

Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família

Use of technologies working with groups of diabetic and hypertensive individuals in Family Health

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes¹

Liliam Barbosa Silva²

Sônia Maria Soares²

Abstract *This study aimed to reveal the technologies of working with groups of diabetic and hypertensive peoples in the perspective of Family Health professionals. It is a qualitative research, carried through in the primary care units of a sanitary district of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. The data had been analyzed according to the technique of content analysis proposed by Bardin. The study showed that the groups coordinators need a theoretical foundation and that exist the incorporation of technologies that embrace the context of a practice sometimes exists little criticized and differentiated and others wrapped up by diversified elements of the care. In this direction, sensitization for the necessity of the technologies that allows humanized attitudes, not only in the perspective of the coordinators, but also in the users', as the look at the diabetic and hypertensive peoples goes beyond the monitoring related to the use of medicines.*

Key words *Group structure, Methods, Diabetes mellitus, Hypertension, Family Health Program*

Resumo *Este estudo objetivou desvelar as tecnologias de trabalho com grupos junto às pessoas com diabetes e hipertensão na perspectiva dos profissionais da Saúde da Família. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada nas unidades básicas de saúde de um distrito sanitário do Município de Belo Horizonte (MG). Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. O estudo mostrou que os coordenadores de grupos necessitam de aporte teórico e que existe a incorporação de tecnologias que abrangem o contexto de uma prática ora pouco criticada e diferenciada e ora envolta por elementos diversificados do cuidado. Nesse sentido, espera-se sensibilização para a necessidade da mobilização de tecnologias que possibilitem atitudes humanizadas, tanto na perspectiva dos coordenadores quanto dos usuários, vez que o olhar para a pessoa com diabetes e hipertensão vai além das vigilâncias relacionadas ao uso dos medicamentos.*

Palavras-chave *Estrutura de grupo, Métodos, Diabetes mellitus, Hipertensão, Programa Saúde da Família*

¹ Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais. Av. Professor Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG. mtofernandes@gmail.com

² Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

As tecnologias de trabalho em saúde apresentam-se numa concepção ampliada, a partir do conceito proposto por Merhy¹, em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que remetem a relações entre sujeitos, estabelecidas no trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que o trabalho está sendo produzido. As tecnologias leve-duras referem-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado. Já as tecnologias duras compreendem aquelas inscritas nos instrumentos, estruturadas para elaborar certos produtos em saúde^{1,2}.

Nesse sentido, a utilização de tecnologias para viabilizar o cuidado no trabalho com grupos de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial é hoje uma prática recorrente nas equipes de Saúde da Família, o que tem chamado a atenção, visto que o emprego inadequado dessas tecnologias pode diminuir, ou, até mesmo, inviabilizar a produtividade do grupo.

O ser humano, ao adoecer, se vê repentinamente frente a várias mudanças de hábitos de vida. Desse modo, cabe à equipe de Saúde da Família identificar e propor ações relacionadas à patologia, ao tratamento, assim como aos sentimentos, às expectativas e, conseqüentemente, à segurança emocional que também fica comprometida³. Compreende-se, assim, que para efetivar essas ações, é necessário promover a integração das tecnologias utilizadas no trabalho com grupo, quais sejam, as tecnologias leves, leve-duras e duras, pois a conformação das três gera qualidade, ao favorecer aos participantes algo muito além da representação física da doença: o aprender a cuidar/cuidar-se^{2,3}.

Lembra-se aqui que a Saúde da Família é uma estratégia de assistência à saúde, socialmente sensível, que visa identificar os principais problemas de saúde e as situações de risco que acometem as famílias, de modo a proporcionar melhorias na qualidade de vida da população⁴. Permite otimizar o desenvolvimento do trabalho com grupos para o enfrentamento dos agravos de saúde já identificados, fortalecendo as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

A partir da implementação dessa estratégia, o acompanhamento às pessoas tem ocorrido muitas vezes em grupos, formados pela semelhança de seus membros do ponto de vista da patologia, gerado pelo aumento dessa demanda. Para ilus-

trar, em Belo Horizonte (MG), somente no Distrito Sanitário Pampulha, no ano de 2005, foram realizados 1.131 atendimentos em grupo desenvolvidos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos⁵. Observa-se, entretanto, que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para assumir a coordenação desses grupos, na medida em que esta prática exige atributos e habilidades, imprescindíveis para a interpretação dos fenômenos grupais^{6,7}, muito além de cuidar da doença e promover saúde nos grupos identificados a partir do diagnóstico médico.

Entre 1995 e 2002, a cidade de Belo Horizonte vivenciou a implementação do Sistema Único de Saúde, sendo a primeira capital do país habilitada em gestão semiplena. Nesse período, uma das várias atividades realizadas na rede eram os grupos operativos, cujo enfoque era o planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero e da mama, acompanhamento e controle de diabetes e hipertensão, puericultura e orientação para mães das crianças inscritas no Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição.

As dificuldades no processo de desenvolvimento desse trabalho eram inusitadas, destacando a grande demanda, infraestrutura inadequada, falta de material audiovisual, panfletos informativos e educativos, enfim, falta de apoio logístico.

Preconiza-se que o trabalho com grupos nas unidades básicas seja realizado por uma equipe multiprofissional, o que tem exigido dos profissionais de saúde a busca e a apropriação de tecnologias para viabilizar a aprendizagem de forma criativa e o manejo do tratamento pelos sujeitos, tais como teatro, musicoterapia, dinâmicas de grupo, ludoterapia, técnicas de relaxamento e de automassagem, dentre outros.

Neste estudo, o conceito de tecnologia no trabalho com grupos é empregado na mesma perspectiva descrita por Merhy¹, que compreende não somente a aplicação de um conjunto de conhecimentos e uso de equipamentos, mas também de vários outros elementos, que, inseridos em uma situação de grupo, incluem o acolhimento, diálogo com os membros, escuta, vínculo, integração e interesse, o que favorece a consecução dos objetivos do grupo: coesão, interação e aprendizagem grupal. Ao pensar no trabalho em saúde, reconhece-se a singularidade desse, que se produz em ato, na subjetividade dos sujeitos envolvidos, e a importância de se conhecer as tecnologias que viabilizam esse processo produtivo.

Justifica-se a realização desse estudo, considerando que pesquisas que discutem a utilização

de tecnologias no trabalho com grupos são ainda pouco exploradas, havendo a necessidade de apreendê-las criticamente no contexto da Saúde da Família.

A partir dessas considerações, tem-se como objetivo desvelar as tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família no trabalho com grupos de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Abordagem metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Esta modalidade de estudo permitiu conhecer o universo de significados, crenças, valores e atitudes na perspectiva dos profissionais da Saúde da Família frente às tecnologias utilizadas para o manejo do grupo.

Os sujeitos da pesquisa foram dezenove profissionais que integravam as equipes de Saúde da Família, atuando como coordenadores de grupos junto às pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Pampulha de Belo Horizonte (MG). Dentre eles, três técnicos de enfermagem (enfermagem de nível médio - ENM), dez enfermeiros, quatro médicos, uma assistente social e uma docente de fisioterapia.

Os critérios de inclusão dos informantes foram: (1) equipes completas, compostas de um médico, um enfermeiro, dois profissionais de enfermagem do nível médio; (2) equipes em que as atividades de grupos estavam voltadas para pessoas com diabetes e hipertensão; (3) profissionais do nível superior e médio que coordenavam grupos e (4) profissionais que aceitaram colaborar com a pesquisa. Os critérios de exclusão consistiram em: (1) equipes incompletas; (2) equipes que não desenvolviam atividades de grupo para pessoas com diabetes e hipertensão e (3) equipes dos profissionais que não se interessaram em colaborar com a pesquisa. Para dois informantes, esses critérios não foram seguidos rigorosamente, como é o caso da participação da assistente social e da docente de fisioterapia. Estas são referências no trabalho com grupos evidenciadas tanto nas entrevistas como pelo próprio gerente local e equipes de Saúde da Família; assim, optou-se por incluí-las no estudo.

As informações foram coletadas de junho a novembro de 2006, por meio da observação participante dos grupos e entrevista aberta com os coordenadores de grupos, após esclarecimento

da proposta e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram individuais, agendadas previamente e realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, com duração média de quinze minutos, no horário de escolha dos informantes, de forma que fosse garantida a privacidade de cada um. As entrevistas foram gravadas em fita cassete, transcritas na íntegra e validadas pelos informantes. A questão norteadora foi “Fale como é a sua experiência com os grupos, considerando as tecnologias utilizadas para viabilizar o cuidado no grupo”.

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

Para encerrar a coleta de dados, foi utilizado o critério de saturação de dados, o qual, na pesquisa qualitativa, refere-se ao momento em que o pesquisador não consegue mais obter novas informações significativas sobre o fenômeno estudado⁸.

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁹, acontecendo de forma simultânea à coleta de dados. Após exaustivas leituras, os depoimentos foram analisados, codificados e categorizados, resultando nos seguintes núcleos temáticos: (1) estratégias do trabalho com grupos de pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial e (2) tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural. Para atender aos objetivos desse estudo, estes núcleos temáticos foram reordenados segundo a definição ampliada de tecnologia proposta por Merhy¹.

Ressalta-se que a coleta de dados teve início após o consentimento formal das instituições e aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em consonância à Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

Resultados e discussão

Nesse estudo, identificaram-se tecnologias leves, leve-duras e duras, as quais foram apontadas como fundamentais para otimizar o cuidado no grupo e encontram-se descritas a seguir.

Tecnologias leves

As falas que evidenciaram as tecnologias leves utilizadas nos grupos foram acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados:

“E eles falam muito pra gente. Como já criou aquele vínculo, aquela afinidade, eles têm liberdade de falar com a gente que ‘eu só tenho isso para comer, o quê que eu posso fazer?’” (E-ENM)

Sabe-se que as tecnologias leves condensam em si as relações de interação e subjetividade, o que dinamiza o processo de interação do cliente no grupo, de modo a facilitar a aprendizagem. Ao se privilegiar o diálogo, a escuta e o envolvimento com a queixa do outro, tem-se um acolhimento resolutivo, sendo imperiosa a responsabilização entre profissionais de saúde e cliente na procura pelo melhor cuidado¹¹.

Lembra-se que o cuidado é mediado pelo contato, pelo afeto, pelo reconhecimento do outro como ser único, que necessita ser respeitado no seu meio social, pois diverge no seu conhecimento de práticas à saúde e nos modos de ver e viver a vida. Contribuem, assim, para um novo olhar sobre o “fazer” em saúde, rompendo com o processo centrado na lógica instrumental e prescritiva de produção de saúde. Vale destacar que a Estratégia Saúde da Família aposta no “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população”¹².

O vínculo, por sua vez, é compreendido como uma estrutura complexa, que tem um caráter social e que envolve uma inter-relação entre sujeitos e objetos por meio dos processos de comunicação e aprendizagem¹³.

Nesse sentido, o processo comunicativo no grupo se dá por meio do diálogo, da escuta sensível e das conversas informais, de modo que os participantes interagem de modo a colocar-se à disposição do outro e a atribuir valor às inquietações e questionamentos emergentes: **“A gente conversa muito, não fica só naquelas coisas assim, falando só de hipertenso [doença]. A gente aproveita o grupo e conversa”**. (E-ENM)

Observa-se, na fala acima, uma tendência à ruptura com as estratégias comunicacionais informativas, como palestras, em prol de uma comunicação que valoriza o diálogo. Aqui o cliente é reconhecido como sujeito detentor de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelo coordenador, e,

enquanto interlocutor, encontra-se em contínua troca de conhecimentos, emoções e informações. Ao intercambiar os saberes científico e popular, o coordenador permite a maior aproximação de práticas que contribuem para a superação do modelo individualista e fragmentado de assistência, ainda predominante nos dias atuais¹⁴.

Campos¹⁵ refere-se à importância de se resgatar a fala e a escuta nos espaços das práticas de saúde, contrapondo-se ao clássico padrão de intervenção terapêutico. Nesse sentido, a renovação dos modos de comunicação entre coordenador e demais membros do grupo, em que se privilegia a escuta de uns pelos outros, possibilita a diminuição da dependência dos participantes à figura do coordenador, o que promove crescimento individual e grupal.

A comunicação consiste na capacidade de pôr em comum o que sabem ou vivem determinadas pessoas. As mensagens enviadas e recebidas influenciam o comportamento dos sujeitos envolvidos, de modo que estes se encontram constantemente envolvidos por um campo interacional¹⁶. Além disso, trata-se de lugar privilegiado no qual se expressam os transtornos e dificuldades do grupo para enfrentar a tarefa. Assim, quanto melhor a comunicação, melhor será o funcionamento grupal, uma vez que a coesão de um grupo, o comportamento cooperativo e as decisões coletivas dependem em grande parte da comunicação existente, tanto na sua natureza quanto na sua amplitude, o que demonstra um respeito ao contexto cultural do grupo^{13,17}.

Para se ter uma boa comunicação interpessoal, é necessário estabelecer uma atitude de diálogo, o que implica ser capaz de ouvir o outro antes de responder, de analisar e discutir um problema ou uma situação antes de julgar ou dar opinião e ser capaz de questionar-se, retificando as próprias posições ou pontos de vista, quando o outro ou o grupo mostra as insuficiências do seu pensamento próprio¹⁷. Para tanto, destaca-se o papel do coordenador de grupo, que tem por função ajudar o grupo a sair dos estereótipos, do já conhecido, e facilitar o diálogo entre os membros, de modo a não centralizar a fala do grupo em si¹⁸.

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

eles [os clientes] *podem estar acompanhando e percebendo. Até o médico está começando a falar mais fácil, a sentar no meio deles, não tem mais aquela postura de longe. A gente senta no chão, entra no meio deles. Então isso facilitou uma intimidade muito grande com o médico*". (M-enfermeira)

A esse respeito, enfatiza-se que a validação da comunicação intragrupo pressupõe que seus membros tenham conseguido, ao se integrarem, adotar uma linguagem comum, reconhecer símbolos e códigos que lhes são próprios¹⁹. Ainda, esse autor sugere que, uma vez estabelecidas relações humanas igualitárias entre os membros e o coordenador do grupo, a comunicação terá condições de ser aberta e circular. Caso o contrário, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e, por conseguinte, comprometendo o alcance dos objetivos do grupo²⁰.

Outra potencial tecnologia leve utilizada pelos coordenadores refere-se às dinâmicas de grupo, que permitem o desenvolvimento intragrupal e aprimoramento das relações entre coordenadores e demais membros; entretanto, observa-se que as mesmas são empregadas com o significado de brincadeiras, de pouco valor agregado e pouco exploradas: "**Sempre alguma brincadeira. Ou aquela do balão, põe a pergunta dentro do balão, fura o balão, tem uma frase lá que a gente pergunta o que é, ou a gente canta uma música, vai batendo palma e na hora que pára a música, ele** [o cliente] **responde**". (T-enfermeira)

Pelo exposto, o significado de dinâmica para esses informantes remete a formas facilitadoras para abordar temas relacionados, num primeiro plano, à doença e tratamento e, num segundo, às relações interpessoais, implícita e limitadamente trabalhadas, pois não há exploração de seus resultados. Dessa forma, é utilizada de forma simplista, negligenciando etapas na execução de atividades vinculadas à dinâmica grupal²¹.

Alguns autores alertam quanto à banalização dessa tecnologia, não sendo raro às vezes em que são confundidas com os fins da ação de grupo propriamente ditos, estereotipando o campo de pesquisas da dinâmica de grupos, o que compromete a avaliação das características dos processos grupais em progresso^{6,22,23}.

Sabe-se que a mesma compreende as interações e processos gerados no interior do grupo, conseqüente à sua existência, e pode ser entendida como teoria, técnica ou modo de atuar em grupo. Como técnica, auxilia com grande eficácia o autoconhecimento a partir de uma situação psicossocial, o que pode ajudar na resolução de possíveis problemas

de dinâmica¹⁷. Para tanto, a técnica de grupo deve ser empregada de forma contextualizada e vinculada às características processuais dos grupos em que é aplicada, para não confrontar ao que o grupo está sentindo e vivenciando^{23,24}.

A não observância desse aspecto pode levar à cristalização da situação atual, o que inibe a maturidade grupal. Se não houver pertinência entre o material processado e o objetivo traçado, o grupo vivencia experiências que podem até agregar um crescimento do sujeito, mas não contribuem para o alcance dos objetivos estabelecidos²⁴.

Dessa forma, adverte-se sobre a necessidade de o coordenador utilizar esses recursos com habilidade e destreza, refletindo sobre sua adequação ao contexto em que serão empregados, assim como de seus participantes assumirem uma atitude madura e produtiva^{17,21}.

Vale lembrar que esse instrumental possibilita desencadear nos grupos experiências valiosas, levando-os a conscientizar-se de sua dinâmica interna e a desenvolver melhores padrões de comunicação e cooperação. Existe, no entanto, sua contrapartida, uma vez que, se, de um lado, essas técnicas podem constituir-se em instrumento conscientizador e libertador, de outro, poderão manipular e dominar²⁵.

A dinâmica utilizada, portanto, não parece ser concebida como tecnologia para a produtividade do grupo e promover o desenvolvimento da autonomia do sujeito no ato da produção do cuidado.

Tecnologias leve-duras

Alguns informantes mobilizam conhecimentos técnico-científicos específicos para o manejo grupal, classificado como tecnologia leve-dura, permitindo operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo: "**Para recurso, a gente usa mais o que a gente aprendeu durante o curso de especialização de Saúde da Família** [refere-se ao conhecimento adquirido durante a disciplina sobre trabalho com grupos, ministrada durante o curso]". (R-enfermeira)

É importante lembrar que a incorporação de conhecimento teórico só terá valor se houver reciprocidade com a prática grupal. Salienta-se que a técnica sem uma fundamentação teórica pode levar a um agir intuitivo ou passional²⁶.

As tecnologias leve-duras também foram representadas por vários recursos pedagógicos, os quais se desvelaram em seu aspecto relacional ou, de forma concreta, a partir de recursos visuais, ligados a uma determinada temática.

Como recurso pedagógico, alguns informantes mencionaram o uso de álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes ilustrativos e outros para estimular a discussão entre os envolvidos, o que é confirmado pelos trechos: “**No [caso do] hipertenso e diabético, a gente utiliza cartazes que a gente mesmo faz, panfletos que são distribuídos na rede**”. (R-enfermeiro);

“**Tinha um ou outro folder aí que a gente utilizou. No caso do diabetes, tem um pequeno mostuário, com algumas imagens, a gente leva imagens que são cartazes ou até mesmo textos sobre o tema**”. (B-médico);

“**Fita de vídeo eu já passei para eles sobre a história [de Godofredo, um portador de neuropatia diabética]**”. (A-médica)

Algumas autoras afirmam que estas técnicas funcionam como estimuladores da manifestação e da reciprocidade ou troca de experiências entre os membros do grupo, as quais são refletidas, localizando o problema em si, sua historicidade e o seu contexto pessoal e social²⁷. Entretanto, ressalta-se que, não raro às vezes, esses recursos não são elaborados pelo próprio município ou pela equipe de saúde e, por conseguinte, o conteúdo dos recursos adotados pode refletir um distanciamento entre a situação do grupo e aquela apresentada no material, o que pode dificultar o interesse e o envolvimento das pessoas em torno da tarefa proposta²⁸.

Nesse sentido, os profissionais de saúde podem, a partir da participação do grupo na escolha das temáticas a serem abordadas no grupo, propor a construção de seu próprio material educativo, que reflita diretamente a situação do grupo como, por exemplo, o uso de fotos ou imagens que ilustrem a própria comunidade²⁹.

Ressalta-se, contudo, que para a realização da atividade grupal, não é necessário o uso de vídeos e de outros materiais sofisticados, até mesmo porque nem sempre se encontram à disposição das equipes de Saúde da Família. Nessa perspectiva, alguns informantes remeteram-se ao uso de folhetins de supermercados, jornais, revistas, garrafas pet, listas telefônicas velhas, meia calça em desuso, cabo de vassoura, como materiais sem valor financeiro e até mesmo descartáveis, mas alternativos para o grupo no sentido de efetivar o cuidado: “**Já ensinei os usuários a fazer: Colocar bacia em casa com bolinha de gude, para assistir televisão, fazer um bordado. Ela vai por o pé para melhorar a circulação, evitar pé diabético; toquinho com cabo de vassoura, também, colocar no chão, lixado para não ter farpinha, dá para fazer também e por o pé**”. (J-enfermeira)

“**Eles precisavam de objetos pra fazer esses exercícios [referindo-se à Academia do Lar]. Mas precisavam de pesinhos pro braço. A gente fez com uma garrafinha de coca-cola, de refrigerante de 500 ml. Nós enchíamos ou de areia ou de água, qualquer coisa pra virar peso de meio quilo pra cada braço. Até o step a gente construiu com lista telefônica grossa, antiga, que ninguém usava mais. A gente amarrou as listas telefônicas, aí tinha um step pra trabalhar subida e descida**”. (L-enfermeira)

Aqui, materiais descartáveis assumem lugar de destaque nos grupos, transformando-se em recursos para viabilizar o cuidado. Dessa forma, a criatividade e o envolvimento entre o coordenador e os demais membros do grupo podem ser fatores determinantes no sucesso das atividades com grupos³⁰. Coordenadores criativos, capazes de criar algo original, único e pessoal³¹, o que facilita o processo de aprendizagem. No contexto do grupo, esses simples materiais foram ressignificados para apoiar e dar suporte às pessoas que desejam adotar hábitos de vida mais saudáveis.

A esse respeito, importante lembrar que a utilização de tais materiais pode mobilizar conteúdos primitivos de imagens internas e subjetivas, de modo que o coordenador de grupo deve estar habilitado para lidar com os conteúdos inconscientes dos participantes e da fantasia grupal, bem como permitir que as emoções fluam como processo terapêutico³².

Um aspecto a ser considerado quando do uso de qualquer material pedagógico refere-se à sua adequação, conforme as limitações físicas, psicológicas e sociais dos participantes. Esse aspecto também é contemplado por alguns informantes: “**São pessoas que tem ou dificuldade visual pela idade, ou pela doença, ou pela intelectualidade. São pessoas com baixo nível de escolaridade. Então, eu tenho que trabalhar de uma maneira pra que eles realmente entendam. Não adianta eu fazer cartaz com letra pequena, escrito lá um monte de coisas que aquilo ali não vai servir de nada**”. (L-enfermeira)

Assim, esses instrumentos devem ser potencialmente significativos para o aprendiz, vez que a aprendizagem significativa é individual³³. Deve-se relacionar o conteúdo a ser transmitido com aquilo que o educando sabe, permitindo que este use sua própria linguagem e expresse sua visão de mundo.

Outros recursos utilizados pelos coordenadores referem-se aos próprios elementos disponíveis no ambiente de trabalho: “**A gente utiliza os elementos do ambiente. Aqui fora é um pátio, aberto, e tem um pátio coberto que a gente utiliza**”.

quando a gente tem chuva. A gente utiliza os degraus, o degrau da entradinha para fazer alguma atividade de membros inferiores". (V-docente de fisioterapia)

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

Tecnologias duras

Outros recursos utilizados pelos informantes referem-se aos equipamentos, tais como, glicosímetro, aparelho de pressão e balanças, que, tradicionalmente, estão no centro das representações acerca das necessidades de saúde, caracterizados como tecnologias duras, na medida em que se conformam em saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos: "**A gente leva o aparelho de pressão e o estigma, a balança, já levamos também**". (B-médica)

Esse achado é corroborado por outro estudo que, ao buscar compreender o significado da vivência no grupo por pessoas com diabetes mellitus, identificou que os procedimentos de medida de peso, glicemia e pressão arterial realizados nos grupos eram como um ritual que cumpre com a função, retratando, de maneira simbólica, valores essenciais e orientações culturais, reafirmando, assim, a condição de ser diabético e as necessidades específicas e inerentes a esta condição³⁴.

Também são utilizados formulários para registro de atividades da prática de grupo: "[Usamos] **agenda. Cartão de hipertenso. [As guias de referência e atestado de comparecimento são os impressos que a gente usa com mais frequência. [Impresso das atividades direcionadas] de grupo. A gente preenche. A gente coloca todas as atividades que foram abordadas, o que nós abordamos em termos de orientação, qual a dinâmica que foi feita e quem participou**". (R-enfermeira)

Para que esses instrumentos sejam potencializadores da aprendizagem no grupo, os mesmos devem ser permeados por aspectos relacionais, pois a simples capacitação técnica dos profissionais não deve ser compreendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, em suas ações educativas²⁹.

A partir desses achados, observa-se que a busca dos objetivos do trabalho com os grupos vem permeada pela tecnologia baseada em conhecimentos técnicos, dinâmicas, além do em-

prego de pôsteres, cartazes, álbuns seriados e outros, em que o aspecto relacional é fundamental para estabelecer o conhecimento bilateral, compartilhando as culturas e o cuidar.

Tais tecnologias, quando bem utilizadas, podem ajudar a desvelar aspectos implícitos do processo grupal, pois possibilitam esclarecer as pautas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação no grupo¹³.

Quando as tecnologias são utilizadas inadequadamente, o próprio movimento do grupo fornecerá alguns indicativos de que o encontro não está sendo operativo, ao contrário, está a serviço da reprodução do velho modelo assistencial. O mau aproveitamento do grupo poderá ser constatado pelo término que se dá pelo esvaziamento, atrasos frequentes dos participantes, o entrar e sair a toda a hora, a dificuldade de encerrar o encontro, os participantes podem demonstrar-se desinteressados pelo conteúdo abordado e resistentes em participar das discussões dos temas, se dispersando dos assuntos de vários modos, além de apresentarem-se ansiosos para o término das reuniões^{35,36}.

Ressalta-se que esta inadequação pode ocorrer, até mesmo, quando os objetivos ainda não estão claros para o profissional durante a escolha da técnica a ser utilizada no grupo, fato este constatado nesse estudo.

Ao levar em conta todos os aspectos levantados nesse estudo, entende-se que a utilização dessas tecnologias deve estar embasada em conhecimento científico específico sobre o assunto, assim como estar contextualizada segundo a situação de cada grupo, mostrando sua pertinência e viabilidade ao trabalho que se propõe organizar. Dessa forma, a cultura, saberes e práticas têm peso equivalente aos modos de cuidar. Lançar mão dessas tecnologias é a possibilidade de aprimorar esses modos, assim como promover a aprendizagem em relação ao manejo do tratamento. É o contrapeso nos atuais padrões de cuidado, é criar espaços e transcender saberes e práticas para o melhor nível de cuidado dentro do modelo assistencial.

Considerações finais

Os resultados permitem considerar que, para a eficácia da tecnologia e efetividade do cuidado no trabalho com grupos, é preciso ampliar a reflexão sobre essa temática e a prática desempenhada.

O ensaio de um novo saber-fazer grupo, utilizando-se tecnologias que possibilitam atitudes

humanizadoras tanto na perspectiva dos coordenadores quanto dos clientes, aponta que o olhar para a pessoa com diabetes e hipertensão vai além das vigilâncias relacionadas ao uso dos medicamentos. Há indícios que evidenciam avanço na atenção prestada à clientela, no sentido de voltar-se para aspectos que influenciam o tratamento e o controle, de modo a conhecer o cotidiano dessa, as dificuldades e facilidades em seu contexto de vida, a sua cultura.

Tanto para os enfermeiros deste estudo quanto para os diferentes profissionais coordenadores de grupos da Saúde da Família, a questão é que existe muito a ser feito no que diz respeito ao cuidado. O primeiro passo é a sensibilização para a necessidade de se respeitar as diferentes dimensões socioculturais que formatam a visão de mundo de cada pessoa. Não obstante, o cuidado se efetivará na cumplicidade entre profissional de saúde e cliente, utilizando-se do conhecimento popular e científico e da interatividade com o outro.

Observa-se, ainda, um aspecto importante e universal que é a carência e baixa utilização de mídias como vídeos e filmes nesses grupos. Além da dificuldade, na prática, de abordar o aspecto relacional e dialógico.

Assim, considera-se com este estudo que a tecnologia deve trazer consigo algo que seja interessante e atrativo para maior efetividade do cuidado na perspectiva de grupo. Ao mesmo tempo, deve facilitar a escuta, o acolhimento, a integração e o vínculo, considerando crenças e valores e a disseminação do conhecimento bilateral de culturas e do cuidar. Quando os sujeitos envolvidos desenvolvem autonomia, é possível que, depois de todo esse processo, reconheçam sua cultura, saberes, práticas de cuidado, assim como a cultura e o conhecimento profissional, possibilitando escolhas de modo mais consciente, pela melhor forma de se cuidar, o que se observa ser a proposta implícita desses grupos de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial, ainda não desvelada pelos atores envolvidos.

Colaboradores

MTO. Fernandes participou do delineamento do estudo, da coleta e da análise dos dados e foi a redatora principal do artigo. LB Silva participou do delineamento do estudo, da coleta e análise dos dados e da redação do trabalho. SM Soares participou como orientadora da dissertação de mestrado, colaborou no delineamento do estudo, análise dos dados e revisão crítica final do artigo.

Referências

- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Franco TB, Magalhães Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-134.
- Fernandes MTO, Loés RR. *O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos* [monografia]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *BH-Vida: Saúde Integral. Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004*. 3ª ed. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2003.
- Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde - Informação para Atenção Básica - Consolidados de Famílias - Relatórios de Produção das Equipes*. [site da Internet] 2005 [acessado 2006 fev 23]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/intranet>
- Munari DB, Soares SM, Godoy MTH, Esperidião E. O uso do grupo na assistência em saúde: análise crítica e possibilidades. In: Santos I, David HSL, Silva D, Tavares CMM, organizadores. *Enfermagem e campos de práticas em saúde coletiva: realidade, questões e soluções*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008. p. 140-147.
- Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007; 11(1): 52-57.
- Polit DF, Hungler BP. Pesquisa e análise qualitativa. In: Polit DF, Hungler BP, organizadores. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 268-288.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
- Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):75-85.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Pichón-Rivière E. *O processo grupal*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffaccioli R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev Gaucha de Enferm* 2007; 28(1):21-26.
- Campos GW. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 29-87.
- Stefanelli MC, Carvalho EC, Arantes EC. *A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem*. Barueri: Manole; 2005.
- Idáñez MJA. *Como animar um grupo: princípios básicos e técnicas*. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Bleger J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Mailhiot GB. *Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin*. 5ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1981.
- Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletr Enferm* 2004; 6(2):292-297.
- Wachelke JFR, Natividade JC, Andrade AL. Construção e utilização de técnicas em dinâmicas de grupos. *Psicol Argum* 2005; 23(42):31-39.
- Andaló CSA. O papel de coordenador de grupos. *Psicol USP* 2001; 12(1):135-152.
- Minicucci A. *Técnicas do trabalho de grupo*. São Paulo: Atlas; 1992.
- Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletr Enferm* 2006; 8(1):150-161.
- Andreola BA. *Dinâmica de grupo: jogo da vida e didática do futuro*. 17ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Zimerman DE. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- Trentini M, Tomasi NS, Polak YNS. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Cogitare Enferm* 1996; 1(2):19-24.
- Chiaravalloti VB, Moraes MS, Neto FC, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC, Ferraz AA. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1321-1329.
- Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2007; 14(supl. 1):1453-1462.
- Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1809-1811.
- Baraúna T. Criatividade: uma necessidade para a enfermagem. *Nursing* 2001; 3(6):8-9.
- Anzieu D. *O grupo e o inconsciente*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1983.
- Cardoso MAR, Moraes ZB, Veloso IBP, Silva RD. Ações educativas vivenciadas junto a pacientes idosos: relato de experiência. *Sitientibus* 2005; 33:41-51.
- Almeida SP. *A vivência no grupo: a experiência para a pessoa diabética* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

35. Câmara MFB, Damásio VF, Munari DB. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. *Rev Eletr Enferm* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2007 dez 5]; 1(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/09.htm
36. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(2):262-268.

Artigo apresentado em 11/08/2008

Aprovado em 07/01/2009

Versão final apresentada em 11/01/2009