

Karina Rubia

**Abordagem em Grupo na Atenção Primária:
o Caso do “Grupo do Colesterol” do Centro
de Saúde Escola de Botucatu.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Área de Concentração Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Botucatu, 2008

Karina Rubia

**Abordagem em Grupo na Atenção Primária:
o Caso do “Grupo do Colesterol” do Centro
de Saúde Escola de Botucatu.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Área de Concentração Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu, 2008.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Rubia, Karina.

Abordagem em grupo na atenção primária: o caso do “Grupo do colesterol”
do Centro de Saúde Escola de Botucatu / Karina Rubia. – Botucatu : [s.n.],
2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Assunto CAPES: 40602001

1. Atenção primária à saúde 2. Saúde coletiva 3. Grupo - Estudo de
casos

CDD 614

CDD 616.132

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Grupo; Processo.grupal,
;Tecnologia

*Não cobiço nem disputo os teus olhos
não estou sequer à espera que me deixes ver através dos teus olhos
nem sei tampouco se quero ver o que vêem e de modo como vêem os teus olhos
Nada do que possa ver me levará a ver e a pensar contigo
se eu não for capaz de aprender a ver pelos meus olhos e a pensar comigo*

Rubem Alves

Aos meus pais Carlos e Eliana,

Cuja convivência me permitiu descobrir o verdadeiro sentido do amor.

Em especial a minha mãe,

Meu exemplo de coragem e luta na construção de um mundo melhor para todos.

A minha irmã Marina,

Que me permite descobrir a cada dia o valor das diferenças.

*Ao meu querido **Thiago**,*

cuja chegada sossegou minha alma.

Meu companheiro de sonhos...

Que essa nova fase que se inicia em nossas vidas, represente o início de muitas conquistas...

Aos meus amigos,

Meus companheiros de vida

Que me permitem compreender o valor máximo da amizade.

Tenho em mim um pouco de cada um: dos sonhos, das certezas, dos ideais.

A **Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira**, por compreender todas as minhas dificuldades e me auxiliar na escolha desse caminho.

Ao **Dr Nelson de Oliveira**, que inicialmente se dispôs a me apoiar com o trabalho na pesquisa.

Aos **usuários** dos serviços de atenção primária com os quais eu pude encontrar, expondo suas dificuldades, suas vivências, permitindo-me trilhar novos caminhos.

Aos **proponentes** do caso estudado, por terem se mostrado, a todo tempo, disponíveis para a construção desse trabalho.

À minha querida **Tatiana Tiago Mendes**, amiga de sonhos e de conquistas, por sua luz em meu caminho e suas palavras que alegram minha vida.

A minhas flores **Helen Izabel de Freitas, Renata Romagnoli, Tiemi Oikawa, Regina Uliana e Sueli Terezinha**, por todo o companheirismo, incentivo, muito mais que incentivo.... mas principalmente por me apresentarem uma imensidão de cores não antes avistadas.

As **equipes de professores do IUSC**, que ao longo desses anos me proporcionaram a convivência e a riqueza dos diferentes olhares.

Aos professores que participaram da banca da qualificação desse trabalho, **Dra. Maria Inês Nemes Baptistella, Dr Luis Carlos Giarola e Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira**, cujas contribuições foram imprescindíveis para a reelaboração desse trabalho.

Ao colega **Dr Luis Carlos Giarola**, no qual sempre encontrei uma porta aberta para o diálogo, que sempre me incentivou para a pesquisa, tornando o meu caminho ainda mais tranquilo nesta reta final.

Aos meus **alunos**, os responsáveis pelo dificultoso, mas prazeroso descobrimento do verdadeiro papel de um mediador de grupos.

A **Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino**, minha oportunidade formal de agradecer toda a confiança que teve em meu trabalho, proporcionado minha mais rica experiência com a docência, o IUSC.

As minhas queridas **Ludmila Cândida de Braga** e **Tarcila de Almeida Santos**, cujo exemplo profissional me deixou ainda mais apaixonada pela Saúde Pública, e pela amizade que se permanece mesmo com o distanciamento.

A todos os profissionais do CSE, que me receberam como uma família quando cheguei em Botucatu. Em especial as “meninas” da área do adulto, **Sandra Cruz, Sandra Fumez, Eva e Luciana** que se empenharam para a realização do grupo do colesterol.

As minhas sempre professoras **Carla Maria Vieira** e **Rita de Cássia Bertolo Martins** por me apresentarem a minha grande paixão, a Saúde Pública.

A minha amiga **Mariângela Quarentei** por me aconchegar com suas palavras e sua companhia, e ao **Daniel** por toda ajuda nesta reta final.

Abordagem em Grupo na Atenção Primária: o Caso do “Grupo do Colesterol” do Centro de Saúde Escola de Botucatu. 132 p Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu – SP, 2008.

A utilização de grupos enquanto estratégia de assistência em serviços de atenção primária no Brasil vem sendo difundida desde a década de 70, e os trabalhos publicados sobre esse tema pouco abordam sobre o processo de organização e execução do trabalho em grupo. O presente trabalho é um estudo de caso sobre a experiência da abordagem em grupo para usuários com perfil lipídico alterado do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, no período de 1999 a 2003. Tem como objetivo contribuir com os estudos sobre as práticas de grupo nos serviços de atenção primária a saúde, por meio da análise e discussão da experiência do “grupo do colesterol” enquanto uma tecnologia de trabalho na perspectiva do processo grupal. O estudo de caso é realizado por meio da conjugação de diferentes abordagens qualitativas (análise temática de entrevistas, análise documental e análise descritiva de registros em banco de dados). O presente trabalho discutiu o contexto vivenciado pelos serviços de saúde durante a emergência das práticas de grupo na década de 1970 e ainda utilizou algumas experiências identificando as perspectivas norteadoras das práticas de grupo na atualidade. Com a análise do caso foi possível identificar que a proposta baseou-se no enfoque de risco, com o objetivo de desenvolver ações para diminuir a exposição aos fatores passíveis de controle. Dois conjuntos de questões aparecem como motivadoras para o desenvolvimento da proposta: o acúmulo da demanda por consulta médica para adultos (objetivo racionalizador) e a busca por desenvolver alternativas de cuidado mais integral. São apontadas algumas características como o tipo de vínculo de inserção do profissional do serviço, a reprodução do modelo centrado no médico, e a identificação das práticas de transmissão de conhecimento - avaliação de resultados, são apontadas como obstáculos do estabelecimento do processo grupal enquanto tecnologia de trabalho. Em contrapartida, a abertura do fluxo de encaminhamento para a demanda espontânea e a procura dos usuários para realizar o grupo novamente apontam que o grupo, para algumas pessoas, pode ter se constituído enquanto espaço de identificações e satisfação de necessidades pessoais. Fica apontado aos serviços a necessidade de se refletir sobre a utilização do processo grupal enquanto *saber* que *operacionaliza* a prática, para identificar ou mesmo construir a necessidade do cuidado integral em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Grupo ; Processo Grupal; Tecnologia em Saúde;

Group Approach in Primary Health Care: The Case of the “Group of Cholesterol” School Health Center of Botucatu. 132p. Master degree, Post graduation Programme of Collective Health of Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu – SP, 2008

The use of groups as strategy for assistance in primary health care in Brazil has been widespread at least since the decade of 1970, and the works on this topic little deal on the process of organization and execution of the work in groups. This work is a case study on the experience of group approach for users with lipid profile changed from School Health Center of Botucatu School of Medicine/UNESP, in the period of 1999 to 2003. Its goal is to contribute to the studies on the group practices of primary care services, through the analysis and discussion of the experience of the “group of cholesterol” as a work technology in the perspective of the group process. The case study is performed through the combination of different qualitative approaches: thematic analysis of the interviews, documentary analysis and descriptive analysis of records in the database. This work discussed the context experienced by the health services during the emergency of group practices in the decade of 1970 and even used some experiences identifying the guiding perspectives of group practices at present time. The analysis of the case allowed to identify that the proposal was based on the risk focus, with the purpose of developing actions to reduce exposure to factor that could be controlled. Two sets of issues appear as motivating for the development of the proposal: the accumulation of demand for medical consultation for adults and the search for develop alternatives of full care. Some features are pointed out as the kind of labour link of the professional of the service, the reproduction of the model focused on doctor, and the identification of the practices of transmission of knowledge – evaluation of results, these are pointed out as obstacles for the establishment of the group process while work technology. In contrast, the opening of the flow of shipment to the spontaneous demand and the demand from users to perform the group again indicate that the group, for some people, may be formed as an area of identification and satisfaction of personal needs. Its pointed to the services the need to reflect on use of the group process as knowledge that operationalizes the practice, to identify or even build the need for full health care.

Key-words: Primary Health Care; Group; Group Process; Health Technology;

Lista de tabelas, gráficos, figuras e quadros	16
Lista de abreviaturas	19
Apresentação	21
1. Introdução	30
1.1. A utilização das práticas de grupo nos serviços de saúde.....	31
2. Perspectivas norteadoras da abordagem em grupo.....	42
2.1. A educação em saúde nos serviços de saúde de atenção primária	43
2.2. Organização tecnológica do trabalho nos serviços de saúde	51
2.3. Teoria de grupo: contribuição às práticas de grupo, nos serviços de saúde	57
3. Objetivos	65
3.1. Geral	66
3.2. Específico	66
4. Metodologia.....	67
4.1. O caso e o local da pesquisa.....	69
4.2. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	69
4.3. Aspectos éticos.....	72
5. Resultados	73
5.1. O Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP	74
5.2. A organização da assistência e as práticas de grupo no serviço....	76
5.3. As propostas de atenção à saúde do adulto no período de 1998 a 2002.....	79
5.4. A abordagem em grupo para pessoas com dislipidemia: organização e implantação	83
5.4.1. Formação da equipe e construção de um protocolo de atendimento	83
5.4.2. Fluxograma assistencial.....	85
5.4.3. O desenho do “grupo do colesterol”	90
5.4.4. Características da dinâmica do trabalho em grupo	93
5.4.5. Perfil inicial dos usuários.....	96
5.5. Outras características relevantes.....	104
6. Discussão e Considerações Finais	108
7. Referências	115

8. Anexo	126
8.1. – anexo 1 - Roteiro de entrevista (E1)	127
8.2. Anexo 2 – Roteiro de entrevista (E2)	127
8.3. Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	128
8.4 . Anexo 4 – Protocolo de atendimento do grupo (frente)	129
8.5. Anexo 5– Protocolo de atendimento do grupo (verso).....	130
8.6. Anexo 6 – Parecer do comitê de ética	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo as características de sexo e grupo etário. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (n=214).....	98
Tabela 2 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação à classificação de pressão arterial sistólica e diastólica*. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 118).	99
Tabela 3 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação ao hábito intestinal no momento inicial da atividade. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 126).	100
Tabela 4 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo presença de co-morbidades ao iniciarem as atividades. Botucatu, SP, 1999 - 2003.	100
Tabela 5 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo uso de medicações ao iniciarem as atividades. Botucatu, SP, 1999 – 2003.	101
Tabela 6 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação ao perfil lipídico*. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 214).....	102
Tabela 7 -	Distribuição dos usuários segundo o comparecimento número de sessões de comparecimento durante o período em estudo. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 214).....	103
Tabela 8 -	Distribuição dos usuários segundo o número de sessões de comparecimento e diagnóstico de Hipertensão e Diabetes. Botucatu, SP, 1999 – 2003.	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição do número de usuários que iniciaram a AG, durante os 25 grupos realizados no período em estudo. Botucatu, SP, 1999 - 2003. (n= 214).....	97
Gráfico 2 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação a realização de Atividade Física. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (n=153).....	98
Gráfico 3 -	Distribuição dos usuários que iniciaram a AG realizando atividade física, em relação a frequência semanal. Botucatu, SP, 1999 – 2003(n=102).....	98
Gráfico 4 -	Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação a classificação do IMC. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 212).	99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Recorte do modelo original do banco de dados da AG para usuários com dislipidemia	19
Figura 2 -	Fluxo de atendimento inicial aos usuários dislipidêmicos da área de saúde do adulto, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999 - 2003.....	86
Figura 3 -	Reorientação do fluxo de atendimento aos usuários dislipidêmicos da área de adulto, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999 - 2003.	89
Figura 4 -	Modelo da AG para usuários com dislipidemia, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999-2003.....	91

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 -	Classificação dos grupos nas sociedades, segundo a perspectiva de Martin-Baró (Martins, 2003)	62
------------	---	----

AG – Abordagem em grupo

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

CSE –Centro de Saúde Escola

UVL – Unidade Vila dos Lavradores

UVF - Unidade Vila Ferroviária

FCMBB - Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu

FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu

UNESP – Universidade Estadual Paulista

SES - Secretaria de Estado da Saúde

IUSC – Interação Universidade Serviço Comunidade

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

PSF – Programa de Saúde da Família

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado. A diferença entre o inacabado que não se sabe como tal e o inacabado que histórica e socialmente alcançou a possibilidade de saber-se inacabado. Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção da minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo” (FREIRE, 1995).

Quais experiências contribuíram para as dúvidas motivadoras desta pesquisa?

Enquanto ser determinado e consciente de que a minha presença no mundo não se faz isenta de forças sociais, e que carrego comigo muito mais do que a herança genética, retomarei minha trajetória acadêmica e profissional para buscar esclarecer o porquê, as dúvidas que subsidiaram a construção deste trabalho, se faziam perturbadoras na minha prática.

Primeiramente preciso considerar que nem sempre ter dúvidas e fazer perguntas, foram importantes em minha vida. Enquanto aluna que estudou em escola de ensino tradicional, onde professor ensina e aluno aprende, não

tinha a menor idéia que precisaria aprender a ter dúvidas e o quanto isso seria importante para minha vida profissional.

Decidi pela Graduação em Nutrição, e busquei meu primeiro projeto de extensão, na área da Saúde Pública, intitulado “Educação para Autonomia no Cuidado em Diabetes”. Se precisasse sintetizar esse projeto através de contribuições que ele trouxe para minha vida, destacaria duas: foi através da convivência com minhas orientadoras que compreendi que um bom mestre é aquele que responde as perguntas do aluno com outra pergunta, gerando a dúvida, e o quanto esta é primordial para se fazer pesquisa. A segunda seria a minha aproximação do trabalho com grupos de usuários com diabetes, a qual despertou em mim a certeza de ter naquelas oficinas um espaço especial onde “aconteciam coisas boas”. As pessoas conseguiam conversar e trocar experiências, o espaço era um facilitador na construção da autonomia dos indivíduos, e isso parecia importante na convivência com a doença crônica.

Ao final do projeto de extensão entendia que o trabalho com pequenos grupos era uma estratégia especialmente produtiva, diferenciada e que a sua utilização para a educação em saúde seria de grande importância.

Meu projeto seguinte foi de pesquisa, volto para o ambiente hospitalar e me aproximo da avaliação de ações em saúde com o projeto intitulado “Diagnóstico e sensibilização para as ações de humanização do parto e nascimento no hospital Santa Casa de Misericórdia do Município de Piracicaba – SP”. Minha primeira experiência com um projeto quantitativo foi difícil, mas o aprofundamento teórico a respeito do Aleitamento Materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança proposta pela parceria Organização Mundial da Saúde (OMS) – Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), me fizeram pensar a respeito da importância da implantação de políticas públicas, e acredito ter sido o momento da minha carreira em que passei a pensar que “avaliar é preciso”.

Durante os estágios da graduação, na Saúde Pública voltei a trabalhar com grupos, agora de usuários com hipertensão, diabetes, gestantes e mães do programa de puericultura. A cada atividade com grupos, agora tendo a experiência do atendimento individual na atenção primária, e nas enfermarias,

aumentava a minha certeza de que algo particular acontecia naquele espaço. Sentia-me mais próxima das pessoas enquanto profissional, começava a entender as dificuldades encontradas por elas para a realização do tratamento.

Foi também durante o estágio, que comecei a pensar sobre o papel do mediador na condução do grupo. Percebia com a prática, alguns facilitadores para o papel do mediador, entre eles: a utilização das “dinâmicas de grupo”, que pareciam “esquentar” o início dos encontros possibilitando a aproximação das pessoas; além da minha segurança que aumentava a cada dia com os grupos, possibilitando maior aproximação com os usuários. Começava então a refletir sobre a importância do vínculo profissional-usuário.

Entre as dificuldades, o diálogo. Sentia o quanto era difícil fazer perguntas que iniciassem discussões, entendendo que essas trariam para o grupo experiências individuais que pudessem ser compartilhadas, onde os indivíduos identificariam problemáticas semelhantes e encontrariam juntos, estratégias de enfrentamento do problema.

Ainda durante o estágio em Saúde Pública, trabalhei com o grupo de estágio para capacitação de duas equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Preparar as reuniões para identificação dos problemas e levantamento de demandas, refletir sobre a melhor estratégia didática para trabalhar com os grupos, compreender que partir dos problemas vivenciados pelas equipes seria um bom caminho. Assim, vou me aproximando da necessidade de identificar demandas, levantar os problemas reais vivenciados por aquelas pessoas percebendo-os enquanto facilitadores do diálogo, que tão difícil me parecia.

Seguido à graduação, inicio o programa de aprimoramento profissional em Nutrição Clínica e Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Em um programa que tem por objetivo o aprimoramento em serviço para o trabalho no Sistema Único de Saúde, permaneço por 12 meses no Centro de Saúde Escola desenvolvendo atividades de nutrição em atenção primária.

Minha experiência com grupos da graduação, e a certeza de que a abordagem em grupo era principal estratégia para a educação em saúde, fizeram-me buscar todas as atividades em grupo possíveis e participar da

estruturação e execução dessas atividades junto com as nutricionistas do serviço. Em breve resumo, participei de reuniões do grupo de usuários com dislipidemia, grupo objeto de estudo deste trabalho, ressaltando que minhas poucas participações aconteceram na forma de observadora em período posterior ao estudado. Acompanhei reuniões do grupo de obesidade, que acontecia no serviço sob supervisão de um docente do departamento de Saúde Pública. Junto à nutricionista do serviço realizei reuniões para o grupo de usuários com hipertensão, grupo de diabetes e grupo de mães que recebiam cotas do programa estadual “Viva Leite”.

Estar em um serviço escola, que tem entre suas principais missões a pesquisa, fez amadurecer em mim, cada vez mais, a idéia do mestrado. Agora, já formada e com o aprimoramento, acreditava ser a educação em saúde, o caminho para “educar os deseducados na busca pela saúde” e o trabalho em grupo seria estratégia “padrão ouro”.

Estando em serviço, sabia que o “grupo do colesterol”, nome pelo qual era conhecida a abordagem em grupo para usuários com dislipidemia, objeto desse estudo, tinha um banco de dados construído com dados de seus quase cinco anos de existência. Com a certeza que abordagem em grupo era um espaço diferenciado da abordagem individual, minha primeira hipótese levantada foi de que os usuários em seguimento na atividade em grupo apresentariam melhores resultados bioquímicos, antropométricos e alimentares que os que estavam em acompanhamento apenas em seguimento individual. Fui desencorajada a realizar esse tipo de avaliação de resultados, pois, seria um trabalho muito complexo e ambicioso para um mestrado.

Pensei então em trabalhar apenas com os usuários que realizaram a atividade em grupo. “Minha certeza”, percebiam que a prática já ocultava minhas dúvidas e trazia muitas certezas, era de que ao avaliar os resultados quantitativos eu encontraria melhores resultados entre os usuários que concluíram todas as reuniões do grupo ao compará-los com os resultados dos que não concluíram todas as sessões. Além disso, acreditava que o grupo proporcionava alguns resultados que não poderiam ser mensurados em uma análise quantitativa, pensei então em realizar uma avaliação qualitativa com os usuários, para identificar a importância que estes atribuíam à participação da

atividade em grupo na mudança do seu estilo de vida. Mais uma vez o projeto me parecia extenso demais e a análise qualitativa, apesar de me seduzir, me causava certo medo.

Passamos então a pensar na avaliação da abordagem em grupo, associada à utilização do serviço. Pensamos na possibilidade dos usuários que freqüentavam a Abordagem em Grupo (AG), procurarem menos as consultas individuais, ou mesmo, o fato de não aderirem ao grupo por resistência ao método, proporcionaria uma maior procura de outros serviços. A idéia de aderência, inicialmente, estava relacionada apenas à aceitação do método, sem qualquer outro questionamento.

A proposta inicial deste trabalho, foi utilizar a idéia de investigação de utilização do serviço, associada à procura de possíveis diferenças entre os usuários que aderiram ou não a AG.

Junto com esse primeiro projeto, teve início uma das minhas grandes dificuldades: entender a utilização da abordagem em grupo, nos serviços de atenção primária. Só a aproximação com a prática dos grupos, me auxiliaria, na medida em que proporcionava o incomodo com algumas certezas.

Com o início do mestrado, começo o meu trabalho no Centro de Saúde Escola (CSE), reestruturando a AG grupo para usuários com dislipidemia, vale lembrar que esse é o mesmo “grupo do colesterol”, mas o período foi posterior ao analisado neste trabalho. Após a experiência com a coordenação deste grupo, continuo com a tarefa de organizar ações da nutrição na unidade da Vila Ferroviária. Dentre essas atividades estavam: os atendimentos individuais, a supervisão de alunos e a estruturação da atividade em grupo. Essa experiência possibilitou meu amadurecimento e abriu meus olhos para enxergar a Instituição, onde as ações não acontecem isoladamente e não se sustentam por si só. O trabalho de implantação de algumas atividades revelou-se um tanto complexo naquele momento: conversar com a equipe para identificar as necessidades do serviço e responder adequadamente às demandas e necessidades dos usuários, estabelecer os objetivos daquela atividade, organizar toda a estrutura, desde o horário da equipe, passando pela

deficiência de estrutura física, a definição dos critérios de encaminhamento, até a necessidade de se fazer supervisão com outro profissional capacitado.

Hoje compreendo que as dificuldades presentes na minha prática de trabalho com grupos, na saúde, só aconteceram por que eu acabei estabelecendo uma ponte entre o ensino e a assistência. A relação teoria-prática foi responsável por gerar tantas inquietações e dificuldades.

Minha primeira experiência com o ensino acontece ainda durante o aprimoramento, como professora tutora da disciplina de Saúde Coletiva III oferecida pelo Departamento de Saúde Pública ao curso de Medicina, a qual eu participo até hoje. Acabava de iniciar então, o que seria complexo, porém, prazeroso trabalho como tutora de pequenos grupos.

Merece destaque, dentre todos, um trabalho que tem sido muito especial, apesar ter sido doloroso o meu afastamento para a conclusão deste trabalho. Com o ingresso no mestrado começo a trabalhar como professora tutora de um pequeno grupo de alunos, do primeiro ano do curso de Medicina. O Programa intitulado “Interação Universidade Serviço Comunidade” (IUSC), só constituído enquanto disciplina no ano de 2007, é um dos Eixos do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Entre seus principais objetivos destaca-se a vivência de professores e alunos em cenários e práticas não restritos à visão biológico-reducionista, voltadas para a integralidade das ações em saúde (CYRINO, 2006).

Trabalhar com os alunos na comunidade, vivenciar com mais apropriação as dificuldades do mediador do grupo, refletir sobre o reducionismo na formação e nas práticas de saúde, questionar a normalidade e a referência, perceber na prática que os sujeitos são determinados historicamente, as diferenciadas maneiras de organização da vida e o sentido que cada indivíduo dá para ela, discutir modelos de comunicação em saúde, a própria educação em saúde, e o mais importante - fazer isso com os alunos e com o grupo de professores. Quero destacar a importância da vivência durante esses três anos com o grupo de professores. Posso dizer que esse grupo foi um laboratório, onde enquanto profissional da área biológica, pude aproximar-me

de discussões e voltar meu olhar para questões que nunca antes havia refletido. O estabelecimento de vínculos de amizade e de trabalho, com um grupo de pessoas de olhares tão diversos, me auxiliava a cada dia para o questionamento da minha prática.

Todas essas experiências, tanto no ensino como na assistência, foram mobilizadoras das dúvidas que vivenciei durante toda a construção dessa pesquisa. Comecei a perceber o quanto nós, profissionais da saúde, ditamos regras: fazemos prescrições, normatizamos hábitos saudáveis, usamos o nome de educação em saúde em substituição da antiga educação sanitária guardando os mesmos objetivos, o quanto buscamos na vida dos usuários a responsabilidade pelo não cumprimento do tratamento. O tratamento! O tratamento é inteiramente construído pelo profissional, baseado em sua necessidade de garantir o resultado. Não paramos para refletir sobre a “construção conjunta do tratamento necessário”, e o quanto isso implica no despojamento de valores do profissional para construir um tratamento que tenha sentido para o indivíduo, ou minimamente que possa ser compreendido - leve em consideração suas limitações.

Exaustivamente falo sobre minhas dúvidas e questionamentos, para que o leitor possa visualizar o caminho percorrido rumo à compreensão de que a busca por resultado não é possível sem o entendimento do processo.

Até a qualificação, esse trabalho foi sempre difícil uma vez que eu não conseguia me envolver com o objeto, hoje entendo que é por não acreditar no caminho que havia escolhido. Avaliar resultados, sem discutir o processo estava sendo muito difícil. A divisão que realizei no banco de dados entre usuários aderentes e não aderentes me fazia pensar na questão da “aderência”: a que? Para quem? A dificuldade de compreensão do objeto se desdobrava em dificuldades metodológicas de como abordá-lo. Na busca por resultados acabei comparando o incomparável, e percebia que aquele trabalho não conseguia expressar o que eu realmente sentia e pensava em relação ao assunto.

Foi então após a qualificação que decidimos por uma reestruturação onde só então consegui me visualizar dentro do trabalho.

Inicialmente as entrevistas com propositores e executores da atividade seriam utilizadas apenas para introduzir a implantação do grupo, cuja análise teria como foco a avaliação de resultados com base no banco de dados de cinco anos dessa atividade. Entretanto essas entrevistas assumiriam outro significado com o deslocamento do foco de análise para o processo. A clareza de que a discussão do processo permitiria apontar algumas facilidades e refletir sobre dificuldades na utilização desta atividade, me deixou mais tranqüila e segura. O trabalho ganhou maior consistência e assumiu o desenho do estudo de caso de uma ação em saúde, onde a utilização de instrumentos de avaliação qualitativa, resgate histórico em documentos e publicações sobre a atividade, tornaram-se o carro chefe da metodologia. O banco de dados, secundarizado, foi utilizado para descrição do perfil da atividade e de seus participantes. O tipo de organização da proposta de trabalho e como ela se insere na Instituição, discutindo desde seus objetivos institucionais até as características de execução da atividade, serão utilizados para descrever a história do “grupo do colesterol”, como é mais conhecido a AG para usuários com dislipidemia do Centro de Saúde Escola de Botucatu.

Ainda que a apresentação possa ter sido um tanto quanto extensa, ela correspondeu à necessidade de apresentar meu caminho profissional e alguns aspectos do percurso realizado na construção do presente trabalho, particularmente no amadurecimento do seu objeto, a utilização de grupos nos serviços de atenção primária. Partindo desse amadurecimento, procuro oferecer contribuições aos Serviços de Saúde, ao possibilitar a reflexão sobre a execução das práticas de grupo existentes ou mesmo para a estruturação de novas práticas.

1. INTRODUÇÃO

A abordagem em grupo tem sido utilizada como estratégia para o cuidado por várias práticas de saúde, com diferentes objetivos e tomando por base diversas áreas do conhecimento, principalmente as ciências sociais e a psicologia. No presente trabalho, buscaremos discutir a utilização do grupo na atenção primária enquanto tecnologia, ou seja, enquanto tradução operativa de um saber de base científica aplicado com a finalidade de alterar uma determinada condição da realidade (MENDES-GONÇALVES,1994; SCHRAIBER, 1996,1999).

É nesse sentido que o entendimento do trabalho em grupo, enquanto tecnologia aplicada a serviços de atenção primária, guiou a discussão desse trabalho.

Mendes-Gonçalves (1994) destaca a importância em não se reduzir o significado do termo tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho. O autor aponta para a necessidade de considerar que os instrumentos só ganham existência concreta no trabalho no momento em que expressam relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham, cuja adequação se refere às relações sociais de produção conforme as quais os homens se organizam e modificam a natureza e a história. Sendo assim, o conhecimento de base científica, “os saberes” aplicados ou mesmo transformados em instrumentos de intervenção nas práticas em saúde, constituem-se em tecnologias de trabalho.

1.1. A utilização das práticas de grupo nos serviços de saúde

Ao buscar relatos de experiências práticas de grupos, pode-se constatar que a Psicologia há mais de um século discute a utilização de grupos, principalmente como estratégia terapêutica, com base em muitas correntes teóricas. Entretanto, dentro dos serviços de saúde, o grupo tornou-se prática mais freqüente há pouco mais de três décadas e sua utilização enquanto tecnologia de trabalho ainda merece reflexões.

Os trabalhos encontrados sobre a utilização do grupo na atenção primária, enfocam principalmente a avaliação de resultados (SILVA, S. P. & SANTOS, M. R., 2004; DEAKIN, et al 2005; SANT`ANNA & FERRIANI, 2000). Poucos trabalhos remetem a reflexão do processo de organização da prática de grupo, ou mesmo fazem considerações sobre o pressuposto teórico que os orientam. Sendo assim, considerou-se necessário construir um quadro sintético sobre o processo de incorporação da prática de grupo nos serviços de saúde.

Deve-se destacar, que ao mencionar “grupos nos serviços de atenção primária”, desconsideramos as atividades realizadas pela área de saúde mental, uma vez que essa área possui história a parte, principalmente no que se refere ao trabalho com grupos. Esse campo possui em suas práticas com grupos uma maior densidade tecnológica, no que se diz respeito aos conhecimentos científicos que embasam e orientam essa atividade.

A experiência mais antiga que se tem registro da utilização da abordagem em grupo com usuários dos serviços de saúde, remete a realizada por um médico fisiologista americano dentro da enfermaria de um hospital.

Por volta de 1905, no Massachusetts General Hospital, Boston, o médico fisiologista Joseph H. Pratt, ao se deparar com um grande número de pacientes tuberculosos que necessitavam de tratamento, resolveu matriculá-los em um sistema de classes de 15 a 20 pacientes, que se reuniam uma vez por semana onde ele aplicava uma técnica empírica de grupo. O grupo acabara tornando-se a parte mais importante do tratamento, nas atividades conferidas em modelo de aulas, o médico falava sobre a dieta, a alta, a vida fora do hospital, os métodos para a cura da tuberculose e estimulava os pacientes a auxiliarem no tratamento (CAMPOS, 1992; MUNARI & RODRIGUES, 1997; MELLO FILHO 2002; CONTEL,2002) .

O médico observou que a tuberculose, como doença comum a todos, favorecia a união e “camaradagem” entre eles, e que a influência de uns sobre os outros, durante as reuniões de grupo, acabava sendo benéfica. Nessas reuniões eram expostas noções sobre dieta, a alta e a vida fora do hospital além de medidas de higiene (MUNARI & RODRIGUES, 1997).

Segundo alguns autores o médico costumava privilegiar aqueles que seguiam suas lições e apresentavam melhoras rápidas, apontando-os como exemplos para os demais (MELLO FILHO 2002). Contel (2002), afirma que essa técnica possuía alguns objetivos, tais como: premiar a melhora, encorajar a todos para se animarem no tratamento e infundir um espírito de esperança em todos.

Apesar dessa experiência ter sido retratada como o início da prática da psicoterapia grupal, Mello-Filho (2002) relata que a técnica utilizada por Pratt, que funcionava principalmente pela sugestão e estímulo do paciente, utilizava da técnica *by de group* (por meio do grupo), não incluindo uma visão psicodinâmica do paciente e nem mesmo de processo grupal.

Uma citação de Zimerman (1992) relata que Pratt verificou que

“ entre os pacientes se estabeleciam relações emocionais que tornavam os pacientes mais animados. Isso o inspirou a reuni-los em aulas semanais para administra-lhes um curso. Nessas aulas, discutia a atitude dos doentes em face da infecção, em relação aos familiares e amigos; comparava as maneiras de se defrontarem com a doença; dava conselhos e esperança de cura. As reuniões eram consideradas proveitosas porque invariavelmente os pacientes melhoravam, tornavam-se otimistas e corajosos. Mais tarde ele empregou essa técnica com outros pacientes crônicos, cardíacos, diabéticos e psiconeuróticos. (ZIMERMAN, 1992. p)

Wood citado por Manuari & Rodrigues (1997) refere-se ao trabalho realizado por Pratt como um espaço onde a solidão, o pessimismo, a depressão e outros efeitos psicológicos vindos da doença, poderiam ser aliviados pelo suporte emocional existente entre um grupo estável de pessoas com preocupações e experiências semelhantes. O método difundido pelo médico, caracterizado pelo enfrentamento da influência das emoções sobre o tratamento, vem difundindo-se amplamente, reconhecido e estudado como abordagem em grupo para pacientes somáticos.

Mello-Filho (2002) destaca que os grupos de pacientes somáticos vem se expandindo nos últimos 20 anos. Cabe definir paciente somático enquanto

aquele que descreve ou apresenta uma alteração de uma estrutura anatômica ou funções do corpo - através de dor, dormência, cansaço, náuseas, vômitos, hipertensão arterial ou mesmo úlceras (MELLO-FILHO, 2002; CAMPOS, 1992).

Alguns pesquisadores como Egan (1983) e Mandriota (1980) enfatizam que apenas medidas como as citadas acima não são suficientes. Eles discutem sobre a necessidade de se combinar a modificação de hábitos de vida com a elaboração de situações psicossociais que contribuam para a manutenção e agravamento da doença. Ressaltam ainda a importância da adoção de atitudes e técnicas que facilitem a expressão de sentimentos e a reflexão sobre circunstâncias da vida que possam estar interagindo com a doença. Para eles a reunião de pessoas portadoras da mesma doença parece cumprir esse papel ao propiciar a troca de experiências comuns, propiciar um clima de acolhimento e apoio que lhes permite pensar sobre a doença, expressar sentimentos em torno dela, conscientizar-se da correlação ou nexos entre sua doença e sua vida (CAMPOS, 2002).

Partindo das primeiras experiências de Pratt no início do século XX, é com maior intensidade que essas experiências foram realizadas nos Estados Unidos a partir da década de 1970. Com destaque, o trabalho com grupos de hipertensos fazia parte do programa nacional de detecção e controle da hipertensão arterial, o Hypertension Detection and Follow-up Program, organizado frente aos elevados índices de morbidade e mortalidade que a doença vinha apresentando (CAMPOS, 1992).

Buscava-se com esse programa, aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento e melhorar seus níveis tensionais, aumentar o acesso a medicações, melhorar a relação médico paciente, fornecer maior grau de informação sobre a doença, e utilizar técnicas de relaxamento para controle da pressão (CAMPOS, 1992).

Deve-se destacar o período da década de 1960, quando a Medicina Comunitária emerge como forma de prestação de serviços e extensão do cuidado médico aos grupos sociais no cenário dos Estados Unidos. Sem caracterizar-se como um campo sistematizado de princípios, seus principais objetivos desdobravam-se desde a melhor localização dos elementos a serem

tratados até a percepção do processo saúde-doença através de suas dimensões ecológica e psicossocial. Não se deve desconsiderar que a extensão do cuidado estava também relacionado a garantia de uma maior eficiência técnica e principalmente na redução de custos. Esta prática se difundiria para as sociedades dependentes com suporte das agências internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (DONNANGELO, 1979; CYRINO, 1993).

Na América Latina a difusão desse projeto ganha espaço na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que propõe-se a “desenvolver modelos de assistência que garantam a extensão do cuidado à saúde de populações pobres, urbanas e rurais” (DONNANGELO, 1979, p.85).

No Brasil, há uma grande adesão às proposições desse movimento reformador associada a reformas do setor da saúde, buscando políticas de extensão de cobertura dos serviços, uma vez que já se admitia a inviabilidade econômica dos elevados investimentos realizados, até então, na medicina previdenciária privada.

Um breve resgate sobre as transformações do setor saúde, nos permitirá compreender melhor a emergência do trabalho com grupos enquanto prática de saúde, assim como as raízes históricas dessa prática nos serviços de atenção primária.

No Estado de São Paulo, especialmente na década de 70, a reforma da Secretaria de Estado da Saúde (SES), que trouxe para dentro dos centros de saúde o modelo da Programação em Saúde, no qual o trabalho com grupos era realizado com maior frequência. A partir desse momento é possível encontrar um maior número de publicações descrevendo e avaliando este tipo de trabalho, com destaque aquelas que descrevem grupos de orientação às gestantes, com uso de um enfoque preventivista e normativo, coerente com as diretrizes que orientavam os programas destinados a essa clientela naquele momento (SANT`ANNA & FERRIANI, 2000).

Ao final da década de 1970, houve uma expansão na utilização dessa estratégia para o atendimento a outros grupos específicos, entre eles: usuários

com dificuldades de locomoção, com hanseníase, cardiopatias, grupos de mães, adolescentes, e principalmente usuários com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. (SANT`ANNA & FERRIANI, 2000; MUNARI & RODRIGUES,1997).

Nas publicações nacionais, a enfermagem destaca-se através de suas contribuições, com a sistematização das atividades realizadas com grupos nos serviços de saúde (GODOY & MANUARI, 2006).

Godoy & Manuari (2006) realizaram pesquisa delimitando o período de 1980 a 2003, com objetivo caracterizar a produção científica, sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro. Periódicos nacionais da enfermagem foram selecionados, e dentre os resultados destacam-se o aumento das publicações a partir do ano de 1994 e as regiões Sul e Sudeste como as responsáveis por maior número de publicações. Um total de 24,5% (37 periódicos) foram classificados na categoria “o grupo como recurso na assistência”, sua subclassificação permitiu identificar 11 periódicos que descreviam atividades grupais de curta duração como sala de espera, orientação de cirurgias e oficina; 13 artigos na subcategoria “grupos para manutenção de programas e projetos” e 13 artigos de “grupos de reabilitação e apoio emocional” realizados com portadores de uma mesma patologia (obeso, hipertenso, diabético) (GODOY & MANUARI, 2006).

Na subcategorização, realizada pelos autores no total de artigos que relataram o uso dos grupos na assistência, destaca-se os grupos destinados a usuários portadores de uma mesma patologia. Esse critério seria o mesmo utilizado por várias instituições para a formação de grupos na assistência, incluindo diferentes modalidades de atenção (unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, ambulatórios especializados de hospitais ou mesmo nas enfermarias do nível terciário).

Em unidades de atenção primária a saúde, os grupos de hipertensos, diabéticos e obesos acumularam experiência de trabalho. Nesse nível de atenção, o grupo geralmente objetiva a redução da morbi-mortalidade e baseia-se prioritariamente no enfoque de risco para sua organização dentro dos serviços.

Como maneira de organização integral das ações nos serviços de saúde, o enfoque de risco pode ser considerado como abordagem epidemiológica mais utilizada. Diferentes grupos populacionais apresentam riscos diferenciados de danos à saúde segundo características e exposições individuais, ou de circunstâncias sociais, os chamados fatores de risco. As práticas da saúde que utilizam desse enfoque buscam na verdade o controle da exposição a esses fatores (DRUMOND, 2007 ; DUARTE, 2001).

Existem trabalhos consagrados na epidemiologia que discutem a utilização deste enfoque nas práticas dos serviços de saúde (ROSE, 1988). Nesse momento não realizaremos essa discussão, utilizaremos a conceituação para enfatizar que boa parte dos trabalhos com grupos descritos a seguir, utilizam do enfoque de risco para a organização das práticas.

Na tentativa de resgatar experiências com grupos nos serviços de saúde, apresentaremos de maneira sintética, algumas referências nacionais encontradas, buscando identificar os trabalhos através dos objetivos da proposta e suas características de execução enquanto prática dos serviços.

Silvia & Santos (2004) relatam a organização da Ação Programada ao Hipertenso que acontece em uma unidade de atenção primária do município de São José do Rio Preto. O grupo, de objetivo educativo, está inserido no atendimento ao indivíduo com hipertensão, que inclui ainda: a consulta médica individual, atividades com outros profissionais como enfermeiros, psicólogos, e a integração com outras áreas da unidade como exemplo a farmácia. O agendamento no grupo de desenho aberto, com frequência semanal, acontece após o diagnóstico da hipertensão pelo médico. Fazem parte do conteúdo das reuniões: aferição da pressão arterial, cálculo do IMC, orientações aos usuários, geralmente baseadas nas dúvidas apresentadas por eles. Essas dúvidas, geralmente abordam alimentação, atividade física e estresse (SILVIA & SANTOS, 2004).

Ainda na experiência com usuários hipertensos, Trentini et al (1996) relatam sobre o trabalho com grupos na cidade de Curitiba, cujo propósito é fomentar a promoção a saúde mediante práticas educativas à pacientes hipertensos. Sem descrever se a prática faz parte de algum programa

específico, menciona que as reuniões acontecem com frequência quinzenal por um período de um ano. O processo de ensino-aprendizagem segundo o autor foi baseado na flexibilidade, na liberdade de expressão colocada por Paulo Freire. Segundo os autores a promoção à saúde, aconteceu através do processo de ensino-aprendizagem, que possibilitou o desenvolvimento da habilidade de enfrentamento (TRENTINI et al, 1996).

Tomasi (1996) estuda grupos de hipertensos, também na perspectiva de educação em saúde. Sem descrever muito bem a inserção prática na instituição, destaca que o estudo foi desenvolvido durante o período de um ano, com oito pessoas. Durante o período de convivência surgiram temas caracterizados como estressores, que dificultam o controle da pressão arterial, e que foram discutidos na atividade do grupo. A autora considera que a convivência em grupo, instrumento que utiliza da troca de experiências, pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades, entre elas a aprendizagem do enfrentamento da doença (TOMASI, 1996).

Com a situação do Diabetes, experiência parecida é citada por Francioni e Silva (2007), ao relatar a experiência de grupos de convivência junto ao Programa de Assistência às pessoas com Diabetes Mellitus, em uma unidade de atenção primária a saúde de Florianópolis. Como parte do Programa de Assistência a pessoas com Diabetes Mellitus, que incluía a realização de consultas médicas, consultas de enfermagem a cada dois meses, o grupo de convivência tinha como enfoque a prática educativa para promoção a saúde, através da realização de seis encontros com temas escolhidos pelos participantes. As autoras consideraram que o grupo de convivência é um elemento favorecedor para a identificação *“de que viver bem com diabetes é possível”*, ao promover a troca de experiência e o compartilhar saberes.

A utilização de grupos operativos para grupos de usuários com diabetes foi utilizado por Torres et al (2003) em ambulatório de Serviço Especial de Endocrinologia e Metabolismo do Hospital das Clínicas da UFMG. O Programa Educativo Através de Jogos para Grupos Operativos direcionado a usuários com diabetes, fazia parte de um projeto de extensão e oferecia cinco encontros em grupo, com frequência semanal, acompanhados por consultas médicas. Com o objetivo de utilizar o grupo como instrumento de educação em saúde,

na perspectiva de promoção, prevenção e controle do diabetes, os autores afirmam que a técnica de grupo operativo possibilitou aos participantes a construção do conhecimento através da troca de vivências dos usuários (TORRES et al 2003).

No caminho da avaliação da prática em grupo nos serviços de atenção primária e secundária, Deakin et al (2005) no Reino Unido, quantificaram através de estudo de meta-análise a melhora significativa dos índices de hemoglobina glicosilada entre os pacientes que realizavam atividade em grupo, quando comparados aos usuários do grupo controle. Esse tipo de abordagem foi considerada uma estratégia de melhora clínica e de estilo de vida para os usuários com diabetes (DEAKIN, 2005).

No nível terciário Diogo et al (2000) relata a descrição da experiência de implantação do Grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI), no ambulatório de clínica médica do Hospital de Clínicas da Unicamp. O principal objetivo deste trabalho foi desenvolver um programa, utilizando da estratégia de educação em saúde, para idosos e familiares com finalidade de contribuir para o entendimento do processo de envelhecimento, diante das modificações de vida decorrentes deste (DIOGO et al, 2000).

Experiências com grupos que focalizam a reeducação alimentar e qualidade de vida em unidade de saúde da família, são relatadas por Maffaccioli & Lopes (2005). Na perspectiva de utilizar a prática de grupo para a educação-prevenção em saúde, as autoras consideraram que o foco educativo propiciou a promoção das relações interpessoais que convergiram para o estabelecimento de confiança e auto-determinação.

Na unidade do CSE de Sumarezinho, a necessidade de organizar um grupo de orientações alimentares visando o melhor controle de peso partiu da clientela. Com frequência semanal e um total de 14 reuniões, o grupo tinha como proposta oferecer ações de enfermagem para orientação alimentar, sob a perspectiva de oferecer ações de promoção à autonomia do cuidado (SANT`ANNA & FERRIANI, 2000).

A Saúde do Trabalhador também tem se utilizado da abordagem em grupo para trabalhadores que sofrem com Distúrbios Osteomusculares

Relacionados ao Trabalho (DORT) e Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de São Paulo, Siqueira e Queiroz (2001) relatam a utilização do grupo com enfoque preventivo no caminho da diminuição dos sintomas, diminuição do sofrimento psíquico e da multicausalidade dos fatores de risco ou cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho causadores de agravos à saúde.

Como verifica-se nos estudos citados, a abordagem em grupo vem sendo utilizada na área na saúde, em seus três diferentes níveis de atenção, com objetivos direcionados para seu público. De maneira geral, o enfoque de risco era utilizado para o direcionamento das ações enquanto determinação da população alvo, e busca dos controles dos fatores de exposição ao risco.

Pode-se dizer que boa parte dos trabalhos com grupo aqui pesquisados, baseia-se na perspectiva da educação em saúde como “saber” aplicado a prática. A educação em saúde emerge enquanto saber orientador das práticas nos serviços de saúde, dentro de um contexto reformador, de práticas, e de ensino na profissão médica.

Assim, a descrição apresentada sobre as práticas de grupos nos serviços, aponta a educação em saúde como principal eixo de trabalho. Considera-se necessário a seguir, balizar conceitos e buscar na história do movimento das práticas dos serviços, e do ensino médico, as raízes que orientam tal perspectiva, como forma de embasar nossas discussões.

2. PERSPECTIVAS NORTEADORAS DA ABORDAGEM EM GRUPO.

2.1 A educação em saúde nos serviços de saúde de atenção primária.

A educação em saúde é discutida como uma “*atividade meio*”, que na prática constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, podendo ser definida como as combinações de experiências de aprendizagem, sistematizadamente planejadas, com vistas a facilitar ações voluntárias por parte dos indivíduos na condução de sua saúde. Nessa conceituação, Candeias (1997) busca ainda destacar as diferenças do comportamento humano no que se refere às múltiplas experiências de aprendizagem nas intervenções educativas, e a importância da plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos para o sucesso das ações desenvolvidas.

Tradicionalmente, as concepções que embasam as práticas educativas têm evidenciado uma relação direta, quase mecânica, entre conhecimento e comportamento. Atitudes que não correspondem às normas médicas de um “bom cuidado”, poderiam ser alterados racionalmente, baseado em informações adequadas fornecidas aos usuários. O conhecimento seria suficiente para a adesão às normas e prescrições (CYRINO, 2005).

De acordo com esta perspectiva, o objeto tradicional da Educação em Saúde tem sido em última instância, o de alterar positivamente conhecimentos, esperando que estes alterem de mesmo modo e em mesmo grau, as atitudes e os comportamentos (ou práticas) de saúde dos indivíduos, grupos e coletividades (CYRINO, 2005, p.6).

Ao buscarmos os modelos tecnológicos que orientaram as práticas de saúde nos serviços, identificamos algumas influências que acabaram por embasar a utilização da educação em saúde, enquanto estratégia para modificação do comportamento.

Ao retornarmos a terceira década do século XX, verifica-se que o Estado adota a Educação Sanitária como instrumento de trabalho, estabelecendo um

outro modo de operar as práticas de saúde, que não o modelo campanhista que dominava a cena sanitária (CYRINO, 2005).

Em São Paulo, a partir da década de 1920, há o desenvolvimento de atividades inovadoras no setor saúde, decorrentes da atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza, diretor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, posterior responsável pela direção geral do Serviço de Saúde Pública do Estado. Coube aos Centros de Saúde, órgão local de saúde pública, a reestruturação da ação sanitária local naquele momento quanto a não apenas esperar pelos os doentes, mas ir à procura dos membros da coletividade. A polícia sanitária seria secundarizada e a população “deveria assimilar os preceitos necessários de higiene individual através da educação sanitária” (CANDEIAS 1988).

Na reforma do Código Sanitário, decorrente do decreto 3.876, de 11 de julho de 1925, destacou-se a criação da Inspetoria de Educação Sanitária, que quem caberia a atividade de promover a “*formação da consciência sanitária da população em geral*”. Segundo Paula Souza, a então consciência sanitária, deveria se desenvolver de uma maneira generalista, através de processos práticos, de maneira a convencer e a impressionar os “educandos”, a implantarem os hábitos de higiene. Essas atividades poderiam ser direcionadas aos indivíduos isoladamente, aos grupos se conviesse, em estabelecimentos escolares, hospitais, fábricas e outros (CANDEIAS, 1988). A concepção do grupo nos serviços, já poderia ser apontada com a finalidade de agrupar os indivíduos para a educação sanitária.

A conscientização sanitária orientava as práticas individuais e coletivas de cuidado, que se caracterizavam enquanto atividades normativas cujo objetivo era a modificação do comportamento individual.

Algumas transformações foram ocorrendo no setor saúde. Um movimento de busca por um sistema de saúde universal, equânime e integral, onde práticas centradas na normatividade do modelo biomédico passaram a ser debatidas objetivando a compreensão das necessidades de saúde emergentes e a consideração da participação do usuário.

Retornando a década de 1970, mais precisamente no ano de 1977, durante a IV reunião dos Ministros das Américas, onde discute-se o conceito de participação comunitária e sua influência sobre o desenvolvimento de habilidades, levando à transformação das pessoas em função de suas necessidades, esperando maior responsabilidade e zelo sobre a própria vida. (RICE & CANDEIAS, 1989). Esses pareciam ser os primeiros passos para a aproximação entre os usuários e suas próprias necessidades, ou mesmo com os serviços de saúde, ressaltando que agora caberia a ele maior responsabilidade e zelo ao próprio cuidado.

No ano seguinte, durante a I Conferência Internacional sobre Assistência Primária a Saúde, os países reconheceram o direito e a responsabilidade dos indivíduos em planejar e implementar seus serviços de atendimento, afirmando que a educação relacionada a problemas de saúde e as condições para prevê-los e controlá-los, deveria constituir estratégia da atenção primária a saúde. Discutia-se sobre o reconhecimento das próprias condições de vida como facilitador da transformação dos indivíduos em agentes interessados em promover seu próprio desenvolvimento, afastando-se do papel de meros receptores passivos de ajuda (RICE & CANDEIAS, 1989). Nesse momento as ações educativas voltadas aos problemas de saúde, enquanto estratégias da atenção primária, aproximavam-se mais das necessidades dos indivíduos e das suas condições de vida.

Em 1980, durante as discussões técnicas da OPAS, os Ministros das Américas reconheceram a necessidade de aceitar novos enfoques e de propor novas estratégias para integrar a educação nas atividades da assistência primária em saúde, apontando inclusive a necessidade de mudança e ajustes no sistema de saúde (RICE & CANDEIAS, 1989; OPAS, 1978).

No ano de 1982, a Comissão Técnica de Novos Enfoques da Educação em Saúde na Assistência Primária da Saúde, organizada pela OMS, discute o papel do profissional da saúde, principalmente no que se refere a importância destes considerarem a “cultura de saúde” da população, suas crenças, e suas percepções sobre as situações de saúde. Diante dessa necessidade, novos papéis para os educadores em saúde emergem no cenário nacional, onde

destacando a importância de novos enfoques de treinamento para que cumpram com essas novas responsabilidades (WHO, 1986).

As orientações para o trabalho na atenção primária aproximavam-se das necessidades de saúde dos indivíduos e consideravam a importância da capacitação dos profissionais, cuja formação já não atendia as reais necessidades de saúde.

Neste caminho, durante as Discussões Técnicas da Assembléia Mundial promovido pela OMS (WHO, 1986), enfatizam a mudança da ênfase na educação em saúde, no qual se refere, a modificação do planejamento das ações educativas em saúde para nível regional, trabalho sobre as doenças específicas para a ênfase em diversos objetos, visão da educação como instrumento capaz de solucionar problemas de saúde e finalmente a mudança da ênfase de buscar a modificação do comportamento individual para a preocupação com fatores organizacionais, econômicos e ambientais que promovam estilo de vida saudável. Assim, acabam orientando ações políticas capazes de contribuir para alcançar tais objetivos.

A OPAS/OMS através do reconhecimento da importância da educação em saúde e da participação comunitária, como uma de suas formas de intervenção, salientam a necessidade destas atividades se transformarem em atividades regular do sistema. Para isso, considera a importância de profissionais capacitados através de treinamento principalmente no que se refere a metodologias de planejamento, educação, comunicação, implementação, supervisão, administração, acompanhamento, avaliação e etapas necessárias ao processo educativo (RICE E CANDEIAS, 1989).

Buscando então por uma definição das responsabilidades básicas e das áreas de ação dos profissionais responsáveis pela educação em saúde, a parceria entre OMS / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, trouxe para o âmbito nacional um estudo originalmente americano. Este trabalho buscou apreciar as responsabilidades, competências e subcompetências dos especialistas em Educação em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Realizado nos Estados Unidos no ano de 1978, o estudo foi posteriormente revisado por especialista em educação em saúde de diversas áreas e publicado no ano de 1985 com o título “A Framework for Development of competency - based curricula for Entry Level Health Educators”. Esse estudo levou à identificação de sete responsabilidades inerentes à prática educativa, definindo-se competências, subcompetências e objetivos (CANDEIAS et al, 1991).

Vale ressaltar que a experiência norte-americana fundamentou o trabalho realizado em São Paulo, porém apresentou diferenças no que confere a população do estudo. No Brasil este estudo foi desenvolvido junto aos profissionais da rede de saúde, enquanto o estudo americano foi realizado com o corpo docente, na área de educação em saúde.

De maneira resumida, o estudo realizado no estado de São Paulo no ano de 1987, incluiu 25 profissionais educadores que trabalhavam na Secretaria de Estado da Saúde, que compareceram em data marcada, no determinado, para preenchimento de um questionário. Este questionário continha informações sobre dados pessoais, as responsabilidades, competências e subcompetências dos especialistas e educadores em saúde. Os profissionais deveriam assinalar as atividades mensurando o grau de importância e a frequência de realização destas nos respectivos serviços (CANDEIAS et al, 1991; RICE & CANDEIAS, 1989; CANDEIAS, 1988)

Merece destaque neste trabalho o que confere a responsabilidade de número três, intitulada “Implementação de Programas de Educação em Saúde”. Esta responsabilidade destaca como subcompetência dos educadores em saúde a “aplicação de métodos individuais ou de processo de grupo apropriados para cada situação de aprendizagem”. Avaliada por 95,8% dos entrevistados como muito importante, apenas 41,7% a classificaram como frequente nos serviços. A esse estudo cabe a consideração que no final da década de 1980, o país passava por profundas mudanças, a qual confere ao processo de descentralização e unificação dos serviços de saúde, implícitos na reforma sanitária.

De uma maneira geral o resultado desse estudo ressaltou a complexidade, na educação em saúde, em se transpor os “discursos vazios” para “abordagens técnicas e aplicações práticas mais coerentes”, além de destacar a inexistência de documentos oficiais com normas e diretrizes técnicas para os profissionais de saúde. Pode-se então, na época, traçar um perfil do educador em saúde que considerava as competências técnicas importantes para o trabalho em saúde, porém apesar de importante, não as realiza com muita frequência (CANDEIAS et al, 1991).

Percebe-se que ao longo dos anos, a modificação do comportamento individual através da conscientização, característica inerente a consciência sanitária, foi dando espaço para discussões que emergiam diante de novas necessidades do sistema de saúde. À educação em saúde foi considerada um importante instrumento da atenção primária, onde foram conferidas ao seu trabalho características específicas, e orientações para a capacitação dos profissionais para trabalharem com uma nova estratégia de cuidado.

Apesar de todo esse movimento, pode-se considerar que as atividades de educação em saúde nos serviços de atenção primária, ainda são estruturadas dentro de uma perspectiva normativa que busca resultados na modificação do comportamento individual mesmo que algumas experiências já caminhem rumo a um modelo menos normatizador.

Toledo et al (2007), ao organizar a produção bibliográfica da enfermagem sobre a prática de educação em saúde a usuários com diagnóstico de hipertensão arterial, considerando-a enquanto prática mais antiga, discute sobre o enfoque educativo utilizado. Mais de 80% dos artigos publicados pela enfermagem entre o período de 1981 e 2005, são identificados por adotarem uma perspectiva normativa, focalizada na doença, restrita às mudanças de comportamento, e que buscam nos resultados a quantificação dos conhecimentos apreendidos pelos usuários. Apenas 19,6% (n=9) apresentavam perspectiva emancipatória, pautada no diálogo participativo, na crítica, na desalienação e no entendimento da saúde-doença como processo social (TOLEDO et al, 2007).

Discutindo ainda o controle da hipertensão arterial, autores consideram a superação dos limites do “modelo tradicional, normatizador e higienista” da educação em saúde, e apresentam estudos com perspectivas focadas na tomada de consciência e inversão de papéis, na busca pelo entendimento da doença (KELMY, 2003; ASSIS, 1992).

Alguns estudos dão sua contribuição para a educação em saúde, na medida em que apontam fatores que podem facilitar ou dificultar a ação educativa. Realizados em países da América Latina, publicados no artigo *Educación comunitária en salud: evaluacion de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias* (Boletim Oficial Sanit Panamericana, 1981), os estudos realizam comparação entre trabalhos na educação em saúde utilizando de diferentes instrumentos. Os resultados demonstram que países que utilizavam de métodos tradicionais e passivos de educação (comunicação de massa, recursos audiovisuais, fotonovelas, aulas didáticas e palestras em centros de saúde, igrejas e centros comunitários) apresentavam resultados menos favoráveis quando comparados a países que utilizavam de estratégias onde a população participava mais ativamente mediante dramatizações, canções, feiras, dias de saúde e dinâmicas de grupo (RICE & CANDEIAS, 1989).

Alguns trabalhos ainda apontam para as diferentes concepções que profissionais de saúde e usuários apresentam em relação aos objetivos da atividade educativa. Leung et al (2005), em estudo internacional realizado pelo Departamento de Saúde de Hong Kong – China - constataram diferenças de compreensão de objetivos por parte de profissionais e usuário de um programa de educação em saúde para usuários hipertensos. Os autores destacam a importância em clarear os objetivos entre profissionais e usuários com intuito de minimizar decepções ou mesmo reduzir expectativas geradas sobre objetivos que não serão cumpridos, e que podem comprometer o sucesso da atividade.

Algumas considerações ainda são realizadas às práticas de educação em saúde, principalmente no que se refere a reorientação das práticas de educação em saúde para ações que não focalizem apenas a doença.

Santos e colaboradores (2006), colocam algumas reflexões conceituais necessárias aos profissionais de saúde, no que diz respeito a distinção entre métodos que enfatizam ações preventivistas com minimização da doença, através de modelos biomédicos, que prescrevem comportamentos e responsabilizam os indivíduos por suas doenças e a utilização de ações para promoção a saúde. Essas ações transcendem as metodologias preventivistas, na medida em que deslocam o foco da doença do indivíduo para minimização das doenças no contexto humano (SANTOS et al, 2006).

O conceito de promoção a saúde emerge no contexto da saúde pública com a idéia da combinação de apoios educativas e ambientais, no sentido de obter ações e condições que conduzam a saúde (CANDEIAS, 1997).

Tanto no Brasil como em países como o Canadá, EUA e países da Europa ocidental, a discussão acerca da promoção da saúde reafirma as relações entre *saúde e condições de vida*, mas principalmente retoma a necessidade no controle dos custos crescentes da assistência médica que não proporcionam resultados igualmente significativos. Essa orientação destaca que a abordagem exclusivamente médica não tem atendido mais às necessidades de saúde, sendo assim, a promoção a saúde ganha força como proposta governamental para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, principalmente das doenças crônicas entre as populações que tendem a se tornar proporcionalmente cada vez mais idosas. (CZERESNIA, 2003)

Mesmo com a discussão da promoção em saúde dentro de uma perspectiva mais ampliada de cuidado, a prática preventiva para controle da exposição aos fatores de risco sempre foi predominante nos serviços de atenção primária, influenciando diretamente a estruturação das práticas educativas e do trabalho com grupos.

Para a melhor compreensão das práticas preventivas enquanto modelo que orientava as principais ações nos serviços de saúde, seria interessante buscar pela história da organização dos serviços. Um breve resgate na área da saúde a partir da década de 1970, focalizando a organização dos serviços de saúde, nos auxiliará na discussão sobre os motivos dessa orientação, na medida em que torna mais claro a compreensão dos objetivos das instituições

frente à utilização desse referencial nas práticas de grupo, permitindo também reflexões sobre o nosso objeto de estudo.

2.2. Organização tecnológica do trabalho nos serviços de saúde

Buscaremos resgatar de maneira rápida, a organização tecnológica no vividos pela Saúde Pública no Estado de São Paulo, procurando destacar suas características e a influencia destes sobre as práticas de saúde nos serviços de atenção primária, voltadas para a organização das práticas individuais como para as coletividades.

O primeiro grande modelo tecnológico da Saúde Pública correspondeu à fase Emílio Ribas, no período de 1889 a 1925, baseando-se na Epidemiologia enquanto “saber que permitiam a apreensão do objeto de trabalho”, do qual decorreram instrumentos de trabalho destinados à intervenções, entre eles as campanhas e a polícia sanitária. A piora das condições de vida para a população decorrentes do pós I Guerra Mundial, contribuindo para a intensificação dos movimentos sociais urbanos, exigiriam do Estado formas diferentes de relação com as classes sociais, onde a coerção se associasse a “mecanismos de obtenção da hegemonia pelo consenso” (NEMES, 1990, p.70).

O modelo seguinte correspondeu a reorganização do Serviço Sanitário do estado, liderado por Geraldo H. Paula Souza no período de 1925 até 1960, havendo uma transição da fase das campanhas e da polícia sanitária para a Educação Sanitária. O Centro de Saúde passa a ser o aparato institucional para a realização dessa nova estratégia de trabalho, além de realizar exames preventivos e de orientações promotoras, ações essas baseadas principalmente na “relação estabelecida entre comportamento humano e desenvolvimento de doenças ligadas às idéias de pobreza e assistência social” Esse modelo caracterizou a substituição das práticas de Saúde Pública pelas de assistência médica individual (NEMES, 1990, p71)

Durante o período vivenciado pela emergência da Educação Sanitária, mais precisamente na década de 1950, são introduzidos no Brasil, projetos de reforma do ensino médico trouxeram novas concepções de cuidado a saúde,

contribuindo para a reorientação do modelo tecnológico do trabalho nos serviços de saúde..

O movimento da Medicina Integral, produto da reformulação da Educação Médica Americana, apresentou como objetivos o aprimoramento da medicina individual e a superação de seu caráter fragmentado correspondente ao desenvolvimento de especialidades, e através de uma concepção globalizada do sujeito em sua dimensão biopsicossocial reorientou o ato médico (CYRINO, 1993).

A Medicina Integral se traduziu na emergência da Medicina Preventiva, enquanto disciplina de ensino, que ganhou força no Brasil no final da década de 1950. A introdução dessas concepções nas escolas médicas, foi realizada pelos Departamentos de Medicina Preventiva que apresentavam interesse crescente na busca por campos de prática rumo ao ensino extramuros, utilizando de serviços experimentais próprios ou serviços de saúde já existentes. É nesse momento que acontecem as construções dos cinco Centros de Saúde Escola no Estado de São Paulo, um deles sendo o de Botucatu, onde se encontra o nosso objeto de estudo (CYRINO, 1993).

Na seqüência de propostas de recomposição da prática médica, a medicina comunitária, com seus objetivos claros de prestação de serviço, ganha forças nos Estados Unidos na década de 1960. Na América Latina, a partir da década de 1970, o projeto organiza programas experimentais de prestação de serviço que se propõem ao desenvolvimento de modelos de assistência, passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde das populações pobres. Tal como acontece nos Estados Unidos, o programa em questão não realizou nenhuma inovação significativa no processo de trabalho que já não se encontrava estruturada pela atenção médica. Entre seus principais objetivos estavam: a simplificação da prática, a maior eficiência técnica e a redução dos custos (DONNANGELO, 1979, p. 91).

Foi a Medicina Comunitária, enquanto movimento da reforma médica, e o Planejamento em Saúde (Método CENDES-OPS ¹), que orientam a reforma administrativa de 1967. Esse reforma caracterizaria o terceiro modelo

¹ O método CENDES-OPS pretendia equacionar o problema do uso eficiente dos escassos recursos públicos destinados as ações de saúde.

tecnológico da Saúde Pública no Estado de São Paulo (NEMES, 1990; DONNANGELO, 1979).

Na organização da Programação em Saúde, a assistência médica foi subordinada à “gerência epidemiológica”, supondo-se que essa prática seria capaz de produzir modificações nas dimensões coletivas (NEMES, 2000, p.56).

A Programação utilizou de alguns elementos estruturais da Medicina Comunitária: a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde, a regionalização, a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização dos agentes não médicos nos serviços. Associado aos elementos estruturais, agregou-se o uso racional do recurso, idéia bastante presente nas concepções do modelo CENDES/OPAS (NEMES, 1990, p.77-78).

Dentre algumas características da Programação em Saúde, destacam-se (NEMES, 1990. p.77; MENDES-GONÇALVES, 1994. p. 119).

- Introdução da assistência médica individual na rede dos centros de saúde, subordinadas a idéia de programação e organizadas através de objetivos epidemiológicos, com a ampliação da assistência médica a grupos populacionais que não apenas os tuberculosos e hansenianos;
 - Abertura programática para os grandes grupos populacionais e a subdivisão por danos, assim, para os grupos populacionais destinaram-se os programas (criança, adulto e gestante) e os subprogramas destinaram-se os danos que deveriam ser eleitos segundo aqueles critérios, destacando a tuberculose e a hanseníase;
 - O campanhismo, as influências dos modelos de Educação Sanitária e mesmo as técnicas desenvolvidas para o controle da tuberculose e da hanseníase, ganham um rearranjo tecnológico modificando os sentidos globais das técnicas;
 - No contexto dos Programas de Assistência à Criança e à Gestante, permanece o espaço para a utilização da Educação
-

Sanitária, mas agora integrada a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em resumo, a característica tecnológica, inovadora e particular à Programação em Saúde, seria conferida através da incorporação da assistência médica individual como instrumento sanitário. O controle de doenças não estava vinculado somente às ações de prevenção, mas também ao diagnóstico e tratamento da doença (CYRINO, 1993).

No ano de 1983, o chamado “novo modelo” caracterizou-se enquanto proposta de modelo assistencial cuja principal medida de efetividade foi dada pela “resolutividade”, baseados principalmente em instrumentos da clínica individual. Nos Centros de Saúde criaram-se mecanismos de incentivo ao aumento da produção médica através do estabelecimento de turnos individuais e mesmo incentivos salariais, assim como a compra de equipamentos para pronto-atendimento. Para Nemes (1990, p. 110) “o novo modelo assistencial, implementado a partir de 1983, corresponde a assunção política desse reordenamento, à definida institucionalização do Centro de Saúde Escola como serviço de assistência individual” (NEMES, 1990, p. 110).

A década de 1980 representou um momento de muitas modificações, no setor saúde, principalmente no que se refere ao movimento que buscou o reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania e ao Estado como responsável pela promoção dessa garantia. Com princípios caracterizados pela universalidade, a integralidade da atenção e a participação popular como instrumento de controle social, foi incorporado a constituição promulgada em 1988, o novo conceito de sistema de saúde (FINKELMAN, 2002)

É no Sistema Único de Saúde, principalmente nas ações direcionadas a atenção primária a saúde, que buscaremos identificar o apontamento de ações específicas de trabalho com grupos.

A atenção primária caracterizou-se pelo atendimento médico individual, sem perder algumas características organizacionais da Programação. Deve-se destacar ainda que a epidemiologia continuou sendo utilizada enquanto orientadora de práticas direcionadas a grupos específicos (doenças crônicas) e

a manutenção da “Educação em Saúde”, tanto em práticas individuais como em coletivas.

Ao buscarmos pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a), pode-se verificar que é reservado ao processo de trabalho das equipes de Atenção Básica o

“desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” (BRASIL, 2006).

Novos conceitos, como o da promoção a saúde, reafirmaram as relações entre *saúde* e *condições de vida*, redirecionaram as ações que se dirigiam a modificação do comportamento individual (característica da prevenção), direcionando-se para a modificações de ações organizacionais (CADEIAS, 1997)

O Programa de Saúde da Família (PSF) se consolidou enquanto estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, transformando-se em uma estratégia de abrangência nacional. A estratégia foi aprovada na Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização das práticas em funcionamento (BRASIL, 2006a)

Não são claramente definidas quais são as ações de cunho educativo. Pode-se verificar entre as definições das competências de cada profissional da equipe de saúde da família, alguns apontamentos sobre a educação em saúde no trabalho com grupos.

Cabe ao agente comunitário:

“Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2006a)

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem:

“Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe” (BRASIL, 2006a).

Enfermeiro:

“ Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS” (BRASIL, 2006a) .

A educação em saúde continuou orientando as práticas voltadas à promoção e a prevenção à saúde. Porém, mantinha-se presente a dificuldade de encontrar orientações específicas a respeito do trabalho com grupos, a não ser a orientação ao profissional enfermeiro em organizar e coordenar grupos específicos em situações de risco e do auxiliar de enfermagem em realizar ações educativas para grupos específicos.

Fruto de um movimento pela ampliação do cuidado em direção aos determinantes da saúde, no mesmo ano, é implementada a Política Nacional de Promoção à saúde, com objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Esta política propõe aos serviços o entendimento uma concepção ampliada de saúde, tanto das atividades-meio (consideradas as atividades de educação em saúde), como nas atividades - fim (BRASIL, 2006b)

Foi possível encontrar, entre as ações específicas determinadas para a alguns condicionantes de saúde, especificamente nas orientações específicas para a promoção da alimentação saudável, a capacitação dos profissionais da rede básica para realizarem a promoção a alimentação saudável em visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais” (BRASIL, 2006b).

Em outra perspectiva, há uma reorientação quanto ao trabalho com os condicionantes de saúde, porém ainda muito frágil, ganhando espaço dentro dos serviços que historicamente se orientam a organização do trabalho, baseando-se no controle e prevenção de exposição aos fatores de risco.

Acreditamos que após realizar considerações sobre a história da organização do trabalho nos serviços de saúde, e retomar a programação em

saúde na década de 1970, conseguimos como estava organizado o trabalho dos serviços de saúde, no qual estavam inseridas as atividades em grupos emergentes no país nesta época.

As atividades com gestantes, com crianças menores de um ano e o trabalho com hipertensos no programa de adulto, seriam os registros mais comuns nas publicações com o trabalho de grupos, orientados pela epidemiologia. A Educação em Saúde, conhecimento científico aplicado nas práticas de grupo, guardava características da antiga Educação Sanitária no que se referia principalmente a transmissão de conhecimento - modificação de comportamento, agora associado a importância de se “desenvolver a autonomia dos sujeitos”.

Na busca por uma nova perspectiva que orientasse o trabalho com grupos, buscamos junto a psicologia, que apresenta um campo vasto de estudo no trabalho com grupos, uma contribuição para a caracterização do trabalho grupal enquanto tecque pudesse “melhorar”, ou antes mesmo, “caracterizar” a abordagem em grupo enquanto tecnologia.

2.3. Teoria de Grupo: contribuição às práticas de grupo, nos serviços de saúde.

A grande variedade de técnicas grupais que tem se desenvolvido nos últimos anos está marcada por um supermovimento extensivo numa pluridimensionalidade que parece não querer deixar espaços vazios. Supervariada de grupos, segundo sua aplicação, grupos terapêuticos, grupos de diagnóstico, de trabalho, de orientação, de mães, de sensibilização, etc. Segundo sua teoria - psicodrama, psicanalítico, laboratório, gestálticos, operativos, etc. Segundo sua aplicação clínica - adultos, adolescentes, crianças, casal, família, etc.” (LANCETTI, 1986. p. 83)”

No trecho citado acima o autor expõe a grande variedade dos grupos nas práticas dos serviços. Esse exemplo, busca clarear algumas das

dificuldades encontradas ao revisar o conteúdo de grupos: a riqueza e complexidade do fenômeno grupal associado a dificuldade de definição do objeto das referidas teorias.

Carvalho (1986) considera que ao se buscar por conhecimento sobre grupos, é possível encontrar apenas “conjuntos de observações, descrições, prescrições, técnicas e elaborações teóricas que não rompem com o estatuto do empírico”, reforçando que o conhecimento obtido não vai além de uma sistematização de dados (CARVALHO, 1986. p. 90).

Andaló (2006) e Lane (1984) procuram sistematizar as principais perspectivas teóricas que orientam o trabalho com grupos. Deve-se destacar que essas perspectivas encontram-se inseridas na psicologia, e que a saúde e a educação, buscam esses referenciais para seu trabalho. Com base nessas autoras, em seguida apresentamos resumidamente aspectos de algumas teorias sobre grupo.

Kurt Lewin, na última fase de sua produção científica, na década de 1940, é responsável pelo esforço de estudar o campo social e pela utilização do termo “dinâmica de grupo”, que se baseia na análise de grupo em relação ao espaço topológico e sistemas de forças e no que ele denominou de *action research* (pesquisa ativa).

Carl Rogers, psicoterapeuta americano, introduziu na psicologia o conceito da não-diretividade, apresentando os “grupos de encontro”. Destaca o papel do coordenador enquanto facilitador na produtividade dos processos de auto-organização do sujeito, centrando-se na vivência e expressividade individual e do coletivo.

Jean Paul Sartre, na busca por uma perspectiva mais dialética dos grupos, vai enfatizar a questão da serialidade enquanto dispersão dos homens. O grupo, segundo ele, é a totalização constituída a partir da necessidade individual comum.

Lapasse, vai discutir o nível institucional enquanto determinante das características do grupo no caminho da serialidade - totalidade, retomando Sartre.

Horkheimer e Adorno veriam o microgrupo como a mediação necessária entre o indivíduo e a sociedade, cuja estrutura assume formas historicamente variáveis.

Pichon-Rivière e os grupos operativos, também influenciados por Sartre no caminho de uma leitura mais dialética de grupos, visualiza o sujeito enquanto emergente de uma complexa trama de vínculos e relações sociais, onde o sujeito tem caráter de "agente" e de "sujeito-sujeitado" nas relações do grupo.

Moreno, psiquiatra, fundador do psicodrama e da sociometria, enquanto tendência de medir e descrever a dinâmica dos grupos, investigou sobre as redes formais e informais de comunicação, e os processos verbais e não verbais dessa rede, revelando hierarquias e sistemas de poder e dependência.

Esses autores muito contribuíram para a organização das principais teorias que orientam o trabalho com grupo, porém, não é uma tarefa muito fácil fazer a relação dessas teorias com o a prática de grupos na saúde. Buscaremos encontrar em alguns autores, características do trabalho da psicologia que a tanto tempo utiliza dessa prática, que possam contribuir com as práticas na saúde.

Buscar na psicologia que há tantas décadas se preocupa com o estudo do grupo, uma perspectiva teórica que orientasse os trabalhos com grupos na saúde, seria de certa forma buscar o melhoramento da densidade tecnológica desta prática nos serviços, considerando as críticas já tão constituídas, ao modelo de transmissão – apropriação do conhecimento, da educação em saúde.

Ao buscar na literatura, identifica-se que na saúde são mais comuns, ainda que em pequena quantidade, trabalhos que utilizam da perspectiva do argentino Pichon-Rivière (TONIOLI, A. C. S. ; PAGLIUCA, L. M. F. 2003; COLOSIO et al, 2007.; PEREIRA et al, 2007; SIMÕES, 2004; TORRES, et al, 2003; KELMY, 2003) com os grupos operativos e também algumas experiências com Psicodrama do Jacob Moreno (RUIZ BERATA &

ANDRADE, 2004; LIMA, 2001; TONIOLLI & PAGLIUCA, 2000; L'ABBATE, 1994)

Mas deve-se destacar que o crescente interesse pelo trabalho com grupo, facilmente constatado ao se verificar o aumento do número de publicações sobre “jogos”, “dinâmicas de grupo”, nos mais variados contextos, segundo afirma Andaló (2006), estão sofrendo um processo de banalização, ao serem utilizados de uma maneira puramente *tecnicista*. (ANDALÓ, 2006).

Procurando afastar essa característica tecnicista apontada pela autora, nos aproximamos de uma corrente teórica específica, motivada por suas características, principalmente no que se refere à consideração do indivíduo histórico, à discussão da inserção institucional dos grupos e principalmente à identificação de necessidades de cuidado.

Foi junto à Psicologia Social, onde pude visualizar as então diferenciações entre grupo e processo grupal, e as características que o definem enquanto processo. Portanto será o processo grupal, enquanto perspectiva da Psicologia Social que guiará nossas discussões.

Na Psicologia Social, Lane (1984) faz uma divisão entre as principais perspectivas teóricas do trabalho com grupo. Uma de postura mais tradicional, onde a função do grupo é a de definir papéis e consequentemente, a identidade social dos indivíduos, garantindo sua harmonia e manutenção das relações apreendidas na convivência. E a outra, que destaca, na medida em que enfatizam o caráter mediatório do grupo entre indivíduos e a sociedade, o processo pelo qual o grupo se produz. Essa abordagem considera as determinações sociais mais amplas, ditas necessárias nas relações grupais (LANE, 1984, p. 81)

Dentro da mesma perspectiva, Martin-Baró, Psicólogo Social cuja prática profissional na cidade de El Salvador envolveu o trabalho com grupos, retoma as concepções colocadas por Lane ao analisar o grupo quanto a: aspectos pessoais, características grupais, vivência subjetiva e realidade objetiva e caráter histórico do grupo (MARTINS, 2003).

Algumas semelhanças são encontradas em ambos os trabalhos, principalmente no que confere a compreensão do grupo enquanto uma

experiência histórica, construída em determinado espaço de tempo, fruto das relações que acontecem no cotidiano, que trazem para a experiência vários aspectos gerais da sociedade. Sendo que ambos o denominam de processo grupal.

O caráter histórico de grupo citado por Lane é evidenciado por Martin-Baró, que propõe uma teoria dialética sobre os grupos humanos. O autor aponta para a importância em compreender que o grupo na sua singularidade, expressa múltiplas determinações e contradições presentes no capitalismo (MARTINS, 2003).

A proposta de Martin-Baró se constrói então alicerçada por análises críticas sobre as teorias grupais, destacando problemas encontrados nos modelos de teoria grupal utilizados pela Psicologia Social, entre eles: a parcialidade dos paradigmas predominantes; a perspectiva individualista e o ahistoricismo (MARTIN-BARÓ, 1989. p. 203).

Com o objetivo de superar os problemas relatados, são colocadas três condições para resumir uma teoria dialética sobre grupos. Ela deve possibilitar a compreensão da realidade social do grupo enquanto tal, realidade que não pode ser entendida como apenas a compreensão das características individuais de cada um, assim como compreender a necessidade de pequenos e grandes grupos e incluir o caráter histórico de cada grupo (MARTINS, 2003).

Utilizando esses três critérios o autor define grupo enquanto “estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância necessidades individuais e ou coletivas” (MARTIN-BARÓ, 1989, p. 206).

No que se refere a análise do processo grupal, o autor destaca três parâmetros necessários para avaliação do processo que possibilitará a classificação dos “tipos de grupo”. Esses parâmetros são definidos enquanto:

Identidade do grupo: quem é o indivíduo e o que o caracteriza frente a outros grupos, devendo-se levar em consideração: a sua determinação de pertencer ao grupo (normas quanto a formalidade, flexibilidade e estabilidade) ; as relações dos grupos com outros grupos e com a sociedade e a consciência de pertencer ao grupo (sentimento de pertença);

Poder: que se destaca enquanto diferencial favorável de recursos que se estabelecem na medida em que se permite avançar rumo aos interesses na convivência grupal.

Atividade do grupo: tipo de atividade que desenvolve assim como qual é seu produto. A dimensão da atividade pode ser externa, quando o grupo é capaz de produzir um efeito real sobre a sociedade para afirmar sua identidade, e interna quando a dimensão está vinculada aos membros do próprio grupo na direção da realização das aspirações individuais e comuns.

A avaliação do processo grupal proposta pelo teórico, é utilizada para a identificação dos tipos de grupos existentes na sociedade. Será esta identificação, a de grupos primários, funcionais e estruturais, que utilizaremos como ponto de reflexão para a utilização dos grupos nos serviços de saúde. Procurou-se sintetizar no quadro 1, as características que identificam os três tipos de grupos, no que se refere a identidade, poder e atividade grupal.

Quadro 1 - Classificação dos grupos nas sociedades, segundo a perspectiva de Martin-Baró (Martins, 2003)

Classificação de Grupos	Atividade grupal	Identidade	Poder
Grupos Primários	Satisfação das necessidades básicas do indivíduo	Vínculos interpessoais	Características pessoais.
Grupos Funcionais	Satisfação das necessidades sistêmicas	Papel social	Capacitação social e ocupação social do membro.
Grupos Estruturais	Satisfação dos interesses de grandes grupos e classes	Influência da comunidade e seus interesses objetivos	Controle dos meios de produção

Destaca-se que desde a infância, as pessoas participam prioritariamente de grupos funcionais, caracterizados pelos grupos nas escolas, com grupos de professores e nos serviços de saúde, com gestantes e usuários que possuem doenças crônicas.

Nesse momento, partimos para a discussão das “necessidades”, que acreditamos serem importantes, na medida em que contribuem para o

entendimento das atuais formações dos grupos, no interior dos serviços de saúde.

Nos grupos funcionais, a necessidade presente é sistêmica, dos próprios serviços de saúde, como por exemplo, a necessidade de controle da exposição aos fatores de risco da hipertensão arterial, do diabetes, da obesidade. Mas a possibilidade em deslocar a atividade grupal para a necessidade pessoal, nesses casos, seria de grande valia tanto para os usuários como para os serviços.

Martins (2003) descreve trabalho realizado com grupos de usuários de um serviço de saúde, agrupados pela doença comum (hipertensão), que teve como objetivo o deslocamento da atividade grupal. A autora destaca algumas contribuições a modificação da atividade, primeiramente no que confere a busca da identificação pessoal entre os usuários.

O caráter **informativo** da atividade, presente na maioria dos grupos dos serviços de saúde, deu espaço ao caráter **formativo** das reuniões. A utilização do espaço das reuniões para trazer à tona, a história de vida de cada pessoa, experiências pessoais que seriam articuladas as histórias sociais, passaram a ser elementos aglutinadores e acabavam gerando identificações entre os participantes. Com o tempo a **descoberta de semelhanças** pessoais, não apenas da situação de saúde, contribuiriam para a formação de vínculo afetivo e mudança da atividade grupal (MARTINS, 2003) .

A necessidade que tinham de se expressarem, de ouvirem e serem ouvidos, de ter um local para onde ir sistematicamente, enfim, de terem uma atividade que rompesse com a rotina, fez com que essa experiência ganhasse relevância, transformando-se em atividade essencial (MARTINS, 2003, p.209)

Com isso, a necessidade inicialmente da Instituição (o controle da hipertensão), pautada na racionalidade epidemiológica e na necessidade de controle, passa a ser do usuário, possibilitando desde a inicial identificação da necessidade (o reconhecimento da hipertensão arterial enquanto doença), rumo a necessidade de realização do tratamento.

A autora considera que o processo grupal estimula a reflexão individual e coletiva, possibilitando a conscientização de sua própria identidade. O uso da **problematização do cotidiano**, favorece a conscientização na medida que desencadeia novas relações e vínculos afetivos, possibilitando a expressão de opiniões e sentimentos. O confronto entre valores, experiências, sentimentos e informações (senso comum x científico – formativo x informativo) possibilita a reflexão, a valoração pessoal e impulsiona a ação.

Essas seriam então as características e vantagens em estabelecer o processo grupal nas práticas dos serviços. Este seria então o “saber científico” que operacionalizaria o trabalho com as práticas de grupo nos serviços.

Após resgatar um pouco da história das práticas de grupo nos serviços de atenção primária, e buscar nos pressupostos as concepções da educação em saúde, a identificação dos modelos tecnológicos que orientaram a organização e as práticas nos serviços, assim como a contribuição de um referencial teórico para o trabalho com grupos, seguimos com o desenvolvimento deste trabalho que abordará a AG em um serviço de saúde escola.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Contribuir com os estudos sobre as práticas de grupo nos serviços de atenção primária a saúde.

Realizar estudo de caso sobre abordagem em grupo em um serviço de atenção primária

3.2 Específico

- Descrever a experiência de abordagem em grupo para usuários com perfil lipídico alterado do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, no período de 1999 a 2003
 - Analisar o caso enquanto tecnologia de trabalho para serviços de atenção primária à saúde.
 - Discutir o caso estudado na perspectiva do processo grupal
-

4. METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por utilizar o estudo de caso como metodologia de pesquisa (YIN, 2001), fazendo uso de diferentes aportes (análise documental, entrevistas semi-estruturadas e análise de registros de dados primários).

.O estudo de caso vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisa nas ciências sociais, incluindo as disciplinas tradicionais como psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, história e economia. (YIN, 2001. p. xi).

Keen & Packwood (2005, p. 63) mencionam que na saúde, esta estratégia é bastante utilizada por órgãos que regulam os serviços públicos, para avaliação de serviços e políticas de saúde.

Em geral, estudos de caso representam estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto de vida real (YIN, 2001. p. 19).

No estudo de caso, sempre há uma escolha de um determinado foco, um determinado espaço, e este será sempre um ato artificial, “uma vez que implica a fragmentação do todo onde está integrado” (BOGDAN & BIKLE, 1994). O investigador, embora considere a relação desta parte a ser estudada com o todo, e dada a necessidade de controlar a investigação, delimita a matéria em estudo. Apesar do investigador buscar um caso que constitua por si só uma unidade, esta separação do todo sempre conduz a alguma forma de distorção, como consequência e limitação do próprio método. (BOGDAN & BIKLE, 1994).

Considerando a necessidade de delimitar um foco, optou-se por enfatizar no estudo de caso, o processo de implantação da abordagem em grupo (AG) para pessoas com dislipidemia, sua estruturação e execução como tecnologia da atenção primária, sem avançar nesse momento para uma avaliação de resultados. A escolha por esse recorte resultou da necessidade em se desenvolver estudos que apontassem viabilidades do processo de

implantação e prática dos grupos nos serviços de atenção primária, de modo a oferecer aos serviços, uma reflexão crítica sobre o tema.

Em síntese, trata-se de um trabalho descritivo que faz uso de abordagens qualitativas, organizado na forma de um estudo de caso.

4.1. O Caso e o Local da Pesquisa

O caso estudado nesta pesquisa é a atividade de abordagem em grupo para usuários com dislipidemia realizada na área de Saúde do Adulto do Centro de Saúde Escola – Unidade Vila Lavradores - da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP-SP. O período de estudo abrange a implantação da atividade, no ano de 1998 até 2003. Nesse período, a AG esteve sob coordenação de uma mesma profissional, que participou da estruturação e execução da proposta, mantendo as atividades mais próximas do modelo proposto desde o início.

Destaca-se que a AG para pessoas com dislipidemia, iniciada nesse período, continua sendo realizada até os dias atuais pela área de Saúde do Adulto do CSE .

4.2. Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Foram utilizados aportes metodológicos complementares que procuraram, ao menos em parte, superar a limitação imposta pelo próprio método.

Dentro das finalidades desse estudo e considerando os limites dos registros disponíveis sobre os grupos, os principais instrumentos utilizados foram a análise documental e as entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se o banco de dados de modo complementar.

Os instrumentos utilizados são apresentados a seguir.

Análise documental

Com o levantamento de documentos buscou-se informações para caracterização do serviço no qual está inserido a AG. Para este trabalho foram utilizados documentos internos do serviço e diferentes publicações - livros, anais de congressos e dissertações de mestrado realizadas sobre o trabalho desenvolvido no CSE.

Durante o período em estudo, a experiência de AG para pessoas com dislipidemia foi objeto de avaliações parciais, principalmente em relação ao desenho do grupo, apresentadas em diferentes congressos de Saúde Pública e publicadas na forma de resumos. Esse material também foi utilizado para subsidiar a construção da história da AG.

Entrevistas

A entrevista segundo Minayo (2007), pode ser tomada pelo sentido amplo de comunicação verbal, assim como no sentido restrito de coleta de informações de determinado campo científico. É a técnica mais utilizada no trabalho de campo. Ela se destina a “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordar, por parte do entrevistador, temas pertinentes ao objetivo de trabalho em questão” (MINAYO, 2007. p. 261).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (**Anexo 1, 2**) com dois profissionais, que participaram ativamente e foram os responsáveis pela proposição, construção e execução da atividade - o gestor da unidade no período de 1998 a 2002 e a coordenadora das atividades de AG para os usuários com dislipidemia, no período estudado (1999 a 2003).

Os entrevistados serão identificados no decorrer da apresentação dos resultados, conforme se segue:

E1 – *Nutricionista, coordenadora das atividades de AG.*

E2 - *Médico Sanitarista, gestor da unidade de saúde.*

As entrevistas foram gravadas simultaneamente em fita K-7, e programa eletrônico de gravação de áudio (Sound Forge 9,0), transcritas na íntegra e posteriormente descartadas. Os profissionais concederam as entrevistas, após lerem e assinarem o termo de consentimento informado **(Anexo 3)**.

A análise das entrevistas foi realizada segundo uma análise temática (MINAYO, 2007), guiada por eixos pré-estabelecidos nos roteiros. Esses eixos foram diferentes entre os dois profissionais, por esses apresentarem papéis complementares na implantação da AG.

Análise dos registros em banco de dados

As atividades do grupo tinham registro sistemático em protocolos individuais padronizados **(Anexo 4 e 5)**. Após ser preenchido na primeira sessão, o protocolo era arquivado no prontuário individual de cada usuário. As anotações com o registro das sessões eram transcritas para o banco de dados, logo após o término de cada sessão. Cabe ressaltar que a elaboração desses registros tinha por objetivo mais imediato acompanhar a evolução dos usuários e permitir avaliações da atividade de cunho organizacional, sem apresentarem, no entanto, o rigor de um instrumento de pesquisa, tanto no desenho como no controle da qualidade dos registros realizados. Neste trabalho a análise do banco de dados será utilizada para caracterizar a população participante no período de estudo, e para descrever algumas características sobre o processo do trabalho em grupo.

A planilha do banco de dados foi fornecida pela unidade de saúde, em arquivo digital, que utilizou o programa Excel do pacote Office 1998. A máscara inicial do banco de dados foi construída utilizando como base as variáveis presentes no protocolo **(Anexo 4 e 5)**.

Algumas categorias de informações foram preenchidas apenas na primeira sessão: identificação pessoal e institucional; resumo da história clínica, patologias associadas, medicamentos em uso, hábito intestinal (H.I.), atividade física (AF), tabagismo, alcoolismo e uso de reposição hormonal.

A avaliação dietética também não era realizada em todas as sessões, variando muito de um grupo para o outro. Essa informação não será analisada

em função dessa irregularidade e da falta de um controle rigoroso que garantisse uma homogeneidade técnica nas coletas, que pudesse se desdobrar numa análise evolutiva e/ou comparativa em termos de padrão dietético, adequando-se apenas para a orientação clínica individual de cada usuário.

As informações sistematicamente transcritas para o banco de dados foram dados relativos: a perfil antropométrico, bioquímico e pressórico.

Pode-se verificar a seguir um recorte parcial do banco de dados (Figura 1).

Figura 1 - Recorte do modelo original do banco de dados da AG para usuários com dislipidemia

	RG	DN	SEX	GRUPO	ATIVFISICA	FREQSEM	QUAL	HI1	HI2	DIABETES	HIPERTENSO	GOTA	MENOPAUSA	ANTIDIABET
1	5035,0	10/1/1931	M	1	S	7	1	C	C	S	S	N	N	
2	19371,2	9/5/1959	F	1	S		1	N	N	N	N	N		
3	21048,0	31/7/1942	M	1	S	7	1	N	N	N	N	S	N	N
4	21154,0	30/7/1955	M	1	S	5	1	C	C	N	S	N	N	
5	65204,0	22/1/1976	M	1	N	0				N	N	N	N	N
6	1846,5	3/10/1932	F	2	S		1			N	N	N	S	
7	2450,3	18/7/1941	F	2						N	N	N	S	N
8	3052,0	21/9/1954	M	2	S									
9	4612,4	3/12/1937	F	2	S	7	1			N	S	N	S	N
10	4781,3	14/4/1937	F	2	S		1	N						
11	5148,9	19/12/1920	F	2										
12	5706,1	10/5/1954	M	2	N			N	N	N	N	N	N	N
13	8735,1	1/3/1944	M	2	S	7	1	N	N	N	N	N	N	
14	22138,4	25/5/1943	F	2	S	3	1	N	N	N	N	N	N	N
15	27878,5	18/2/1960	F	2						N	N	N	N	N
16	46542,9	9/1/1945	F	2	S	7	1	N	N	N	N	N	S	N
17	58278,6	24/11/1953	F	2	N					N	N	N	S	N
18	67283,1	11/5/1927	M	2	S	7	C	N	N	N	N	N	N	N
19	67284,0	20/3/1932	F	2	S	7	1	N	N	N	S	N	S	N
20	1179,7	5/5/1945	F	3						N	N	N	S	

Essas informações foram compostas, basicamente, por variáveis quantitativas numéricas e categóricas.

O banco de dados apresentou suas variáveis numéricas e categóricas analisadas através de frequência simples, com o objetivo de descrever o perfil dos participantes da atividade no período em estudo.

4.3. Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – OF. 287/2005 (Anexo 6) e obteve autorização da direção do serviço de saúde em estudo (CSE) para levantamento de dados necessários.

5. RESULTADOS

A descrição do caso se dará inicialmente por meio de análise documental realizada sobre o serviço de saúde. Espera-se com essa análise, resgatar brevemente a história de formação do serviço, suas propostas de organização do trabalho, e com isso compreender o que impulsionou o serviço a implantar a AG para pessoas com dislipidemia. A seguir, apresentaremos o grupo de dislipidemia, suas características desde a montagem da proposta, os fluxos e instrumentos utilizados, as dinâmicas de abordagem e o perfil dos usuários, finalizando com as características tecnológicas da AG para pessoas com dislipidemia.

5.1. O Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

O CSE está situado em Botucatu, cidade do interior paulista, constituída por 121 mil habitantes (IBGE, 2007) e conta atualmente com duas unidades, a unidade Vila dos Lavradores (UVL), que iniciou suas atividades em 1972 e a unidade da Vila Ferroviária (UVF), de 1982.

Até o início dos anos 70, quando é organizado o CSE - Unidade Vila dos Lavradores (UVL), o município de Botucatu, então com 40.000 habitantes, contava com uma única unidade de atenção primária da Secretaria de Estado da Saúde, um Centro de Saúde tipo I. O CSE foi organizado a partir de um convênio firmado entre a antiga Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), atual Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP (FMB/UNESP), e a Secretaria de Estado da Saúde (SES). Esse convênio surgiu como resultado de um movimento de mudanças nas práticas de saúde, tanto por parte da universidade, que buscava estratégias para o ensino de uma medicina integral, preventiva e comunitária, com maior ênfase em ações “extra-muros”, quanto por parte da SES, associado a um movimento de renovação das estratégias de Saúde Pública do Estado amparado por uma reforma político-administrativa em andamento naquele momento. A busca pela ampliação e diversificação dos cenários e das ações de saúde, estava

associada à articulação de aspectos individuais e coletivos no cuidado em saúde (CYRINO & SHRAIBER, 2002).

Atualmente as duas unidades do CSE são responsáveis por uma área com aproximadamente 30.000 habitantes, mantendo um atendimento do tipo programático. As atividades de assistência à saúde são realizadas pelos programas de Atenção à Criança e ao Adolescente, à Mulher, ao Adulto, ao Idoso e em Saúde Mental. São ainda prestados serviços de assistência em Saúde Bucal, Fonoaudiologia, Acupuntura, Homeopatia, Oftalmologia (referência para o Programa de Prevenção de Cegueira direcionado aos escolares do município). Além disso, é referência regional em Saúde do Trabalhador, Dermatologia e Pneumologia Sanitária (CSE, 2005).

O CSE tem as especificidades de um serviço escola, pois além de seu papel na assistência à saúde, desempenha atividades de ensino e de pesquisa. O principal objetivo da unidade no ensino é o de capacitar recursos humanos para o trabalho em atenção primária. A unidade recebe alunos dos programas de graduação, pós-graduação e educação continuada. Na pesquisa, o desenvolvimento de investigações em saúde coletiva buscam enfrentar os grandes desafios que se colocam para uma atenção integral à saúde. As principais linhas de pesquisa do serviço são: organização do cuidado e ações programáticas em saúde; desenvolvimento de tecnologias em atenção primária; comunicação e educação em saúde; saúde do trabalhador e epidemiologia em serviços (CSE, 2005).

Em linhas gerais, vale destacar da história institucional do CSE:

- é um serviço que desde sua emergência encontra-se vinculado ao desenvolvimento de inovações no campo das práticas em atenção primária, tanto em relação à formação de recursos humanos como por referência à elaboração e experimentação de novos modelos;
 - esse perfil tem se mantido ao longo de sua história, ainda que ganhando ou perdendo relevância político institucional nos diferentes contextos;
-

- enquanto unidade de saúde, enfrenta os mesmos desafios postos para a rede pública da atenção primária, entre os quais ganha importância a partir dos anos 90, o equacionamento da pressão da demanda com respostas assistenciais mais responsivas.

A seguir buscaremos na organização da assistência, contribuições no sentido de identificar o desenvolvimento e a importância das práticas de grupo no CSE e os objetivos que as orientavam ao longo de sua história.

5.2. A organização da assistência e as práticas de grupo no serviço

Nos primeiros 11 anos de funcionamento, período que incluiu os anos de 1972 a 1982, o CSE realizou atividades de assistência nos três programas básicos (Adulto, Criança e Gestante) e nos sub-programas de prevenção de câncer ginecológico, controle de tuberculose (1976) e hanseníase (1982). Neste período, em relatos de estudo sobre o serviço, consta a assessoria de uma pedagoga, na unidade, para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, treinamento de equipe e realização de trabalho com grupos, embora não especifique em quais programas estas eram realizadas (CYRINO, 1993).

A década de 1980 é caracterizada pela manutenção da assistência aos programas e sub-programas existentes e a incorporação de algumas atividades de assistência, entre elas: a saúde mental, oftalmologia, dermatologia, saúde bucal, saúde ocupacional e fonoaudiologia. Neste momento a unidade contava com o trabalho de uma educadora em saúde, mais vinculada ao programa de saúde da mulher, desenvolvendo atividades de grupo. Essas atividades direcionadas ao programa da mulher especificamente, constam em livro ata de reuniões de equipe onde descrevem, por exemplo, a realização de entrevistas com as mães para possível organização do grupo de gestante, utilização de material educativo “cartilha da gestante” para esta população, e liberação de profissionais de nível médio para realizar capacitação para trabalhar com esses grupos (CSE, 1983).

As atividades em grupo voltadas para essa população se destacaram nas ações do serviço neste período. Vale lembrar que o trabalho em grupo com gestantes foi muito freqüência na programação, ainda que mantendo seu

enfoque preventivista e normativo, coerente com as diretrizes que orientavam os programas destinados a essa clientela naquele momento (SANT`ANNA & FERRIANI, 2000).

No início dos anos 80, o CSE passava por um processo de reavaliação de suas práticas, com a elaboração de documentos internos que explicitam as propostas de reorganização do serviço naquele período.

Em documentos internos de 1984, a reorganização do atendimento ao adulto é preconizada por meio da implantação do “Programa de Assistência Médica e Sanitária do Adulto”. Nesse programa é considerado adulto todo indivíduo maior de 12 anos. O objetivo do programa era desenvolver junto aos usuários, atividades de controle periódico da saúde visando a prevenção, o diagnóstico, tratamento e recuperação de saúde dessa faixa etária. Fazia parte dos objetivos “(...)desenvolver **atividades de grupo para pacientes de maior risco** que necessitavam (de) **atividades educativas** para seu controle de saúde” (CSE, 1984, grifos nossos).

As atividades da área incluíam nas atividades de rotina: a solicitação de exames padronizados, consulta médica, atendimento de enfermagem, pré e pós consulta, trabalho em grupo, imunização, solicitação de convocação de faltosos e de visita domiciliar.

Consta na orientação das atividades do médico que ele, durante a consulta, “(...) identifique os pacientes de risco que necessitam de uma ação educativa. Anotar no prontuário “paciente de risco”, visando um acompanhamento especial da equipe” (CSE, 1984). Assim, cabia ao médico a identificação de condições de risco na história de cada usuário atendido.

A pós-consulta da área, possuía entre suas finalidades: “(...) esclarecer quanto aos grupos educativos em funcionamento, convidar e agendar os pacientes nos grupo e controlar a marcação dos retornos aos grupos quando os pacientes faltarem” (CSE,1984).

Através dos documentos, pode-se supor que os grupos educativos eram oferecidos por meio de “convites”, parecendo que cabia ao usuário o “aceitar ou não o convite”, baseando-se, muitas vezes na familiaridade deste com o método de trabalho em grupo.

No item específico, que destaca o trabalho com os grupos, lê-se:

Será dirigido (o trabalho em grupo) para os clientes inscritos no PAMSA. Os grupos deverão ser pequenos (média de 10 participantes) para que tenham caráter informal e permitam participação ampla dos componentes, sendo que os assuntos a serem desenvolvidos poderão obedecer a um programa mínimo que abranja de modo claro e sucinto, a patologia em questão. Ficará a cargo dos pacientes e coordenadores discutirem o horário e funcionamento do grupo. Os clientes serão agrupados por patologias e prioritariamente aqueles “de risco”, necessitam de uma ação educativa mais efetiva (CSE, 1984).

Existia na orientação do programa, a preocupação com a garantia da informalidade, podendo-se entender que o serviço considerava essa uma característica importante no trabalho com os grupos. Os assuntos (temas) a serem desenvolvidos durante as atividades, deveriam obedecer a um programa mínimo que abrangesse a patologia em questão, focando-se o trabalho no controle do risco e no trabalho informativo das reuniões.

Na proposição do PAMSA, a orientação para a realização de grupos está presente de um modo destacado, apresentando como características: o uso do enfoque de risco como o principal critério para encaminhamento, e a definição de responsabilidades diferentes entre os profissionais, cabendo a identificação “do risco” ao médico, e a realização do convite e encaminhamento, que cabia à pós-consulta.

Conforme os documentos consultados, desde 1983 o CSE já havia iniciado um investimento dirigido ao fortalecimento do trabalho com grupos por meio da contratação de uma médica psiquiatra com a finalidade de desenvolver atividades com pacientes vinculados à equipe de saúde mental, como grupo de alcoolistas e de problemas conjugais. Com um enfoque multidisciplinar, a equipe responsável por esses grupos era composta por uma psicopedagoga, uma psicóloga e uma assistente social e logo foi solicitada a ampliar suas atividades para outras áreas. Assim, as responsabilidades dessa equipe se diversificou e se estendeu para o apoio à implantação de outros grupos e para

a capacitação e supervisão de profissionais das outras áreas de assistência programática (CSE, 1983).

Nos 14 anos decorridos entre o PAMSA e a proposta de AG para pessoas com dislipidemia, podemos afirmar que o desenvolvimento da abordagem grupal manteve-se como uma importante estratégia assistencial na proposta do CSE, com a manutenção de investimentos no aprimoramento e diversificação desse tipo de prática em diferentes frentes de atenção à saúde. Isso ficou evidenciado por medidas tais como: a responsabilização da equipe de saúde mental pelo treinamento e supervisão da equipe para o trabalho com grupos (1983); a implantação de abordagem em grupo para gestantes, com a liberação de profissionais de nível médio para capacitação específica para o trabalho com grupos (1983), a implantação de grupos de diabéticos e a implantação de grupos de hipertensos (1996), entre outros. É importante destacar que os grupos citados se mantiveram em atividade por períodos de tempo diferentes, não se colocando como uma oferta regular ao longo de todo esse período (CSE, 1982, 1983; CYRINO et al, 2000).

5.3. As propostas de atenção à saúde do adulto no período de 1998 a 2002

No ano de 1998 dá a posse de um novo diretor, docente do Departamento de Saúde Pública da FMB, que já havia tido experiências anteriores no serviço como, residente, médico sanitário e mesmo como diretor.

Eu acho que voltei com uma outra vivência e até com uma outra leitura até externa do Centro... nós fizemos lá um processo de planejamento (...) inicialmente com a equipe de coordenação gerencial e depois isso foi estendido para o conjunto da unidade, tentando pactuar internamente o projeto técnico-político do Centro... aí a gente estabeleceu uma missão institucional e alguns objetivos a serem desenvolvidos no CSE naquele período de gestão... na assistência, no tópico da assistência, como uma das missões estava o objetivo de melhorar a qualidade de vida da comunidade da área de

abrangência do CSE... um pouco nessa perspectiva ampliada de saúde. **E1**

O serviço estava vivenciando um período de revisão do projeto político, em que a assistência individual passa a ser pensada numa perspectiva da melhoria da qualidade de vida.

Quanto às características tecnológicas do serviço, o entrevistado destaca:

(O CSE) era de fato era um serviço de saúde pública, no sentido mais profundo dessa idéia (...) era um serviço orientado não só pela Clínica, ele não era um mero ambulatório médico... a assistência era organizada visando produzir um impacto na saúde daquela comunidade. Dentro dessa leitura, a assistência médica é um dos recursos que você tem pra fazer isso, mas não é nem sempre o melhor e nem o único... dependendo de quais são os problemas de saúde de que você tem que lidar em uma determinada comunidade **E1**.

Considerando a importância da Clínica para a atenção a saúde, mas destacando que este não é o único e nem melhor recurso para o cuidado das pessoas, algumas reestruturações são realizadas na área da Saúde do Adulto no ano de 1998.

Quando eu volto lá em 98 então... a área do adulto havia perdido essa perspectiva programática... ela estava muito enfraquecida e o que se percebia é que ela estava funcionando como um conjunto de ambulatórios... tinha o ambulatório geral, vamos dizer assim, que atendia distintamente as pessoas e tinham alguns ambulatórios um pouco mais dirigidos, por exemplo, tuberculose, diabetes, hipertensão. **E1**

Ao retornar ao serviço e constatar que a área de adulto estava funcionando, centrada no atendimento médico individual, sem envolvimento de outros profissionais e com poucas atividades em grupo, a direção juntamente com os profissionais decidem reorganizar a atenção ao adulto. Para essa reorganização eram feitas algumas ponderações:

Não descartar a Epidemiologia como recurso de caracterização das necessidades de saúde, mas ampliar isso pra outras dimensões, outras tecnologias, reorientada por essa missão da qualidade de vida... (...) ...e aí convidamos dois professores de educação física pra nos ajudarem a desenvolver um projeto de atividade física e praticas corporais. Nós não conseguimos recurso pra dar andamento nisso, mas a idéia era ter alguns espaços na área do CSE de praticas corporais **E1**.

Percebe-se que havia uma preocupação em reorganizar as práticas, sem desconsiderar a Epidemiologia. Na perspectiva de um **cuidado mais ampliado**, o serviço também procura por outros profissionais de saúde, com práticas que não estavam presentes no serviço.

Ainda discutindo a introdução de novos profissionais no serviço, o gestor considera:

A gente teve sucesso pra algumas áreas, na saúde mental a gente conseguiu..., mas na área de adulto, essa idéia de ter alguns espaços com atividade física, a gente não conseguiu por falta de recurso e local. Mas aí, o que a gente pensou... vamos reorganizar a atenção no que diz respeito às crônicas: hipertensão e diabetes, envolvendo outros profissionais no cuidado, ...uma nutricionista, uma enfermeira, que eram profissionais que nós tínhamos lá. Então na área de adulto é reorganizada a atenção aos pacientes crônicos... diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, entendendo que essa era uma parte expressiva da demanda. O objetivo era que isso permitisse uma racionalização do tempo do médico. Eu participei mais ativamente até, e eu me lembro bem isso tem trabalhos apresentados em congresso, na organização do grupo de hipertensão. Então esse grupo envolvia os médicos e a enfermagem...a nutricionista já não tínhamos mais... a equipe da unidade então passou a ter atendimento em grupo na hipertensão” **E1**

Pode-se observar que a equipe decide investir na reorganização do atendimento a patologias que ocupavam grande parcela da demanda do

serviço, tendo por objetivo, além da ampliação do cuidado a racionalização do trabalho, especialmente por referência ao trabalho médico. Diante da dificuldade em conseguir recursos para trazer novos profissionais, a equipe decide investir em profissionais já disponíveis no serviço, como a enfermagem e a nutrição.

O registro da experiência de trabalho em grupo denominada “Grupo de Vivência de Hipertensos”, é de 1996, quando de sua implantação. Outras experiências de trabalho em grupo com pacientes crônicos, particularmente hipertensão e diabetes, já haviam ocorrido, mas sem um registro sistematizado. Naquele momento, a discussão em torno da reorganização das práticas na saúde do adulto, imprime uma nova força a esse tipo de atividade. A AG para hipertensos fazia parte do esforço de deslocar o foco da assistência exclusivamente do trabalho médico e tinha como objetivos, introduzir outros profissionais e proporcionar aos usuários um espaço de escuta, expressão e discussão sobre a doença. As experiências e avaliações desse grupo, foram sistematizadas e apresentadas em congressos de Saúde Pública podendo ser encontradas em publicações (CYRINO, 2000).

Ainda sobre a experiência como grupo de vivência de hipertensos, o diretor faz considerações sobre o sucesso na realização de parcerias

... na época, a gente fez uma parceria com ela (uma psicóloga de outra instituição)... ela vinha participar de uma parte do grupo que era sobre estratégias de enfrentamento e estresse e tal. Ela tinha um estudo sobre hipertensão, história de vida de mulheres com hipertensão... **(E1)**

Além da hipertensão, a dislipidemia, enquanto fator de risco, ocupava grande parcela da demanda de atendimento na unidade.

Então, nós contratamos uma nutricionista que havia acabado o aprimoramento aqui do Departamento, contratamos ... mais foi pelo menos umas oito horas semanais... para organizar uma atenção à dislipidemia. **E1**

Na busca da superação do modelo de atendimento centrado no atendimento médico, o serviço procura contratar profissionais de outra formação para ampliar o cuidado em saúde. No entanto, mesmo diante da

escassez de recursos, chama atenção o tipo de contrato, em relação ao total de horas semanais da profissional nutricionista, e o tipo de inserção no serviço e no conjunto da equipe da Saúde do Adulto que ele viabiliza.

No contexto apresentado, a proposta de montagem de um grupo para usuários com dislipidemia tinha as seguintes motivações:

- oferecer um atendimento multidisciplinar para pacientes crônicos
- desenvolver um modelo de cuidado integral
- oferecer um espaço de escuta, expressão e discussão sobre a (s) doença(s) para esse grupo
- diminuir a demanda por consultas médicas individuais, considerando a alta demanda de consultas de seguimento
- diminuir a demanda por consultas para “resultados de exames”

5.4. A abordagem em grupo para pessoas com dislipidemia: organização e implantação

O processo de estruturação da AG para usuários dislipidêmicos pode ser sinteticamente descrito como composto por:

- a) Formação da Equipe e construção instrumentos
- b) Apresentação para equipe e definição do fluxo de encaminhamento
- c) Formato e dinâmica da atividade em grupo
- d) Perfil dos usuários

Cada um desses aspectos será descrito a seguir.

5.4.1. Formação da equipe e construção de um protocolo de atendimento

Uma vez definida a composição da equipe inicial – um médico sanitarista, dois médicos residentes em Saúde Pública, uma enfermeira e uma nutricionista, essa última na função de coordenadora da equipe, tiveram início as reuniões de trabalho. A primeira atividade desse grupo multiprofissional foi

dar forma e conteúdo à proposta de trabalho, o que foi feito a partir do estudo do que foi tomado como seu objeto central – a dislipidemia.

O diretor do serviço afirma que:

(participaram) dois residentes do Departamento de Saúde Pública, eu e a nutricionista... foi feita toda uma discussão de como seriam esses grupos. Desde o início a gente tinha idéia de (...) organizar algum protocolo pra que isso também pudesse ser avaliado, (além disso) a gente queria também resgatar as atividades de pesquisa lá no CSE. **E1**

A nutricionista complementa:

... o que nós três (nutricionistas e residentes) mais a enfermeira fizemos... nós estudamos o consenso de dislipidemia, eu apresentei a parte de nutrição, eles apresentaram a parte de tratamento médico, de medicamentos, a gente fez uma discussão e criou-se o protocolo. Isso durou uns 4 meses. **E2**

As reuniões de estudo da equipe, para as discussões sobre o tratamento, a estruturação da AG e a construção do protocolo, basearam-se na III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias (2001).

Como resultado do período inicial de reuniões da equipe, foi construído um protocolo de atendimento específico para ser utilizado pelos profissionais que participariam da AG, com o objetivo de registrar individualmente as informações de cada usuário (Anexo 4 e 5). As categorias de registros previstas e as variáveis correspondentes são descritas a seguir.

Identificação: número do registro de matrícula do usuário no serviço, nome, data nascimento, idade e endereço.

Resumo Clínico: retomada da história clínica do usuário

Categoria: espaço reservado para identificação da classificação da dislipidemia.

Patologias Associadas: verificação da presença de patologia, principalmente diabetes, hipertensão, gota e menopausa.

Medicações utilizadas: verificação da utilização de medicações, principalmente de hipoglicemiante oral, diurético, anti-hipertensivo, hipolipemiante.

Hábito intestinal: Verificação de hábito intestinal normal ou constipado.

Atividade física: Verificação acerca da realização de atividade física, tipo e frequência semanal.

Avaliação antropométrica, bioquímica e pressórica: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), colesterol total, LDL-c, HDL-c, triglicérides, glicemia, pressão arterial

Avaliação dietética: Nesta categoria foram anotadas as avaliações quantitativas realizadas nos instrumentos de avaliação dietética aplicados aos usuários. As avaliações foram realizadas utilizando o valor de calorias totais da dieta, o grupo dos macronutrientes: carboidratos, proteínas, gorduras (Saturada, Poliinsaturada, Monoinsaturada e Colesterol), além da quantidade de fibra alimentar da dieta.

Atividades do grupo: este campo era utilizado para anotação das datas dos próximos encontros e observações, se necessárias, realizadas nos dias de atividade.

5.4.2. Fluxograma assistencial

A proposta de um grupo para pacientes com dislipidemia foi divulgada para o conjunto da equipe da Saúde do Adulto em reuniões da área, de modo a garantir a implantação de um fluxo específico para esses usuários. Segundo a nutricionista:

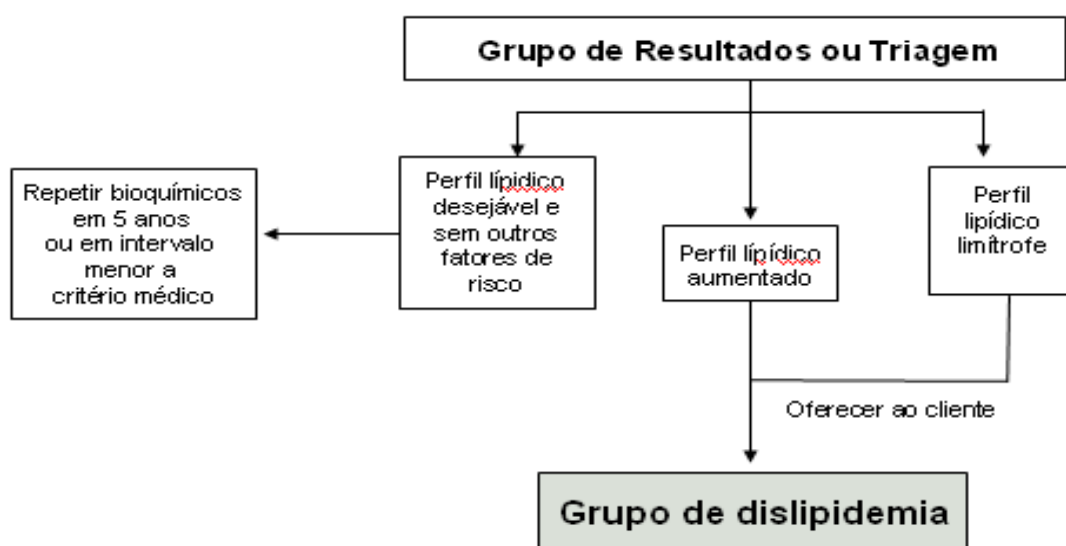
(...) a gente fez uma reunião com todo mundo, eu fui apresentada, eu cheguei pra falar com os clínicos, todos sabiam que isso ia acontecer... logo depois a gente pediu pra uma docente da endócrino fazer uma palestra sobre o consenso de dislipidemia... tentar padronizar a conduta, falar a mesma linguagem, não entrar com medicamento logo de cara, seguir o padrão do consenso. **E2**

Assim, nas reuniões para implantação da atividade, a profissional responsável pelo grupo foi apresentada para a equipe. O pedido de ajuda a um médico especializado, no sentido de padronizar condutas, procurava uniformizar a condução clínica dos casos e garantir a implantação do novo fluxo de atendimento. Na fala da nutricionista, havia dificuldades de estabelecimento desse fluxo, pois alguns profissionais iniciavam medicação precocemente, secundarizando medidas educativas previstas no próprio consenso.

O fluxo de atendimento aos usuários com perfil lipídico alterado procurava atender às motivações institucionais colocadas, quais sejam, o desenvolvimento de alternativas de atenção integral à saúde e o equacionamento adequado de uma das principais demandas da saúde do adulto – os pacientes crônicos, particularmente aqui representados pelos dislipidêmicos.

Além da definição de estratégias de implantação da nova atividade no serviço, dois instrumentos eram fundamentais – o protocolo de atendimento (Anexo 4 e 5) e o fluxograma de encaminhamento (Figura 2)

Figura 2 - Fluxo de atendimento inicial aos usuários dislipidêmicos da área de saúde do adulto, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999 - 2003.



Segundo o fluxo inicial (Figura 2) o grupo de resultados receberia todos os pacientes para os quais fosse solicitado perfil lipídico, orientando aqueles com resultados normais e convidando para o grupo de dislipidemia os que tivessem exame limítrofe ou alterado, além de introduzir a discussão sobre o significado do “colesterol”. Esse foi o fluxo apresentado para a equipe da Saúde do Adulto, quando da implantação da proposta.

Segundo a nutricionista, no grupo de resultados:

(...) a gente se reunia, fazia uma palestra bem rapidinha, eu, o residente, quem tivesse na equipe, muitas vezes eu fiquei sozinha, a gente falava da importância do colesterol, dava-se um enunciado perguntava pra eles... vocês sabem porque vocês estão aqui? Alguns falam ..há por que o meu exame deu alto, da gordura, é ... outros falavam “ há não sei porque que marcaram aqui!”, então a gente escutava cada um, dava essa atenção individualizada pra eles e falava...apresentava como que ia funcionar o grupo. Aí ... falava um pouquinho do que era o colesterol, dava uma introdução... falava sobre o que era o valor normal e o quanto cada um tinha como resultado do seu exame e dava já uma introdução. **E2**

Durante o grupo de resultados, alguns usuários manifestavam não saber o motivo do encaminhamento para a atividade. A presença desse tipo de dúvida assinala dificuldades no encaminhamento feito pelos profissionais médicos e pela pós-consulta, que de alguma forma não estariam conseguindo esclarecer os objetivos do grupo de triagem, ou por terem incorporado esse fluxo automaticamente como parte da rotina de tratamento daqueles casos, ou, de qualquer modo, por uma dificuldade de comunicação com esses usuários.

Assim, a partir da solicitação de perfil lipídico feita em consulta médica, todos os resultados eram agendados na pós consulta para o Grupo de Resultados ou Grupo de Triagem, a princípio sem critério de exclusão, salvo recusa do paciente.

Essa atividade foi divulgada pelo próprio postinho na pré-consulta, no preparo, pelas funcionárias... elas separavam todos que tinham resultado de exame e fazíamos uma grande

reunião, sempre teve demanda, eu já fiz reunião com 50 pessoas. **E2.**

Na prática o grupo de resultados assumiu outro papel e perdeu seu caráter original de triagem entre os usuários com exames alterados e não alterados, passando a ser um grupo de encaminhamento para o grupo de dislipidemia, ou “grupo do colesterol”. Essa mudança de papel parece ter se dado em função da grande demanda de exames alterados que então eram priorizados para o grupo de resultados.

Com essa composição, a finalidade do Grupo de Resultados era introduzir a discussão sobre “o colesterol” e falar dos resultados dos exames, explicando o significado dos valores alterados. A importância desse encontro era poder orientar os casos com perfil alterado e apresentar a AG e seu modelo, oferecendo o seguimento via grupo e esclarecendo a atividade para seus potenciais usuários, considerando a novidade dessa abordagem para aquela população. A denominação de “grupo de triagem” passou a significar o processo de identificação dos usuários com interesse e disponibilidade em participar do grupo de dislipidemia, sem que, de fato, ocorresse uma triagem uma vez que não havia critério de exclusão para encaminhamento para a AG.

A equipe da pós-consulta era responsável por separar todos os resultados de exames de perfil lipídico alterados e agendá-los para o Grupo de Resultados. Vale assinalar que a equipe de enfermagem foi de grande importância para a implantação da AG, pois, apesar de eventuais dificuldades, ao realizarem os agendamentos, apresentavam a atividade para os usuários, sendo as responsáveis pela realização de grupos de triagem tão numerosos como o citado, com 50 participantes.

Para o Grupo de Dislipidemia, o único critério de inclusão era ter perfil lipídico alterado, sem nenhum critério de exclusão. Embora o fluxograma proposto previsse o Grupo de Resultados (Triagem), o encaminhamento também poderia ser feito diretamente da consulta médica, ou mesmo da pós consulta, para pacientes com diagnóstico prévio de dislipidemia. Além disso, com a divulgação da atividade entre os usuários do serviço, passou a ocorrer casos de demanda espontânea de pacientes que já tinham diagnóstico prévio e que procuravam a pós consulta para agendamento direto no grupo “do

colesterol". Essas alternativas de encaminhamento direto, ao lado da mudança do caráter original do Grupo de Resultados, tornou sua existência desnecessária e no processo de implantação ele deixou de existir.

Assim o novo fluxograma de encaminhamento pode ser representado pela Figura 3.

Figura 3 - Reorientação do fluxo de atendimento aos usuários dislipidêmicos da área de adulto, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999 - 2003.



A implantação da AG para usuários com dislipidemia foi bem recebida pela equipe e pelos usuários – o que fica assinalado pela realização de Grupos de Resultados com grande número de pacientes e pela ocorrência de demanda espontânea. No entanto, contrariando em parte as diretrizes que originaram a proposta, a alteração do fluxograma original, com a supressão do Grupo de Resultados e o encaminhamento direto para o Grupo de Dislipidemia, re-centraliza o encaminhamento na consulta médica e secundariamente na pós-consulta.

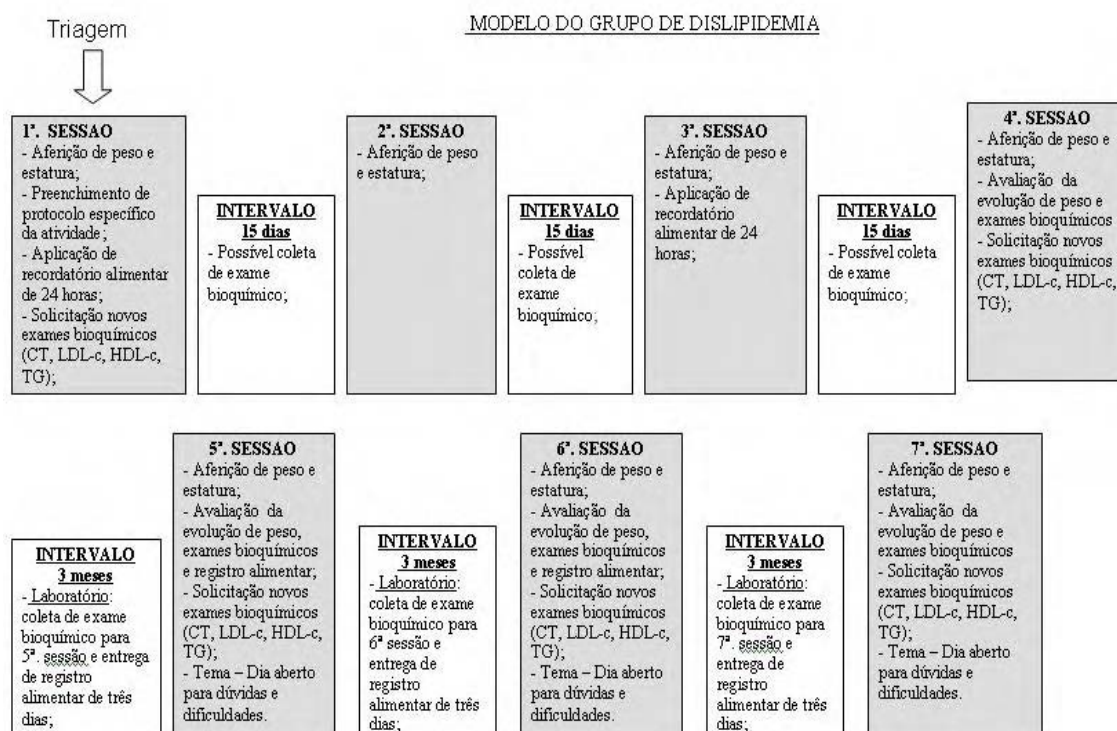
Em relação ao fluxo de encaminhamento para o Grupo de Dislipidemia o diretor coloca sua opinião:

Eu acho que esse foi um problema (o encaminhamento), isso ficou muito a critério do médico e da pós consulta... e eu acho que esse é um dos problemas, porque o que acaba acontecendo é que o médico não encaminha. No início, quando você faz uma divulgação, apresenta isso em uma reunião, durante alguns meses as pessoas encaminham, depois isso vai perdendo a força e esvazia. A minha idéia era simplesmente retirar todos esses dislipidêmicos (da consulta médica) ... quer dizer, a atividade principal seria o grupo, mas acho que a gente não amarrou isso adequadamente e então o grupo acabou atendendo a uma parte apenas da demanda e os pacientes continuaram seguindo em consulta médica. **E1**

5.4.3. O desenho do “grupo do colesterol”

No planejamento inicial, a AG para dislipidemia era composta por 4 sessões quinzenais seguidas de 6 sessões trimestrais, com duração total aproximada de um ano e meio. Levando-se em conta que o grande espaço de tempo poderia limitar a adesão dos pacientes, e por outro lado, a grande demanda e a baixa disponibilidade de horários para a atividade, optou-se, logo após o início dos primeiros grupos, por uma redução no tempo total para um ano, mantendo-se as 4 sessões iniciais, seguidas de 3 com espaçamento trimestral (Figura 4).

Figura 4 - Modelo da AG para usuários com dislipidemia, do Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, 1999-2003.



Na figura 4, encontra-se caracterizado o modelo de AG para dislipidemia que permaneceu mais tempo em atividade, descrevendo: o número de sessões, a freqüência e os procedimentos realizados durante as sessões e nos intervalos entre elas. O modelo original com 10 sessões foi aplicado apenas nos grupos iniciais.

No primeiro dia de atividade os usuários se apresentavam na área de adulto e realizavam na pré-consulta a aferição de peso e estatura, procedimento que se repetiria quanto ao peso em todas as sessões. Um carimbo com a inscrição “Grupo do Colesterol”, identificava no prontuário a participação do usuário na atividade.

No grupo era preenchido o protocolo específico da atividade e o instrumento de recordatório alimentar de 24h, além de serem solicitados exames bioquímicos para dosagem de Colesterol Total, LDL-c, HDL-c e Triglicérides para aqueles usuários que possuíam resultados de exames muito antigos. Esses exames poderiam ser agendados durante os três períodos quinzenais que separavam as quatro primeiras sessões.

A principal temática discutida na primeira sessão era relativa ao tema central do grupo “o colesterol”, ou seja, o significado do “perfil lipídico” enquanto indicador de risco cardiovascular e sua correlação com hábitos alimentares e as atividades do cotidiano. Desde o primeiro encontro, sempre se procurava incorporar à discussão questões trazidas pelos usuários.

A segunda sessão não possuía procedimentos específicos e a ela cabia centralmente a discussão da temática pré-definida, além de eventuais temas emergentes. Na terceira sessão, era preenchido um segundo instrumento de avaliação alimentar (recordatório alimentar de 24).

Na quarta sessão, havia uma avaliação dos usuários, através da evolução do peso e das mudanças nos parâmetros bioquímicos e antropométricos. Neste dia os usuários recebiam um novo pedido de exames, previamente agendado pela equipe da AG para ser coletado durante o intervalo quinzenal, sendo orientados a como preencher um registro alimentar de 72h. No dia que os usuários procuravam o laboratório para a coleta de sangue, também entregavam para os profissionais o registro de 72h.

As três últimas sessões, que aconteciam em intervalos trimestrais, tinham uma característica maior de avaliação em relação à evolução do peso, controle das taxas lipídicas e avaliação alimentar. Nesses dias em específico não havia definição de tema, os usuários levavam suas dúvidas para o grupo.

Cabe um apontamento no que se refere aos instrumentos de avaliação alimentar. Ao serem lidos, identificou-se uma qualidade de registro diferenciada, onde os instrumentos coletados durante as sessões possuem melhor qualidade, no que se refere a especificação do alimento e identificação de quantidade, do que os instrumentos preenchidos pelos usuários e entregues no laboratório. Essa foi o principal motivo que inviabilizou sua utilização neste trabalho.

Havia um conjunto de temas pré-definidos como importantes de serem abordados ao longo de todas as sessões, mas cuja seqüência e aprofundamento variava de acordo com o interesse e dinâmica assumidos pelo grupo. No conjunto dos 7 encontros, os conteúdos a serem trabalhados eram:

- ✓ O que é o colesterol;
-

- ✓ Dislipidemia, colesterol e metabolismo de lipídios;
- ✓ Alimentação e vida moderna;
- ✓ Pirâmide alimentar e grupos: alimentos que não fazem bem para o colesterol;
- ✓ Diferença entre gordura saturada e insaturada;
- ✓ Alimentos Diet e Light.
- ✓ Mídia e Nutrição: discussão de notícias impressas e televisivas;
- ✓ Mitos crenças e tabus alimentares;
- ✓ Dieta, economia doméstica, e vida cotidiana.

Em relação à discussão do tabagismo e da atividade física, a coordenadora faz algumas considerações.

... a gente discutia durante todas as reuniões, falava-se muito da questão do cigarro aumentar triglicérides, alterar o perfil lipídico e falava-se da importância da atividade física..., o gestor (do CSE) inicialmente idealizou ter o profissional da atividade física, foi cogitado, teve alguns profissionais que foram lá, a gente conversou mais não engrenou. Teve uma vez só que um profissional participou, mas não pegou o espírito do que é trabalhar com o grupo assim... Então não deu muito certo, mas a gente sempre orientava pra fazer... pra procurar o profissional, orientava que eles deveriam caminhar. **E2**

De maneira geral, parece que esses dois últimos temas foram transversais durante as sessões do grupo, cujo enfoque central era de orientação nutricional.

5.4.4. Características da dinâmica do trabalho em grupo

Apresentado o desenho da AG, cabe ressaltar que no período em estudo foram realizados **25 grupos**. Geralmente a cada 15 dias iniciava um novo grupo, com vários grupos acontecendo concomitantemente. A coordenadora relata que mesmo com uma carga horária restrita ela conseguia organizar uma agenda para que mensalmente pudessem ser iniciados novos grupos.

Estava previsto que os grupos tivessem até quinze participantes, mas mesmo os que iniciaram com um número maior de usuários nem sempre acabavam com muitos participantes.

O tempo de duração das sessões era de aproximadamente uma hora e meia, com variações conforme o grupo.

Teve um grupo que durou 3 horas, por que ninguém viu passar, tava gostoso um perguntava, outro perguntava, ninguém viu passar e foi... **E2.**

As sessões do grupo do colesterol eram realizadas em local destinado a práticas de grupos, na área de Saúde do Adulto, com capacidade para aproximadamente 15 pessoas. Quando o grupo apresentava um maior número de participantes, a coordenadora utilizava o anfiteatro da unidade. O anfiteatro também era utilizado, quando a coordenação planejava algum tipo de dinâmica que necessitava mais espaço, ou mesmo para trabalhar com figuras ou com a pirâmide alimentar.

Quanto às estratégias didáticas utilizadas durante o trabalho em grupo, alguns pontos foram valorizados como importantes pela coordenação do grupo.

A disposição circular dos usuários foi utilizada como recurso “facilitador de conversa”. Com ele se abria a possibilidade de todas as pessoas se verem e assim poderem se comunicar.

Segundo a coordenadora, nos primeiros grupos a equipe trabalhou com recursos mais tradicionais como a projeção de transparências falando sobre nutrição, e as diferenças das gorduras saturadas e insaturadas.

... coisa bem simples, bem colorido, mas eu achei que isso ficava meio cansativo ainda mais quando eu tinha uma parcela grande do grupo que não sabia ler. **E2**

Foi identificado a necessidade de adotar outros recursos didáticos, procurando alcançar maior interatividade, como vemos na fala abaixo.

Então tirei (as transparências) e procurei trabalhar só com quadro negro e painel, mais ilustrativo, ou... a gente fazia no quadro (de modo) que todo mundo pudesse ler, eu mesma escrevia: nesse lado vamos colocar todos os alimentos que

vocês acham que tem que comer desse os (vocês acham) que não tem, né.. quantas vezes eu como isso, então usava muito quadro negro e figuras de alimentos. Teatro... teatro é uma coisa que eu nunca fiz..., era sempre discussão, eu evitava ser muito...como que a gente fala?... ser muito professora, evitava essa coisa de palestra, não... era uma conversa! **E2**

Foi bastante utilizado também o trabalho com os rótulos de alimentos industrializados para trabalhar a questão alimentar. Algumas dúvidas eram levadas mais frequentemente pelos usuários para discussão, como por exemplo, a utilização de chás emagrecedores e o uso de produtos como Bioredux®, Herbalife® e Cápsulas de Berinjela.

As discussões a partir das dúvidas individuais, ou mesmo comuns a todos, abriam um espaço de diálogo que de certa forma possibilitava uma maior identificação entre as pessoas. Vale ressaltar que o caráter informativo de transmissão de conhecimento para mudança de comportamento, característica básica da educação sanitária, está presente no direcionamento das atividades, mas é em parte relativizado pela abertura ao diálogo.

Todos os dias eram abertos para perguntas, mas (a sessão era) direcionada pra um tema. (na quarta sessão e nas últimas) nesses dias não tinha tema ... era pra finalizar mesmo... pra ver o que eles absorveram das outras reuniões... praticamente a última reunião a gente normalmente fazia isso. **E2**

Durante as sete sessões, existiam alguns momentos em que a equipe realizava uma espécie de avaliação com os usuários, através da devolutiva da evolução do peso, IMC, exames bioquímicos e dados alimentares. Essa avaliação era feita individualmente e abordava a evolução biométrica, laboratorial e alimentar de cada um até aquele momento.

... nesses intervalos de 3 meses era uma reunião que (o usuário) vinha, (nós) já sabíamos o resultado dos exames e a gente já havia analisado o registro (alimentar) de 3 dias, de tudo que eles estavam comendo. **E2**

A equipe preparava a devolutiva para os usuários, durante os períodos de intervalo das sessões. As devolutivas aconteciam na quarta sessão e depois na 5^a. 6^a. e 7^a., respectivamente. A devolutiva dada aos usuários nessas sessões era baseada na avaliação dos seguintes parâmetros: os exames bioquímicos de Colesterol Total, HDL-c, LDL-c e Triglicérides, o Índice de Massa Corporal, e o resultado da aplicação dos instrumentos de avaliação alimentar (Recordatório de 24h e registro alimentar de três dias).

As orientações alimentares baseavam-se no estudo das dietas de cada um, realizada por meio da aplicação de um *software* específico para análise da dados nutricionais. De um modo geral, as orientações feitas aos usuários se baseavam nas recomendações do documento de referência (III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias).

Em alguns grupos, a equipe encontrou dificuldades em relação ao encerramento e alta dos pacientes da atividade.

Alguns grupos tinham dificuldade de se desvincular toda vez que falava que ia terminar era aquela coisa meio complicada e eu consegui ir espaçando até o grupo se desvincular e a gente terminar. Então a.... duração planejada inicial 1 ano e ½ mas depois passou para 1 ano. **E2**

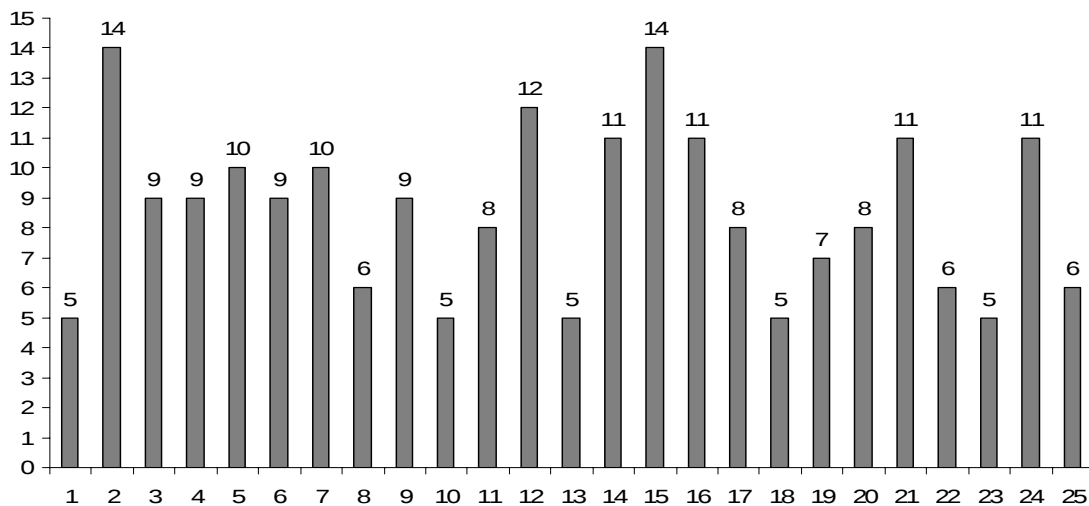
Isso mostra que as sessões possibilitavam a criação de fortes vínculos com os usuários, o que fica reforçado pela ocorrência, segundo a coordenadora, de um mesmo usuário optar em participar da atividade mais de uma vez. A construção do vínculo pode sinalizar, que para alguns usuários a busca pelo grupo representou a busca por satisfazer um necessidade própria, sugerindo a transposição da atividade grupal e o estabelecimento do processo grupal (Martins, 2003).

5.4.5. Perfil inicial dos usuários

Um total de 214 usuários, participaram dos 25 grupos realizados no período em estudo. Os usuários que realizaram a AG mais de uma vez, em períodos diferentes, foram considerados para a análise como indivíduos distintos.

Como podemos verificar no Gráfico 1, o número de usuários participantes das AG foi bastante variado entre 25 grupos realizados no período.

Gráfico 1 - Distribuição do número de usuários que iniciaram a AG, durante os 25 grupos realizados no período em estudo. Botucatu, SP, 1999 - 2003. (n= 214).



Verifica-se um mínimo de 5 participantes e um máximo de 14, com uma média de 9 usuários por grupo realizado.

As características apresentadas a seguir referem-se ao perfil do universo dos 214 usuários no momento inicial da atividade, considerando que essas informações foram anotadas no protocolo individual na primeira sessão da AG. Algumas variáveis não representam o universo de 214 usuários, pois os dados não foram preenchidos.

A tabela 1 apresenta as características da população que freqüentou a AG, sendo a maioria composta por usuárias do sexo feminino (73,3%). A faixa etária de 45 a 75 anos representou 85,6% da população e a média de idade foi de 59,2 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo as características de sexo e grupo etário. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (n=214).

Sexo	N	%
Feminino	158	73,8
Masculino	56	26,2
TOTAL	214	100,0
Grupo Etário (Anos)	N	%
15 25	1	0,5
25 35	3	1,4
35 45	15	7,0
45 55	56	26,2
55 65	68	31,8
65 75	59	27,6
75 85	11	5,1
≥ 85	1	0,5
TOTAL	214	100,0

Os dados apresentados nos gráficos 2 e 3, a seguir, caracterizam os usuários em relação à realização e frequência de atividades físicas.

Gráfico 2 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação a realização de Atividade Física. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (n=153).

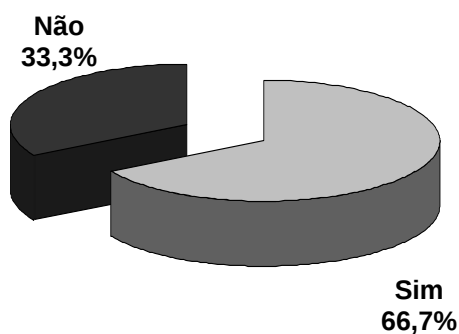
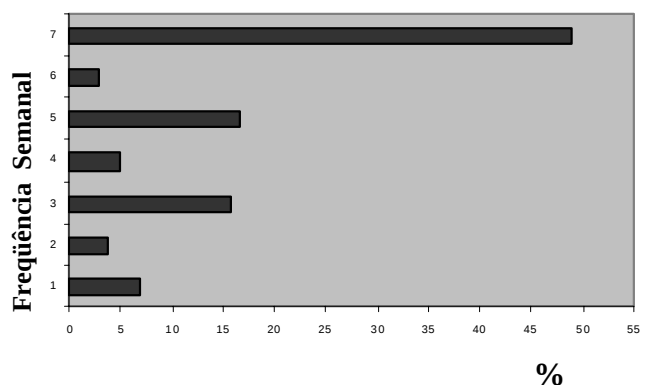


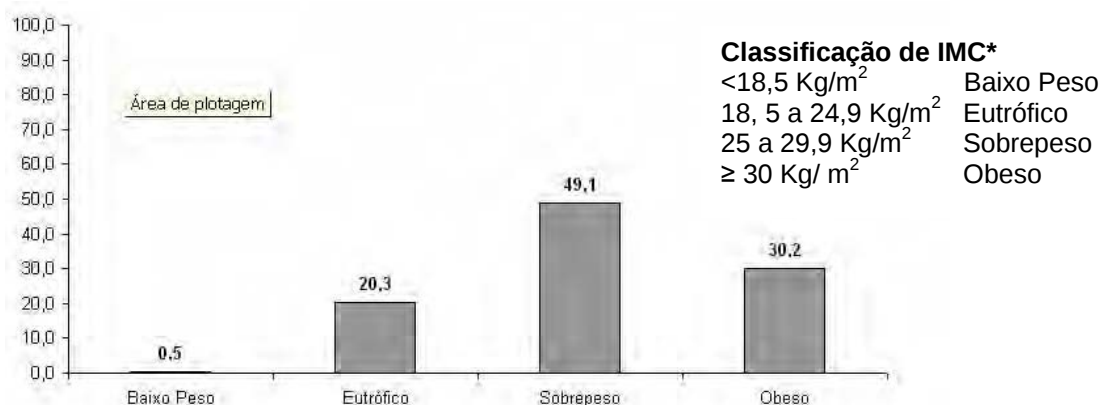
Gráfico 3 - Distribuição dos usuários que iniciaram a AG realizando atividade física, em relação a frequência semanal. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (n=102).



Ao iniciar a AG, 66,7% dos usuários realizavam atividade física, dos quais metade (49%) realizava atividade física com uma frequência de 7 vezes por semana. Ao avaliar o tipo de atividade física mais realizada, verificou-se que a caminhada representou 86,3 % do total. A informação sobre a “duração da atividade”, prevista no protocolo, não foi anotada na maioria dos casos não podendo, por isso, ser considerada.

Em relação ao IMC (Índice de Massa Corporal), aproximadamente 80 % dos participantes tinham peso na faixa de sobrepeso e obesidade, com maior concentração na primeira (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação a classificação do IMC. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 212).



*Segundo: WHO, 1995.

Os níveis pressóricos aferidos na primeira sessão estão distribuídos conforme sintetizado na Tabela 2. Observa-se uma frequência entre 37 e 38% de níveis pressóricos aumentados, considerando-se separadamente os níveis sistólicos e diastólicos. Um detalhamento maior desse dado não foi realizado pois além de não caracterizarem isoladamente a presença de hipertensão, incluem pacientes em uso de medicação sem discriminá-lo.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação à classificação de pressão arterial sistólica e diastólica*. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 118).

Pressão Arterial	N	%
Pressão Arterial Sistólica (n= 118)		
Normal (< 130 mmHg)	51	43,2
Limítrofe (130 – 139 mmHg)	23	19,5
Hipertensão (≥ 140 mmHg)	44	37,3
TOTAL	118	100,0
Pressão Arterial Diastólica (n = 118)		
Normal (< 85 mmHg)	71	60,2
Limítrofe (85 – 89 mmHg)	2	1,7
Hipertensão (≥ 90mmHg)	45	38,1
TOTAL	118	100,0

*Segundo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2004.

Em relação ao hábito intestinal, utilizou-se a classificação “normal ou constipado”, considerou-se como hábito intestinal normal os usuários que evacuavam uma ou mais vezes ao dia, enquanto os demais foram classificados como constipados. Na tabela 3, pode-se verificar que 77% dos usuários iniciavam a AG com hábito intestinal normal.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação ao hábito intestinal no momento inicial da atividade. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 126).

Hábito Intestinal	N	%
Normal	97	77,0
Constipado	29	23,0
TOTAL	126	100,0

Era elevada a presença de co-morbidades, com cerca de 44% dos participantes da AG com diagnóstico de Hipertensão e 10,5% com Diabetes (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo presença de co-morbidades ao iniciarem as atividades. Botucatu, SP, 1999 - 2003.

Co-morbidades	N	%
Diabetes (n = 171)		
Sim	18	10,5
Não	153	89,5
TOTAL	171	100,0
Hipertensão (n = 180)		
Sim	79	43,9
Não	101	56,1
TOTAL	180	100,0
Gota (n = 165)		
Sim	6	3,6
Não	159	96,4
TOTAL	165	100,0

Com relação ao uso de medicamentos, os utilizados com maior frequência estão relacionados na Tabela 5. Dos 155 usuários respondentes, 32,3% faziam uso de anti-hipertensivos, 17,2% faziam uso de diuréticos e 18% de hipolipemiantes.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, segundo uso de medicações ao iniciarem as atividades. Botucatu, SP, 1999 – 2003.

Medicações	N	%
Hipoglicemiante (n = 149)		
Sim	10	6,7
Não	139	93,3
TOTAL	149	100,0
Anti-hipertensivo (n = 155)		
Sim	50	32,3
Não	105	67,7
TOTAL	155	100,0
Diurético (n = 151)		
Sim	26	17,2
Não	125	82,8
TOTAL	151	100,0
Hipolipemiante (n = 150)		
Sim	27	18,0
Não	123	82,0
TOTAL	150	100,0

O uso de hipoglicemiante oral foi referido por 6,7% (n=10) dos usuários respondentes. Cabe considerar que não havia campo previsto no protocolo para o registro do tipo de Diabetes (I ou II) e do uso/quantidade de insulina.

Em relação aos exames bioquímicos de avaliação do perfil lipídico, pode-se observar na Tabela 6 que apesar de 72, 9% dos casos apresentarem HDL-c elevado (≥ 40 mg/dL), conforme seria desejável, quase 70% dos exames apresentam alterações na fração LDL-c.

Tabela 6 - Distribuição dos usuários que participaram da AG, em relação ao perfil lipídico*. Botucatu, SP, 1999 – 2003 (N = 214).

Perfil Lipídico	N	%
Coolesterol Total (n=214)		
Otimo < 200 mg/dL	8	3,7
Limitrofe 200 – 240 mg/dL	52	24,3
Alto ≥ 240 mg/dL	154	72,0
TOTAL	214	100,0
LDL-c (n = 187)		
Otimo < 100 mg/dL	3	1,6
Limitrofe 100 - 160 mg/dL*	56	29,9
Alto ≥ 160 mg/dL	128	68,4
TOTAL	187	100,0
HDL-c (n = 203)		
Baixo < 40 mg/dL	55	27,1
Alto ≥ 40 mg/dL	148	72,9
TOTAL	203	100,0
Triglicérides (n= 214)		
Otimo < 150 mg/dL	82	38,3
Limitrofe 150 - 200 mg/dL	38	17,8
Alto ≥ 200 mg/dL**	94	43,9
TOTAL	214	100,0

*Segundo classificação: III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia, 2001.

Os registros disponíveis no banco de dados da AG incluem apenas duas das quatro sessões iniciais, a primeira e a quarta, e as três últimas sessões (5ª, 6ª, e 7ª). Sendo assim, a presença considerada na Tabela 7 refere-se apenas às essas cinco sessões.

Tabela 7 - Distribuição dos usuários segundo o comparecimento número de sessões de comparecimento durante o período em estudo. Botucatu, SP, 1999 – 2003.

Número de Sessões	N	%
1	59	27,6
2	17	7,9
3	17	7,9
4	32	15,0
5	89	41,6
TOTAL	214	100,0

Observa-se que cerca de 28% dos usuários freqüentaram apenas uma sessão, 15% dos usuários freqüentaram 4 sessões e um pouco mais de 41% freqüentaram pelo menos cinco sessões. De maneira geral, se considerarmos que a freqüência nas cinco sessões registradas representa a participação na AG desde seu início até o fim, e classificar adesão enquanto freqüência de participação pode-se dizer que a adesão a esse tipo de abordagem foi de aproximadamente 42% (Tabela 8).

A seguir (Tabela 8) verifica-se a distribuição dos usuários com diabetes e hipertensão, em relação ao comparecimento nas sessões.

Tabela 8 - Distribuição dos usuários segundo o número de sessões de comparecimento e diagnóstico de Hipertensão e Diabetes. Botucatu, SP, 1999 – 2003.

Número de sessões	Diabetes		Hipertensão	
	n	%	n	%
1	5	27,8	16	20,3
2	2	11,1	6	7,6
3	1	5,6	7	8,9
4	5	27,8	13	16,5
5	5	27,8	37	46,8
TOTAL	18	100,0	79	100,0

Entre os 79 usuários com diagnóstico de hipertensão, a porcentagem de adesão até o último encontro foi um pouco maior (47%), do que no conjunto do grupo (42%).

5.5. Outras características relevantes

Alguns aspectos relevantes na caracterização do caso estudado, ainda não discutidos, merecem atenção.

No período de implantação da proposta foram definidas estratégias de incentivo/ controle da participação dos pacientes agendados para a AG.

A gente ligava pra casa dos pacientes um dia antes da reunião e lembrava que ia ter reunião, pra eles não faltarem. Às vezes acontecia... - ah, mais justo amanhã eu não vou poder ir... - ah, mais dá uma passadinha pra marcar uma outra reunião, por exemplo. Então a gente estava sempre ligando, por isso que a gente conseguiu até aumentar a demanda. **E1**

Telefonar para os usuários previamente às sessões, era uma estratégia para garantir a presença no grupo, considerando que muitas vezes o usuário poderia não comparecer por simples esquecimento do agendamento, ou mesmo, por dúvidas em relação à continuidade da atividade.

Convocações por carta também eram realizadas, principalmente em relação aos usuários que faltaram a mais de uma sessão. Dependendo do número de faltas, quando esses usuários compareciam ao serviço eram agendados em um novo grupo. Além disso, esses usuários faltosos também eram procurados através de ligações telefônicas e uma lista com os respectivos nomes, era deixada com as funcionárias da área de Saúde do Adulto. Quando essas identificavam o usuário, realizavam seu agendamento em um novo grupo. Assim, a pós-consulta era um importante espaço de captação tanto de pacientes novos como de faltosos para que concluíssem sua participação na AG.

Esses mecanismos de convocação procuravam ampliar a adesão à atividade e eram bem avaliados, naquele período, quanto a seus resultados.

Um outro aspecto reconhecido como muito importante pelos proponentes, era a necessidade de capacitação e supervisão para o trabalho com grupos.

Em relação à necessidade de capacitação e supervisão para o trabalho com grupos:

Eu acho que realmente todo mundo tem que falar a mesma linguagem e entender.... Acho que esse é o primeiro passo, tem que entender e gostar, e ler, e saber como é trabalhar em grupo...Você absorve muito os problemas deles, você sente muita necessidade de conversar até com a psiquiatra por que você se vê em situações muito complicadas e como você é o único centro ali, né você coordenar tudo isso não é uma coisa muito fácil...**E2**

Ainda em relação à supervisão:

.... em alguns momentos eu procurava (a médica que realizava supervisão dos grupos)...., que eu precisava falar, pra saber como eu conduziria algumas situações (no grupo) que pra mim era tudo novo. (...) (por exemplo) quando o paciente transfere o problema pra você... - nossa Dra., como você engordou! Então são situações que se tornam tensas dentro do grupo, por que aquilo ali é um espaço aberto, cada um fala o que pensa, o que quer, e de repente você pode ter conflitos entre as pessoas e a coisa direcionar pro lado que não é o que você quer, não é o objetivo.tentar resgatar isso, tentar não perder o controle... Então, essas coisas que eu queria (discutir) ... (ter) um espaço pra saber se eu estava agindo corretamente. **E1**

Apesar da necessidade sentida e da existência de uma profissional que teria essa função para o conjunto do serviço, a questão da supervisão de grupo foi colocada de uma maneira não muito amarrada, ao menos para esse grupo.

Falaram assim... ela tá aí (uma médica psiquiatra), ela pode te dar um apoio. Mas aí eu solicitei um apoio direto pra ter uma coisa formal em grupo mesmo, mas daí ... – há, eu não tenho tempo! Então era assim... só quando eu falava, - pelo amor de Deus você pode ceder meia horinha pra gente conversar.. daí

eu conversava, trocava o que me angustiava, como eu podia lidar com certas situações, se minha saída pra certas situações ficou boa ou não ficou, como que eu vou lidar esse tipo de coisa. **E2**

O serviço contava com duas profissionais, uma assistente social e uma médica psiquiatra, que capacitaram vários profissionais da unidade para o trabalho em grupo. A profissional responsável pela AG para usuários com dislipidemia, relata que não participou de nenhum curso, pois na época que começou a trabalhar no serviço esses cursos não aconteciam mais.

Outro aspecto que merece destaque, diz respeito a uma questão reiterada na fala da coordenadora - a dificuldade de manutenção de uma equipe multiprofissional para a realização da AG na unidade.

A minha dificuldade maior foi não manter essa equipe multiprofissional... não haver realmente uma fala única dentro do posto, uma coesão na conduta, de realmente todos os clínicos, todo mudo da área de adulto seguir realmente o que se prega no consenso de dislipidemia. (...) Ela (a médica) não conseguia participar das reuniões, ela não conseguia fechar a agenda dela um dia pra ficar lá no grupo... mas como eu falei ela não tinha perfil (para o trabalho em grupo). **E1**

Segundo a coordenadora, não contar com a presença de outros profissionais no grupo, acarretou perda de capacidade resolutive para a atividade.

Porque quando você tem uma equipe multiprofissional... a gente resolvia todos os problemas dentro do grupo, e realmente a gente diminuía demanda, por que daí o residente tava ali aí e eu falava - ele tá sem esse medicamento... olha, viu isso aqui? Vamos discutir juntos... já virava uma consulta e já resolvia o problema. (...) Quando o residente tava resolvia essas coisas, com isso agilizava para o paciente e também, até para a dinâmica dentro do posto, por realmente aí diminuir demanda. **E1**

A falta outros profissionais faz referência particular à importância dada à presença do médico para suporte clínico às demandas mais imediatas dos pacientes e para o apoio na tomada de decisões e encaminhamentos.

Um último aspecto diz respeito à avaliação da AG, considerada por sua coordenadora como sendo muito boa.

Era o comentário dentro do posto... todos gostavam muito, que participavam do grupo do colesterol, então daí começou a ter isso... há, ela já participou! Então, posso participar junto?. Mesmo não tendo perfil alterado, até teve algumas pessoas que participaram ... é também a questão de gostar e de se sentir mais acolhido. ... isso era o relato dos pacientes. E com isso a gente conseguiu até diminuir um pouco da questão da consulta. **E1**

Segundo sua proponente e coordenadora, o espaço do grupo era considerado por alguns usuários como um espaço dentro da instituição onde eles se sentiam acolhidos. A divulgação através dos usuários que freqüentavam a AG e que possibilitou a procura espontânea na área de adulto para solicitação de agendamento, pode ser considerado como uma identificação positiva dos usuários com a proposta. Pelos relatos, alguns usuários parecem ter estabelecido vínculos interpessoais com a equipe que possibilitaram com que procurassem naquela atividade um espaço de satisfação de suas necessidades.

Além de um espaço de acolhimento e vínculo, pode-se considerar que o “grupo do colesterol” proporcionava aos usuários uma maior oferta de serviços, por exemplo, a coleta trimestral de exames bioquímicos, utilizado como indicador de acompanhamento clínico pelo grupo e muito valorizado pelos pacientes.

6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) os serviços públicos de atenção primária assumem a responsabilidade de dar respostas aos problemas de saúde mais prevalentes, dentro dos princípios da integralidade, equidade e universalidade. Esse cenário agudiza um problema já colocado para a atenção primária pelo aumento da expectativa de vida: o progressivo acúmulo de pacientes portadores de doenças crônicas que necessitam de seguimento prolongado. Nesse sentido, os serviços de saúde sofrem grande pressão em desenvolver estratégias de atendimento que consigam oferecer uma qualidade de atenção capaz de impactar na ocorrência de óbitos precoces e na diminuição de complicações, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, além de seu prolongamento.

As características desse grupo alvo, um grande número de pessoas em seguimento por tempo necessariamente longo, e suas necessidades peculiares – alteração de hábitos alimentares e incorporação de novas formas de uso do corpo, tendência ao uso de múltiplas medicações, entre outros - apontam a necessidade de se desenvolver estratégias de maior qualidade e efetividade das ações, além de buscar maior eficiência no uso dos recursos.

O caso estudado é uma proposta baseada no enfoque de risco – definidor do grupo alvo da ação - com o objetivo de desenvolver ações de prevenção secundária que possam diminuir as possíveis complicações dos quadros já instalados e a exposição aos fatores passíveis de controle. Para tanto, o serviço estudado procurou construir uma abordagem que trilhasse o caminho de um cuidado mais ampliado, por meio de uma proposta de cunho pedagógico instrumentalizada pela abordagem em grupo.

Dois conjuntos de questões aparecem como motivadoras para o desenvolvimento da proposta:

- O acúmulo da demanda por consulta médica para adultos – agendas lotadas, com longo tempo de espera para o retorno, muitas consultas médicas para avaliação de resultados de exames, particularmente relacionados à avaliação e acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão;
-

- A busca por desenvolver alternativas de cuidado mais integral e que dessem melhores respostas às necessidades de saúde da população usuária.

Com essas motivações, a escolha da dislipidemia é colocada como um problema transversal a diferentes condições crônicas de alta prevalência – obesidade, hipertensão, diabetes – enquanto fator de risco periodicamente controlado em todas essas condições, que ao mesmo tempo se integram como fatores de risco para doenças cardiovasculares.

A escolha da dislipidemia como foco para uma abordagem em grupo traz a vantagem potencial dessa transversalidade ao mesmo tempo em que aborda explicitamente uma “não –doença”, que enquanto tal pode mais facilmente ser discutida no espaço da vida, para além da estrita normatividade biomédica. Ainda que seja ela própria definida no interior dessa normatividade, por parâmetros bioquímicos, sua problematização remete centralmente aos “modos de andar a vida”.

A partir dos dois conjuntos de motivações apontadas, pode-se reconhecer como as principais finalidades que orientaram a construção de uma abordagem em grupo (AG) para pessoas com dislipidemia no CSE:

- Equacionar a grande demanda por consulta médica por parte de pacientes crônicos
 - Racionalizar o uso dos recursos disponíveis
 - Descentralizar o atendimento da consulta médica
 - Fortalecer o trabalho em equipe
 - Desenvolver modelos de atenção integral à saúde
 - Desenvolver estratégias de atenção à saúde baseadas em espaços de diálogo e comunicação com os usuários
 - Melhorar a qualidade da atenção realizada para pacientes crônicos
-

Diferentes núcleos de tensões e contradições podem ser apontados nesse processo.

A abordagem de grupo, além da perspectiva da educação em saúde apoiada na mudança de comportamentos individuais, foi organizada também numa perspectiva de controle clínico dos casos. Ou seja, esperava-se que a partir de mudanças de comportamento (alimentares) se pudesse conquistar medidas efetivas de maior controle de indicadores que representam a tradução individual do risco coletivo – o perfil lipídico, os níveis pressóricos, o IMC. Com esse enfoque, o grupo representa uma estratégia que procura atenuar as contradições inerentes a essa transposição coletivo-individual, ao trazer para o interior da intervenção uma certa dimensão de coletivo representada pela própria constituição do grupo enquanto tal.

Por outro lado, do ponto de vista organizacional, existe uma tensão importante entre, equacionar a pressão da demanda e racionalizar os recursos disponíveis e, simultaneamente, fortalecer o trabalho em equipe, descentralizar o médico do núcleo da atenção e desenvolver estratégias de atenção integral, baseada em mecanismos de diálogo e comunicação com os usuários. Ainda que potencialmente complementares, as respostas a esses dois conjuntos de necessidades tende a se contrapor.

Ao examinarmos o processo de construção do grupo de dislipidemia alguns pontos se destacam.

A inserção de um profissional contratado apenas por 8 horas semanais e com trabalho dirigido para a realização de atividades muito específicas, a realização do grupo, teve repercussões não apenas no rendimento potencial da atividade, em termos de número e duração dos grupos, como, principalmente, em relação à sua própria racionalidade. A realização de atividades pontuais por um determinado profissional representa um fator limitante para sua integração com a equipe e para a articulação da atividade ao conjunto do trabalho desenvolvido pela unidade, podendo-se desdobrar em dificuldades de reconhecimento do profissional ou mesmo em baixo envolvimento da equipe com a proposta de trabalho. Esse baixo envolvimento pode influenciar na

captação da demanda e na transmissão dos objetivos do grupo para os pacientes interferindo na dinâmica da própria atividade. Mais do isso, pode desdobrar-se na reiteração do modelo de autonomia técnica plena (Peduzzi, .1998) presente no modelo “médico-centrado” ao qual a AG originalmente queria se contrapor.

Pode-se considerar que na fase inicial de implantação da AG, a limitação do tempo de contrato do profissional responsável por coordenar a organização e execução do grupo tenha sido superada pela novidade da ação e pelas estratégias de apresentação e divulgação internas utilizadas. Entretanto, na medida em que é incorporada à rotina, as características organizacionais da atividade ganham importância: é coordenada por um profissional especializado que não participa dos espaços coletivos de discussão da equipe onde se insere, a Saúde do Adulto; é uma atividade que se articula ao conjunto do trabalho por meio de mecanismos de encaminhamento mas que não se integra como parte orgânica de um programa onde as diferentes ações – grupo, consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas, etc, estejam articulados sob uma mesma lógica, e com uma mesma finalidade, somando trabalhos que se complementam e não se que sobrepõem. A ausência de mecanismos que promovam essa integração aproximam o grupo de um perfil de atividade técnica, autônoma e especializada, cujas finalidades se cumprem e se esgotam na própria atividade, reproduzindo a mesma racionalidade do trabalho médico.

No processo de construção da AG, o Grupo de Resultados, representava um espaço ampliado de discussão por reunir todos aqueles que por algum motivo foram avaliados em relação ao perfil lipídico, estivesse esse alterado ou não. Esse espaço, ao responder à demanda racionalizadora de evitar consultas médicas apenas para obtenção de resultados de exames que estavam normais, simultaneamente ampliava o espaço de trabalho do nutricionista tanto junto aos pacientes, para os quais o risco podia ser melhor discutido enquanto tal, quanto junto à equipe, ao se valorar o trabalho da enfermagem e da própria nutricionista no equacionamento do fluxo de uma importante demanda. No mesmo sentido já apontado, pode-se dizer que ao incorporar a AG à rotina, o fluxo tende a retomar o modelo centrado no trabalho

médico, que solicita o exame, avalia o resultado e julga se o paciente deve ou não ser encaminhado ao grupo para “tratamento” daquele diagnóstico.

Outro núcleo de tensões pode ser identificado por referência à dinâmica e organização interna do grupo, ou seja, à própria concepção de grupo com qual a AG foi organizada. Observa-se dois movimentos simultâneos, e eventualmente concorrentes, entre uma abordagem normativa, baseada na transmissão de informações e na avaliação de indicadores de base biológica e que devem apoiar a promoção de mudanças de comportamento segundo o modelo informado; e uma abordagem baseada no diálogo.

Pode-se identificar sinalizações de uma prática educativa mais prescritiva e normativa, identificada nas dinâmicas iniciais de “aulas” com transparências, reavaliadas pela própria coordenação quanto à falta de propriedade do recurso utilizado, inclusive pela presença de pessoas sem domínio de leitura; na preocupação em se estruturar temas pré-definidos garantindo o conhecimento mínimo necessário sobre a patologia; e, principalmente, no modelo de avaliação da evolução dos pacientes, a partir de parâmetros bioquímicos e antropométricos, utilizados como potenciais indicadores da incorporação de mudanças do comportamento que resultem no “controle do risco individual”, ainda que esse controle não tenha de fato o significado que lhe é atribuído.

Por outro lado, simultaneamente a AG também fez uso de estratégias mais interativas com o uso de dinâmicas que estimulam a participação favorecendo o diálogo e possibilitando a emergência das dúvidas, tais como, a discussão de rótulos selecionados pelo grupo segundo produtos que utilizam em casa, a utilização de figuras, o levantamento ativo de questões apoiadas nas vivências dos participantes. Dois eventos parecem indicar ainda o uso efetivo de estratégias favorecedoras de vínculo: o surgimento de demanda espontânea e a procura do grupo por ex participantes da atividade. A procura ativa da atividade pelos usuários pode apontar o reconhecimento do grupo, enquanto espaço que proporcionava a satisfação de necessidades “pessoais”, ou seja, apropriadas pelos usuários como suas e não definidas externamente pelo serviço.

Ao discutir vínculo, Martin-Baró (2004) destaca que este pode proporcionar a transformação do espaço do grupo num local onde os usuários encontrem satisfação de necessidades pessoais, podendo ser a escuta, o estabelecimento de novas amizades, um espaço para pensar sobre os próprios problemas.

Os serviços de saúde, ao utilizarem o espaço grupal para promover identificações pessoais possibilitam a transposição da atividade grupal para a configuração do grupo primário, onde o produto da ação é satisfação das necessidades do usuário. Cabe destacar que a utilização da AG com esse objetivo pode ser utilizada para reproduzir a nos indivíduos a “incorporação da necessidade de controle”, como é realizada dentro de muitas práticas educativas de caráter informativo.

Gostaríamos então de discutir o processo grupal enquanto mediador da identificação de necessidades dos indivíduos para com o próprio cuidado, dentro de uma visão ampliada de saúde. Considerando o despertar para o cuidado dos fatores de risco ou mesmo as doenças instaladas, porém com o entendimento de que existem condições maiores de saúde, condições estas que podem auxiliar, na medida que instrumentalizam, o indivíduo para o próprio cuidado.

Buscamos então com esse trabalho, contribuir com os estudos sobre as práticas de grupo nos serviços de atenção primária a saúde, na medida em que apontamos a contribuição do processo grupal dentro dos serviços, em busca de não reproduz velhas práticas.

*REFERÊNCIA**

* Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 6023: Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22p.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. List of Journals indexed in Index Medicus. Washington, 2001. 240p.

7. REFERÊNCIAS

ASSIS, M. **Da Hipertensão à vida**: por uma práxis comunicativa na educação e saúde. 1992. 165p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ANDALÓ, C. **Mediação Grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Agora, 2006.140p.

BRASILa. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, 2006).

BRASILb. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006).

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.209-213, 1997.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1925 a 1967. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p.347-365, 1988.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; PEREIRA, I. M. T. B. Delineamento do papel profissional dos especialistas em Educação em Saúde: uma proposta técnica. **Rev. Saúde Pública** , v. 25, n. 4, P.289-298, 1991

CAMPOS, E. P. O paciente somático no grupo terapêutico. In: MELLO FILHO, J. (Ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.371-385.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – CSE. **Livro Ata de Reunião de Equipe**. Botucatu, 1983. p. 31-33.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – CSE. **Proposta do Programa de Assistência Médico-Sanitária ao Adulto**. Botucatu, Dezembro 1984. 12p.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – CSE. **Proposta de criação do centro de saúde escola como unidade auxiliar de estrutura complexa da faculdade de medicina de Botucatu** – UNESP. Botucatu, 2005. p.1-9.

CYRINO, A. P. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária à saúde. 1993. 327f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CYRINO, A. P.P. ; DUARTE, M.T.C; AMARO, C.R.P; JULIANI, C.C.M; MARTINS, S.F. Avaliação da influência da atividade de grupo na aderência do paciente ao seguimento no programa de controle da hipertensão arterial. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. **Anais** - Livro de Resumos – VI Congresso de Saúde Coletiva, 2000. p179-179.

CYRINO, A. P. P. ; SCHAIER, L. B. O projeto Centro de Saúde Escola e sua proposta técnico – assistencial. In. CYRINO, A. P. P. ; MAGALDI, C (Orgs) **Saúde e Comunidade**: trinta anos de experiência em extensão universitária em Saúde Coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002. p.37-66.

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e comunicação em Saúde.** 2005. 174f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CYRINO, E. G. et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC, 2006. v.1, p. 71-84.

COLOSIO, R. et al. Prevenção de infecção pelo HIV por intermédio da utilização do grupo operativo entre homens que fazem sexo com homens, São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.4, p.949-959, 2007.

CONTEL, J. O. B. Trabalhando com grupos no hospital geral: teoria e prática. In: BOTEGA, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 419-429.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In CZERESNIA, D (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.39-53.

DEAKIN, T. ; McSHANE, C. E. ; CADE, J. E. Review: group-based education in self management strategies improves outcomes in type 2 diabetes mellitus. **Br. Med. J.** v. 10, p. 173, 2005.

DIOGO, M. J. D. ; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no hospital de clínicas da Universidade

Estadual de Campinas (sp): relato de experiência. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.8, n.5, p.85-90, 2000.

DONANANGELO, M.C.F; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124 p.

DRUMOND, J. M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modo de fazer. In. CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y. M . **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p 419-456.

DUARTE, M. T. C. **Estudos dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial**: relato de usuários do CSE, 1995/1999. 2001. 137. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu.

BOL. OFIC. SANIT. PANAMER. **EDUCACIÓN comunitaria en salud**: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. n 90, 1981. p 283-303.

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, 328p.

FRANCIONI, F. F. ; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n.1, p.105-111, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. São Paulo: Paz e terra, 1995. 148 p.

GODOY, M. T. H. ; MUNARI, D. B. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. **Rev. Latinoam. Enferm**, v.14, n.5, p.85-90, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **IBGE @ cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 02 jun. 2007.

III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.77, supl. 3, p. 1-8, 2001.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, n.82, supl. 4, p 1-8, 2004

KEEN, J. ; PACKWOOD, T. Qualitative reserch: case estudy avaliation. **Br. Méd. J.** , v. 311, p 444-446, 1995.

KELMY. S. **Grupo operativo para hipertensos**. 2003. 41p. Tese (Especialista): - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

L`ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, n. 10, v.4, p481-490, 1994.

LANCETTI In. BAREMBLITT, G. **Grupos**: teoria e técnica. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LANE, S. T. O processo grupal. In. CODO, W. (Org.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p.78–98.

LIMA, G. M. **O psicodrama como investigação qualitativa em programas de promoção a saúde**. 2001. 205 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP.

MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder: psicologia social desde centroamérica II**. 5.ed. El Salvador: UCA, 2004. 391p.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martim-Baró. **Psicologia e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 201-217, 2003.

MELLO FILHO, J. de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

MELLO FILHO, J. Atendimento a pacientes em grupo. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 430-444.

MENDES - GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 1994. 278 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.2, p.237-250, 1997.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p 48-65.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. URSS, 1978.

PEDUZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254F. Tese (doutorado) Programa de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campina.

PEREIRA, A. C. ; PARENTI, Luciana ; BAZAN, R. ; CAVICHIOILLI, V. ; CYRINO, A. P. P. Grupo de vivência de usuários dislipidêmicos: relato de experiência. In: VII Congresso Paulista de Saúde Pública, 2001, Santos. **Anais** - Livro de Resumos, 2001. p. 171-172.

PEREIRA, A. C. ; PARENTE, L. C. ; BARIM, E. M. ; PANSANI, M. C. Grupo de vivência de usuários dislipidêmicos: caracterização da clientela. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília-DF. **Anais** - Livro de Resumos I Ciência & Saúde Coletiva, 2003. v. 8. p. 869-869.

PEREIRA, Q. L. C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. . **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.320-325, 2007.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa:** na atenção à saúde. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 69 p.

RICE, M. ; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática de educação em saúde – um projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 23, n.4, p.347-353, 1989.

RUIZ, B. M. I ; ANDRADE, A. S. A educação em saúde e a utilização do psicidrama em uma intervenção educativa com gestantes. **Reme. Ver. Min. Enferm.** v. 8, n.1, p.171-176, 2004.

SANT`ANNA, S, C,; FERRIANI, G. C. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. **Rev. Latinoam. Enferm.** v.8, n.3, p.97-101, 2000.

SANTOS, L. M.; ROS, M. A. D.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n.2, p.345-352, 2006.

SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.2, n.3, p.169-173, 2004.

SIMÕES, F. V. **Grupos operativos:** uma estratégia para assistência de enfermagem em uma unidade hospitalar de referência em câncer de mama. 2004. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIQUEIRA, A. R.; QUEIROZ, M. F. F. Abordagem grupal em saúde do trabalhador. **Rev. Mundo Saúde**, v.25, n.4, p.411-419, 2001.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.233-238, 2007.

TONIOLI, A. C. S. ; PAGLIUCA, L. M. F. Expressando a dor por meio de jogos psicodramáticos entre os hansenianos: relato de uma experiência. **Nursing (São Paulo)**, v.3, n.27, p.30-34, 2000.

TONIOLI, A. C. S. ; PAGLIUCA, L. M. F. Percepção da dor em cegos: estratégias com grupos operativos. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, v.12, n.2, p.201-209, 2003.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.4, p.1039-1047, 2003.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enferm.**, v. 1, n. 2, p.19-24,1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **New policies for health education in primary health care**. Geneva, 1986.

WHO World Health Organization. **Physicalstatus**: the use and interpretation of antropometry. Geneva, 1995.

YIN, R.K. Estudos de caso: **Planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 205 p.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p

8. ANEXO

8.1. ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (E1)

Roteiro Entrevista (E1) – Médico Sanitarista, gestor da unidade de saúde.

É de extrema importância que durante as perguntas você identifique (se possível), com as respectivas datas, os fatos lembrados.

- Quando se começou a pensar em uma AEG para usuários dislipidêmicos.
 - Qual era o contexto vivido pelo CSE no ano de 1999, quando se iniciou a AG.
 - Qual era sua posição no CSE nesta época.
 - Existia uma referência de outros serviços com esse modelo de trabalho.
 - Composição da equipe que iniciou a AEG no ano de 1999.
 - Como foi a divulgação desta atividade dentro do CSE.
 - Você participou de algum grupo.
 - Quais eram as expectativas com esse trabalho, resultados esperados.
 - Quando se pensava em “passar o conteúdo educativo”, havia uma preocupação com a metodologia da educação em saúde.
-

8.2. ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA (E2)

Roteiro Entrevista (E2) Nutricionista, coordenadora das atividades de AG.

É de extrema importância que durante as perguntas você identifique (se possível), com as respectivas datas, os fatos lembrados.

História da AG

- Motivação do serviço para iniciar a proposta.
- Relembrar o período de inserção no (CSE), quem foi o profissional responsável pela organização desta atividade e como foram as reuniões para o início.
- Composição da equipe que participou da AG, no período de 1999 a 2003.
- Como foi a divulgação desta atividade dentro do CSE.

Características de organização e execução da proposta

- Quais eram os critérios de encaminhamento para essa atividade.
- A AG atendia demanda espontânea ou apenas encaminhamento.
- Quais eram os profissionais (categorias) que mais encaminhavam usuários.
- Como era o início de cada novo grupo, em relação aos encaminhamentos, o trabalho da área de adulto, número total de agendamento, número de usuários por grupo.
- Local onde eram realizadas as AG.
- Tempo de duração das AEG.
- Procure descrever o modelo da AG.
- Todos os grupos tiveram o mesmo número de reuniões.

Temáticas Abordadas

- Os temas abordados durante a AEG eram selecionados anteriormente ao início das atividades. Quais eram elas.
- Os usuários participavam da seleção dos temas a serem trabalhados.
- Eram utilizados jogos/dinâmicas facilitadores nas reuniões
- Quais eram as estratégias de trabalho utilizadas nas reuniões (oficinas, rodas de conversa, slides, painéis, figuras alimentos, teatro, palestras, embalagens,).

Avaliação

- Fale sobre as etapas de avaliação da AG.
 - Como eram realizadas as reuniões para trabalhar os resultados encontrados..
 - Como eram trabalhadas as principais dificuldades encontradas pelos usuários, para adesão ao tratamento.
 - De acordo com o seu ponto de vista, quais foram as dificuldades e facilidades encontradas durante a realização dessa estratégia de atenção.
- Existia posterior procura dos usuários não aderentes.
-

8.3. – ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Terminologia obrigatória em atendimento a resolução 196/96 - /CNS-MS).

Projeto: “Novas tecnologias em atenção primária: avaliação de ações programadas para controle e acompanhamento de pacientes dislipidêmicos do Centro de Saúde Escola – FMB - Unesp”

Eu, _____, portador (a) do RG _____ domiciliado (a) na Rua _____ na cidade de _____, afirmo meu consentimento para participar da pesquisa “Novas tecnologias em atenção primária: avaliação de ações programadas para controle e acompanhamento de pacientes dislipidêmicos do Centro de Saúde Escola – FMB - Unesp”, sob a coordenação da Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira e com a participação da pesquisadora Karina Rubia.

Fui informado (a) do objetivo da pesquisa que é avaliar os cinco anos de atividade educativa em grupo, oferecidas aos usuários do Centro de Saúde Escola que possuíam perfil lípico alterado, e contribuir para a estruturação da história da atividade dentro do serviço, tendo visto que participei da mesma. A minha participação nesta pesquisa é voluntária. A recusa não implicará em nenhum prejuízo a minha pessoa, como também poderei recusar a responder a qualquer questão ou desistir a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto ou inconveniência. Não trará nenhum comprometimento profissional. Ela será feita na forma de entrevista gravada e posteriormente transcrita. As fitas serão destruídas após a transcrição. Os dados coletados serão confidenciais. O benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para a construção da história da atividade educativa em grupo que está sendo avaliada neste projeto.

Estou ciente que a coordenadora e a pesquisadora deste trabalho estarão à disposição para esclarecimento pelos contatos abaixo.

Data: __/__/____

Entrevistado(a) –

Pesquisadora: Karina Rubia

Coordenadora Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coordenadora: Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira — Endereço: R. Octacílio Nogueira, 469 –cep 18601-550 - Botucatu, telefones (14) 38823309/38116352, e –mail: elen@unesp.fmb.br, Depto. Saúde Pública, FMB / UNESP

Pesquisadora: Karina Rubia (Aluna do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva FMB/ UNESP) – Endereço: R. Daniel Fagiotto, 202 – cep. 18608-143– Botucatu, telefones: 14 97750149 / 19 81145528 e-mail: karubia26@fmb.unesp.br
Instituição proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

8.4. ANEXO 4 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO GRUPO (FRENTE)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO – GRUPO DO COLESTEROL

Nome: _____ Grupo _____

RG: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

End.: _____

DATA								
PA								
Peso								
Altura								
IMC								
Col. Total								
LDL								
HDL								
TG								
Glicemia								
Observações								

Categoria: _____

Resumo da História Clínica: _____

Patologias Associadas: _____

Medicamentos em uso: _____

H.I.: _____

Atividade física: _____

Tabagista: sim () não () Quantos: _____

Reposição Hormonal: sim () não () Qual: _____

Alcoolismo: sim () não () Qual bebida _____ Quanto _____

8.5. ANEXO 5 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO GRUPO (VERSO)**AVALIAÇÃO DIETÉTICA**

DATA							Recomendação
Calorias							
Proteína							10 – 15%
Gordura							<30%
Carboidratos							50 – 60%
Gord. Saturada							<10%
Gord. Monoinsat.							10 – 15%
Gord. Poliinsat.							Até 10%
Colesterol							< 300 mg
Fibras							35g

ATIVIDADES DO GRUPO

1º DIA Data __/__/__, introdução – metabolismo dos lipídios – recordatório de 24 horas – indicadores antropométricos – aspectos nutricionais 1

2º DIA Data __/__/__, principais dificuldades encontradas na realização das orientações dietéticas e de hábitos de vida – atividade física - aspectos nutricionais 2

3º DIA Data __/__/__, reavaliação do grupos - recordatório de 24 horas – discussão e dúvidas sobre as orientações dietéticas e dificuldades em segui-las.

4º DIA Data __/__/__, orientação para preencher o protocolo de registro alimentar para próxima reunião de seguimento – montar o que seria um dia de uma alimentação equilibrada – encerramento.

Grupos de Seguimento:

1º Data: _____
 2º Data: _____
 3º Data: _____
 4º Data: _____

Equipe: Andréa Corrêa Pereira – Nutricionista
 Luciana Cristina Parenti – Enfermeira

8.6 . ANEXO 6 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de setembro de 2.005

OF. 287/2005-CEP

*Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Nelson de Souza
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu.*

Prezado Dr. Nelson,

De ordem da Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: “Novas tecnologias em atenção primária: avaliação das ações programadas para controle e acompanhamento de pacientes dislipidêmicos do Centro de Saúde Escola –FMB-UNESP”, de autoria de Karina Rúbia, orientada por Vossa Senhoria, Co-orientada pela Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira e com a participação de Andréa Correia Pereira, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/09/2005.

Situação do Projeto: APROVADO.

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*