes, fizeram a explicação sobre os alimentos que devem ser evitados e os que podem ser consumidos. Caso os pacientes colocassem os alimentos em alguns lugares trocados, eles próprios mudavam com os alfinetes havendo grande interação dos pacientes com as estagiárias.

Depois de encerrado o assunto as estagiárias de Nutrição, deram continuidade à reunião, explicando Triglicérides.

Finalizada esta explicação, houve uma pausa para o lanche.

Depois de encerrado o lanche, as estagiárias de Nutrição, fizeram uma dinâmica com os pacientes, para iniciar o assunto obesidade: levantar, unir os pés e tentar enxergar a ponta dos pés; após isto segurar o abdômen para verificar se há ou não gorduras localizadas, “pneus”; a partir daí, houve uma explicação sobre a dieta para pessoas obesas.

Para finalizar o encontro, o professor Gelso questionou aos pacientes sobre o lugar do possível passeio que irá acontecer no dia 06/06/00, o local decidido através de votação dos pacientes foi, Santa Clara do Lago.

No próximo encontro serão discutidos os temas: Terapias Alternativas (T.O.) e Osteoporose (Medicina).

Ana Luíza Antunes e Denise Freire Teixeira

Anexo 15

Relatório do curso de Medicina

RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DE ESTÁGIO - GRUPO DE DM E HAS

Começamos a acompanhar este grupo a partir da reunião em que as acadêmicas da Farmácia abordaram o uso correto da medicação, a importância de usá-la conforme orientação médica, seu modo de conservação, além de esclarecimentos sobre genéricos.

Na reunião seguinte, as meninas da Terapia Ocupacional trouxeram uma proposta de relaxamento, na qual tínhamos que desenvolver nossa percepção corporal e respiratória, tendo excelente aceitação pelo grupo.

A seguir, vivemos uma experiência ímpar ao tentar dramatizar as complicações agudas e crônicas relativas às patologias enfocadas pelo grupo, a DM e a HAS. Tentamos, desta forma, conscientizar os pacientes sobre o valor do tratamento adequado a fim de prevenir as complicações.

Também estiveram presentes numa das reuniões, representantes dos instrumentos disponíveis na comunidade do bairro, citando alguns: o Grupo da Terceira Idade, que desenvolve atividades físicas, artesanais, turísticas, entre outras, voltadas a essa faixa etária; a própria escola que sedia o nosso grupo; a Associação dos Aposentados, que sempre busca melhorias e vantagens para seus sócios (descontos em medicação, colônias de férias); o Projeto Tainá, um grupo voltado aos jovens, que oferece boas oportunidades para melhora da qualificação profissional (cursos de informática, língua estrangeira), além de desenvolverem atividades artísticas e ocupacionais com esses adolescentes. Passamos a conhecer alguns bons exemplos de iniciativa, trabalhos voluntários e boa vontade, voltados ao bem-estar e melhoria da comunidade. Pudemos perceber o entusiasmo com que vários membros do nosso grupo se interessaram por estes recursos comunitários, sendo que, atualmente, muitos já estão participando das atividades físicas desenvolvidas pelo grupo da Terceira Idade.

Tivemos a contribuição (muito válida) do professor Saga em outra manhã, quando desenvolveu atividade física direcionada e adaptada à terceira idade. Todos os participantes aprenderam que era possível realizá-la individualmente, no domicílio, e sendo também acessível àqueles com limitações.

No penúltimo encontro, as acadêmicas de Nutrição levaram orientações dietéticas e estiveram esclarecendo as dúvidas dos integrantes do grupo relacionadas à alimentação dos portadores de DM e HAS.

Para o encerramento das atividades deste grupo, fomos todos a uma chácara em Jaguariúna, onde pudemos desfrutar de momentos de descontração e integração entre toda a equipe e os pacientes, através de exercícios físicos, lanche comunitário, brincadeiras desenvolvidas pela TO. Enfim, foi um dia muito agradável, que concluiu com sucesso a proposta do grupo, haja vista as avaliações finais dos participantes, sempre demonstrando saldos muito positivos. A chuva incessante deste dia não nos atrapalhou em nada!!!

Diante deste trabalho em equipe multidisciplinar, pudemos vivenciar, na prática, a importância das atividades do grupo quanto à identificação dos problemas em comum, bem como o esclarecimento das dúvidas pertinentes; além da conscientização dos pacientes para a importância de um tratamento adequado e regular; e da valorização de modificações dos hábitos de vida em benefício da própria saúde. Ser portador de alguma dessas duas doenças não significa estar proibido de se alimentar, de realizar alguma atividade dita "não indicada" para diabéticos ou hipertensos, enfim a estar condenado a uma vida limitada e em prazeres. Para nós foi muito gratificante perceber o quanto os participantes adquiriram conhecimento sobre sua doença, dando novo enfoque à sua condição, e melhorando em muito sua qualidade de vida. A vivência em grupo também nos ensinou muito, sobre as questões práticas do cotidiano dos nossos pacientes, uma vez que estas não constam nos livros...

Entretanto, gostaríamos de registrar um aspecto negativo que notamos dentro do atendimento ambulatorial prestado por nós, acadêmicos de Medicina, aos pacientes do grupo. Devido ao fato de as consultas desses pacientes não serem previamente agendadas na recepção do CS, não sabíamos quantos pacientes estavam marcados por período, uma vez que se somavam os encaixes do dia, aos retornos (os quais desconhecíamos). Isso prejudicou nosso rendimento, bem como o atendimento aos pacientes, pois havia dias em que tínhamos 5 pacientes a serem atendidos, enquanto que em outros, havia nenhum. Observamos que esta facilidade de atendimento através de encaixes (eventualmente, muitíssimo necessários!), está provocando faltas frequentes, pois o paciente sabe que será atendido prontamente na semana seguinte, e isso acaba desorganizando a rotina de atendimento. Fica aqui nossa sugestão!!!

Acadêmicas de Medicina -XXVII

CS Integração

21/11/2000

Ana Paula Serra

Fernanda Rodrigues de Almeida Fossa

Juliana Mara Cruz

Lilian da Rocha Seixas