

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA EDUCAÇÃO  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

REFLEXÃO SOBRE UM PROCESSO EDUCATIVO COM PACIENTES PORTADORES  
DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NOSSA  
SENHORA DA CONCEIÇÃO

Sandra Maria Schroeder Evers

PORTO ALEGRE

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA EDUCAÇÃO  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

REFLEXÃO SOBRE UM PROCESSO EDUCATIVO COM PACIENTES COM DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA  
CONCEIÇÃO

Sandra Maria Schroeder Evers

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção de título  
de Especialista em Práticas Pedagógicas para  
Educação em Serviços de Saúde.

**Orientadora:** Bárbara Raupp

PORTO ALEGRE

2010

*A tarefa da medicina do século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor e, ao mesmo tempo, revelar o poder da pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo*

(Cassel, 1991: X).

## **AGRADECIMENTOS**

À Bárbara pela condução do caminho;

À Assistente Social, colega do Ambulatório Jaimara, pela disposição em colaborar no grupo focal;

Aos colegas da equipe, por participarem do estudo;

Aos pacientes, co-autores deste trabalho;

À Aline Evers, por todo apoio incondicional.

## RESUMO

Neste estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa trazemos a descrição, a reflexão e a avaliação da experiência com um Grupo Educativo de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) atendidos no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa teve como objetivos principais: a) avaliar o processo educativo do Grupo Educativo; b) conhecer a opinião dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento destes pacientes sobre o Grupo Educativo. O trabalho foi realizado em duas partes distintas: formação de um Grupo Focal com 4 pacientes freqüentadores das reuniões do Grupo Educativo e por 2 profissionais de saúde – uma Nutricionista e um Assistente Social; entrevista semi-estruturada com 4 médicos. A avaliação do Grupo Educativo se deu através da interpretação da transcrição da gravação da reunião com o Grupo Focal e das respostas obtidas na entrevista com os médicos. Essa avaliação foi norteadas pelo que os participantes achavam da metodologia, das técnicas aplicadas, dos materiais e da linguagem utilizados, dos relacionamentos estabelecidos e das implicações que as reuniões tiveram no dia-a-dia dos participantes. Da parte dos médicos, procurou-se verificar quais eram as repercussões do Grupo Educativo nos seus processos de trabalho. A partir da interpretação dos dados, percebemos que as reuniões do Grupo Educativo possibilitaram espaço para autonomia, manifestação da diversidade, troca de experiências, escolhas alimentares dos pacientes direcionadas para a sua patologia, promoção do autocuidado e conhecimento da DM2. Para os médicos entrevistados, o Grupo Educativo representa uma forma de melhorar a qualidade do atendimento aos portadores de DM2, abrangendo um maior número de pessoas e aproximando o paciente do profissional de saúde. Dessa forma, entendemos que o Grupo Educativo possibilitou a criação de vínculo de confiança entre os participantes e os profissionais de saúde, tornando-se um espaço não só para o auxílio no tratamento do DM2, mas espaço de acolhimento e escuta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus tipo 2; Grupo Educativo; Educação em Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
2.3 QUESTÕES DE PESQUISA.....	11
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
3.1 CONTEXTO AMBULATORIAL E ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DM2.....	13
3.2 O PORQUÊ DESTE ESTUDO .....	13
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
4.1 O DIABETES MELLITUS.....	16
4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS.....	17
<b>5 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>21</b>
5.1 LOCAL DO ESTUDO.....	21
5.2 TIPO DE ESTUDO .....	21
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	21
5.4 COLETA DE DADOS.....	22
5.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	23
5.6 DIFICULDADES .....	23
5.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	24
<b>6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
6.1 AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO.....	26
6.1.1 Metodologia do processo educativo .....	26
6.1.2 Material educativo e técnicas .....	27
6.1.3 Linguagem e comunicação .....	29
6.1.4 Relacionamentos no Grupo Educativo .....	31
6.2 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS .....	33
6.2.1 Significados e implicações do grupo no cotidiano dos pacientes.....	33
6.2.2 Capacidade de reflexão e mudanças de comportamento .....	34
6.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO GRUPO NO PROCESSO DE TRABALHO .....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A – PROJETO DO GRUPO EDUCATIVO</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE B– TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES</b> .....	<b>49</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –</b> <b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	<b>50</b>

**APÊNDICE E – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL .....51**  
**APÊNDICE F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....52**

## 1 INTRODUÇÃO

Por sua natureza crônica, pela gravidade de suas complicações e pelos meios necessários para controlá-lo, o Diabetes Mellitus (DM) mostra-se uma doença onerosa não apenas para os indivíduos afetados por ela como também para o sistema de saúde pública. Os custos com o DM afetam a todos, no entanto, não se reduzem a um mero problema econômico. Existem custos intangíveis, tais como a dor, a ansiedade e a perda da qualidade de vida, que também trazem um grande impacto para a vida dos portadores da doença e seus familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Existem evidências de que as alterações no estilo de vida, com ênfase na mudança de hábitos alimentares e na redução da atividade física, estão associadas ao acentuado aumento na prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência da obesidade e sedentarismo e a maior sobrevida do paciente com DM também estão ligados a essas alterações.

O DM2 corresponde a 90-95% dos casos de diabetes e a evolução da doença ocorre de forma lenta e gradual, o que, por muitas vezes, pode retardar seu diagnóstico (ADA, 2008). O DM2 pode ocorrer a qualquer idade, mas geralmente é diagnosticado após os 40 anos. Ao contrário do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), os pacientes não são dependentes de insulina exógena, no entanto, podem necessitar de sua utilização para obtenção de um controle metabólico mais adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O DM2 é considerado um problema de saúde pública: está constatado o aumento da sua prevalência e morbi-mortalidade nas populações do mundo inteiro. Sua repercussão é social, econômica e subjetiva, com mortes prematuras, incapacitação para o trabalho e aumento de custos associados ao controle e tratamento de suas complicações (MALERBI e FRANCO, 1992). A doença representa a forma mais comum e prevalente entre todos os tipos de DM e está associada a fatores hereditários e ao estilo de vida dos indivíduos. A prática de atividades físicas e manutenção de hábitos alimentares saudáveis são mencionadas em estudos como formas para reduzir a incidência de DM2.

O alicerce para o tratamento e a prevenção do DM2 é a mudança do estilo de vida. Essa mudança pode ser realizada através da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividades físicas (BRASIL, 2002). Busca-se, como principal objetivo no tratamento do DM2, o controle da glicemia para a diminuição de futuras complicações micro

e macrovasculares (STRATTON et al, 2000). A glicemia pode ser controlada através de mudanças no estilo de vida e utilização de medicamentos (TURNER et al, 1999). Além do controle da glicemia, deve-se buscar a normalização da pressão arterial e dos níveis de lipídios no sangue (FRANZ et al, 2002).

Com frequência, os profissionais de saúde sentem-se frustrados com a incapacidade de seus pacientes em realizar mudanças de comportamento. Ao mesmo tempo, é grande o número de pacientes que se queixam da falta de tempo com o profissional durante a consulta para discutir suas dificuldades no tratamento.

Embora os recentes avanços no conhecimento, na terapia e na tecnologia tenham aumentado a nossa habilidade nos cuidados com o portador de diabetes, muitos pacientes ainda apresentam complicações agudas e crônicas por não atingirem as metas recomendadas. Nesse ponto, a educação nutricional entra como uma importante ferramenta na prevenção e no controle da doença.

De acordo com Boog (1999), doenças relacionadas à alimentação dependem de uma boa interferência dos profissionais de saúde para a modificação de hábitos alimentares. Segundo o Ministério da Saúde (2002), as principais estratégias para o tratamento do DM2 incluem educação nutricional, modificações no estilo de vida e, se necessário, a utilização de medicamentos.

A educação nutricional pode ser realizada através do atendimento individual ou em grupos. O grupo, quando comparado ao atendimento individual, traz benefícios para os seus participantes, pois possibilita a interação entre pessoas capazes de compartilhar problemas em comum (CESARINO et al, 2004).

Existe vasta literatura sobre a efetividade da educação nutricional no combate ao DM2. As técnicas de intervenção são diversas, contudo, estudos demonstraram que a educação realizada com grupos apresenta melhor relação custo/benefício, embora ainda persistam projetos educativos onde a transmissão de conhecimentos técnico-científicos é prioritária. Nesse modelo, a necessidade de associar educação em saúde às complexas relações existentes e ao conjunto de dimensões envolvidas na busca dos objetivos traçados acaba não sendo reconhecida, ou seja, busca-se uma mudança comportamental descontextualizada.

De um universo de 450 consultas agendadas por mês no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) para a especialidade de Nutrição, mais de 50% são direcionadas a pacientes portadores de DM2. Dessa forma, estudar as práticas profissionais e

o impacto das consultas no tratamento desse montante de pacientes torna-se fundamental para o aprimoramento do tratamento da doença.

Considerando o que foi exposto acima, este trabalho teve como objetivo descrever, refletir e avaliar a experiência com um Grupo Educativo de pacientes portadores de DM2, buscando compreender a experiência de educação em saúde “não como uma estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma aprendizagem sanitária satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto” (MEYER, 2006, p. 1341). Assim, através da organização de um Grupo Focal oriundo do Grupo Educativo, optou-se por uma opção teórico-metodológica baseada em aspectos de processos e resultados, considerando os contextos dos indivíduos, para avaliar a experiência e o impacto deste Grupo Educativo a partir da visão de seus participantes.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e refletir a experiência com o Grupo Educativo de pacientes portadores de DM2 do ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e refletir o desenvolvimento do Grupo Educativo, apoiando-se na proposta de avaliação de processo;
- Avaliar os resultados deste processo educativo com base na percepção dos participantes do Grupo Focal e na fundamentação teórica do estudo;
- Conhecer a opinião de profissionais de saúde sobre a contribuição do Grupo Educativo no processo de trabalho com os pacientes portadores de DM tipo 2 do ambulatório do HNSC.

### 2.3 QUESTÕES DE PESQUISA

As seguintes questões de pesquisa nortearam este trabalho:

1. Qual é a percepção dos participantes do Grupo Educativo sobre a metodologia, as técnicas e o material educativo utilizados no grupo?
2. Como os participantes perceberam o tipo de linguagem utilizada na comunicação com o Grupo Educativo?
3. Qual é a percepção dos participantes sobre o relacionamento dos integrantes do Grupo Educativo entre si e com a coordenadora (pesquisadora)?
4. Como os participantes perceberam o desempenho da coordenação do Grupo Educativo?
5. O Grupo Educativo influenciou a percepção dos participantes sobre sua doença e sobre os modos de controle da mesma? Os participantes consideram que houve construção de conhecimento e de capacidade reflexiva sobre sua condição de saúde e de vida?

6. Houve mudanças de comportamento relacionadas aos hábitos alimentares entre os participantes do Grupo Educativo?
7. Quais o significado do Grupo Educativo para os participantes? E para a coordenadora do Grupo Educativo? Quais os aprendizados mais significativos para a pesquisadora?
8. Qual a contribuição do Grupo Educativo no processo de trabalho, segundo a percepção dos profissionais?

### **3 JUSTIFICATIVA**

#### **3.1 CONTEXTO AMBULATORIAL E ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DM2**

O HNSC é um hospital geral que integra o Grupo Hospitalar Conceição. Este hospital é referência no atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado do Rio Grande do Sul. Localizado em Porto Alegre, recebe pacientes provenientes principalmente da Zona Norte e Leste da cidade, da região metropolitana e do interior do estado.

No ambulatório deste hospital, local em que foi desenvolvido este estudo, são atendidos pacientes maiores de 12 anos em 38 especialidades. A média de atendimentos/mês é de 30.000 consultas em todas as especialidades, entre elas, a Nutrição.

O perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes atendidos no ambulatório foi verificado por levantamento realizado em agosto de 2008, através de amostra de 450 consultas por mês agendadas para a especialidade de Nutrição, resultando no que segue:

- 82,44% de pacientes do sexo feminino
- 63,5% de pacientes com idade entre 18 e 59 anos
- 45,46% de pacientes residentes em Porto Alegre
- 64,9% de pacientes com 1º grau incompleto
- 39,64% de pacientes que são donas-de-casa

O diagnóstico clínico e nutricional desses pacientes revelou que 75,97% são obesos e que todos apresentavam co-morbidades, destacando-se entre essas o DM2, que atinge mais de 50% dos pacientes.

Dos pacientes agendados, 36% não compareceram à consulta, número semelhante levantado pela Gerência de Pacientes Externos em relatórios mensais sobre absenteísmo. A partir da análise desses dados surgiu a necessidade de buscar alternativas para um tratamento dietético que, associado à assistência aos pacientes portadores de DM2, respondesse melhor à multicausalidade desse problema e à baixa adesão dos pacientes ao tratamento.

#### **3.2 O PORQUÊ DESTE ESTUDO**

Visando contribuir para a possível mudança de hábitos alimentares no tratamento e controle de agravo à saúde, um processo educativo com pacientes portadores de DM2 foi

iniciado no ambulatório no ano de 2009, sob a coordenação da pesquisadora. Os pacientes portadores de DM2 em tratamento foram convidados a participar de reuniões periódicas com a Nutricionista e outros pacientes com a mesma doença. A esses pacientes foi explicado que as reuniões substituiriam as consultas individuais e que a temática das reuniões seria assuntos relacionados à DM2. Conforme a disponibilidade dos pacientes e a demonstração de interesse em participar das reuniões, o grupo foi organizado, os encontros foram planejadas, bem como as datas, horários e local das reuniões (APÊNDICE A).

Durante a prática profissional diária, em consultas individuais realizadas com pacientes portadores de DM2, observou-se o baixo índice de mudança comportamental desses pacientes e as mudanças necessárias não aconteciam de forma satisfatória. Considerando a situação de consulta, em que há interação do profissional de saúde com o paciente, entende-se que essa mudança não é responsabilidade de somente um dos sujeitos envolvidos no processo, mas dos dois. Se os resultados esperados não são alcançados, pode-se dizer que o processo foi falho. Sendo assim, analisar a interação *profissional de saúde-paciente* mostrou-se um caminho para a compreensão da não adesão dos pacientes às recomendações e, ao mesmo tempo, para o aprimoramento da atuação do profissional de saúde em contexto ambulatorial.

A abordagem teórico-metodológica desses processos de trabalho, permeados constantemente pela educação em saúde, deve, assim, ter potencial para promover a maior motivação dos pacientes para o autocuidado, para mudanças de hábitos alimentares e para a compreensão crítica de sua realidade. Entende-se que essa abordagem deva passar pela reflexão coletiva dos próprios comportamentos, pelo compartilhamento de vivências e de experiências entre os pacientes e entre pacientes e profissionais, pela problematização das situações e das relações, buscando a construção de contratos de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e pacientes.

Naquele momento, pensou-se em trabalhar os assuntos conforme o interesse dos participantes e na primeira reunião os temas que seriam abordados nos demais encontros foram decididos em conjunto. Entretanto, esta experiência acabou trazendo mais questionamentos sobre o real impacto desse processo na vida e nos hábitos alimentares dos pacientes.

Foi durante o Curso de Práticas Pedagógicas, em que teorias da Educação foram trabalhadas em diferentes módulos, que surgiu o desejo e a motivação de refletir mais profundamente sobre o processo e sobre os resultados do Grupo Educativo que havia sido criado. Assim, a prática profissional no atendimento nutricional e a teoria trabalhada no curso culminaram na busca por metodologias que aproximassem o conhecimento técnico-científico

do conhecimento popular e que adequassem a comunicação às necessidades reais dos pacientes.

É sabido que os profissionais de saúde não costumam ser bem preparados para desenvolver esse tipo de atividade e que muitas vezes elas são realizadas de forma empírica, sem clareza teórico-metodológica e sem avaliações sistemáticas. Entende-se que a Educação em Saúde engloba temas abrangentes e de importância incontestável no gerenciamento do cuidado em saúde de pacientes por parte dos profissionais que os atendem, pois os profissionais se defrontam com o desafio de promover maior autonomia e co-responsabilidade nas questões relativas à alimentação dos pacientes.

Ao pensar em sistemas avaliativos, buscou-se nas referências bases teóricas para aplicação de avaliações. A maioria dos conceitos sobre avaliação em programas de saúde pode ser expressa como: “Avaliar é medir e emitir juízo de valor”. Ao realizar este trabalho, entendeu-se que esses conceitos precisavam ser ampliados e diversificados, tornando-se necessário incluir os diferentes e divergentes pontos de vista das pessoas ou dos grupos envolvidos nos processos educativos, captando suas dimensões qualitativas.

A avaliação de processos educativos é de fundamental importância para saber como o trabalho está sendo desenvolvido, como se dá a reconstrução do conhecimento e quais efeitos essas ações estão provocando na vida e na saúde dos sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes ou profissionais.

Assim, este estudo, ao procurar fazer a descrição, reflexão e avaliação sobre a experiência com um Grupo Educativo em contexto sócio-institucional, responde a necessidades de construção de conhecimento e mudanças no cotidiano da vida de pacientes e de profissionais de saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, foi desenvolvido um estudo que permitiu a compreensão do processo educativo desenvolvido no ambulatório do HNSC, dos significados e das repercussões para a vida dos sujeitos envolvidos no processo. Ao mesmo tempo, procurou-se, junto aos profissionais da equipe de saúde, opiniões sobre a contribuição do Grupo Educativo nos processos de trabalho com os quais estão envolvidos.

Entende-se que a reflexão e a avaliação dessa experiência possam contribuir tanto para aprimorar a prática profissional do Nutricionista quanto para melhorar o aproveitamento dos pacientes que participaram do grupo. Justifica-se, portanto, pela necessidade percebida de aprimoramento das práticas profissionais com Grupos Educativos que contribuam no controle dos pacientes com DM tipo 2.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para melhor organizar a fundamentação teórica deste trabalho, optou-se por dividi-la em subseções: a primeira trata de dados sobre o Diabetes Mellitus, o histórico da doença e seu contexto atual; a segunda traz conceitos de Educação em Saúde, base utilizada para a formulação da proposta avaliativa representada através desse estudo e na aplicação do projeto educativo.

### 4.1 O DIABETES MELLITUS

Considera-se importante trazer aqui alguns dados e informações sobre a doença que afeta os sujeitos escolhidos para participar deste estudo: o Diabetes Mellitus. A doença pode ser classificada clinicamente como: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Gestacional, intolerância à glicose e outros tipos específicos de Diabetes (*American Diabetes Association – ADA, 2008*).

Contudo, entre os tipos de diabetes, o DM2 representa a forma mais comum e prevalente, a qual resulta de um defeito na secreção e/ou ação da insulina, com predomínio de um ou de outro. As causas específicas do desenvolvimento desse defeito ainda não foram completamente elucidadas. A maior parte dos diabéticos são obesos, estando a obesidade associada a algum nível de resistência à insulina (*ADA, 2008*).

Além do fator hereditário, já é sabido que o estilo de vida possui uma forte influência no desenvolvimento do DM2. De acordo com Tuomilehto et al (2001), a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos podem prevenir o Diabetes em pacientes intolerantes à glicose. Neste estudo, a incidência do Diabetes foi reduzida em 58% nos pacientes com intolerância à glicose.

O Diabetes Mellitus está inserido em um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção da insulina, em sua ação ou em ambos. É uma doença que prejudica o metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras. A hiperglicemia crônica está associada a danos a longo prazo, como a disfunção e falência de órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (*ADA, 2008*).

Segundo Marlebi e Franco (1992), o aumento da prevalência do Diabetes Mellitus está constatado e a morbi-mortalidade em populações ao redor do mundo faz com que a doença

seja considerada um problema de saúde pública. O DM2 acometia 4% da população adulta mundial em 1995 e estima-se que em 2025 atingirá cerca de 5,4% das pessoas (KING et al, 1998). Segundo levantamento epidemiológico realizado em diversos estados brasileiros em 1988, a prevalência do DM2 varia entre 5,2% e 9,7% entre pessoas de 30 a 69 anos, sendo as regiões sul e sudeste as que apresentam maiores taxas da doença (MARLERBI & FRANCO, 1992).

A *American Diabetes Association* (2008) definiu que o objetivo das intervenções educativas para pacientes portadores de Diabetes Mellitus é promover a saúde, incentivando os pacientes a práticas nutricionais saudáveis, a fim de normalizar os níveis de glicose e de lipídios no sangue. Os pacientes portadores de Diabetes Mellitus devem estar envolvidos e comprometidos com os profissionais de saúde nas tomadas de decisão referentes à sua alimentação, desenvolvendo autonomia e responsabilidade. É neste ponto que os itens Diabetes Mellitus e Educação em Saúde convergem.

#### 4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS

Segundo Gastaldo (1997), é atribuída à educação em saúde a capacidade de controlar as complicações advindas das doenças e proporcionar um estilo de vida mais saudável aos pacientes. Já para Tavares (2002), a educação em saúde é um instrumento de emancipação do homem, devendo ser desenvolvida dentro de uma concepção dialógica.

Nos serviços públicos de saúde, as propostas amplas, voltadas à promoção da saúde com prioridade para as atividades preventivas, conflitam com a realidade dos serviços, em que o cidadão e os profissionais de saúde valorizam prioritariamente o tratamento das doenças. Os projetos educativos seguem sendo

majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que a gente detém e ensina para uma população leiga, cujo saber viver é desvalorizado/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que para aprender o que nós sabemos, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida. (MEYER, 2006, p. 1336)

De acordo com o *Scientific Group on Research in Health Education* da Organização Mundial da Saúde (OMS), “os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o

senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”.<sup>1</sup>

Sobre esse ponto, Freire (2006) postula uma educação mais dialógica e problematizadora. Segundo ele, uma educação autêntica e significativa contribui para pensarmos um tipo de abordagem que tenha origem nos anseios, dúvidas, esperanças, desesperanças e visões de mundo do educador e do educando. Isso nos remete à necessidade de renovação das relações entre esses sujeitos no contexto sócio-institucional, em especial nas relações de caráter educativo. Assim, a educação seria a relação e a interação entre sujeitos, mediatizada pela realidade; seria uma busca pela reconstrução do conhecimento significativo para a vida dos sujeitos, através da autonomia.

Entende-se que um processo educativo com esse caráter e natureza deva promover entre os participantes a idéia de se tornarem agentes de transformação individual, familiar e dos grupos de relações com os quais estejam envolvidos. Dessa forma, os participantes se tornariam observadores críticos da realidade, capazes de refletir e de buscar com maior autonomia meios para modificar o seu cotidiano. Ao refletir sobre sua realidade e construir o conhecimento de modo compartilhado entre profissionais de saúde e pacientes, tornar-se-ia possível optar por alternativas de mudança de comportamento que promovam a saúde de modo mais consciente e mais adaptado aos sujeitos em seu contexto social, cultural e subjetivo. Assim, vai-se construindo conhecimento relevante para cada situação e vai-se criando vínculos de co-responsabilidade com potencial para a construção de profissionais de saúde e de pacientes mais críticos e independentes.

Sobre isso, Ceccim propõe um sistema quadrilátero para a prática do profissional de saúde, sugerindo “uma noção de trabalho em saúde como cruzamento dos componentes de formação dos profissionais, gestão do setor, participação da sociedade e ordenamento das práticas de atenção à saúde” (2004, p. 4), o que seria um desafio para os profissionais da saúde, sendo eles do sistema público ou privado, já que teriam de rever suas práticas, seus processos de trabalho e os modelos gerenciais e de atenção que ora conhecemos.

A avaliação dos momentos educativos pode fornecer subsídios importantes para melhorar a prática educativa dos profissionais, desde que estes utilizem métodos e técnicas que forneçam dados relevantes nessa perspectiva para a construção, melhoria e reformulação de ações ou processos.

---

<sup>1</sup> LEVY et al. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITOS E PROPOSTAS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>> Acesso em 12 jul. 2009.

Segundo Raupp (2008), na avaliação do processo educativo há aspectos coerentes com essa concepção de educação que precisam ser considerados, tais como o número de participantes, o número de encontros, a assiduidade, as técnicas e os métodos empregados, o planejamento e o registro de atividades. Também é fundamental incluir nos processos avaliativos aspectos relacionados a resultados, como por exemplo, os significados das ações educativas para o cotidiano das pessoas, as mudanças na sua capacidade de reflexão e a construção de conhecimento dos participantes.

Os hábitos alimentares têm uma dimensão social advinda do modo de produção da sociedade, da inserção e das relações dos indivíduos no mercado de trabalho e da classe social a que pertencem. É evidente que existem também aspectos que contradizem os aspectos universais, aspectos da história pessoal de cada indivíduo. Portanto, os problemas alimentares não são nem só universais, nem só individuais – eles precisam ser analisados dialeticamente na sua singularidade e na sua multidimensionalidade. Este é um dos papéis da educação em saúde direcionada para hábitos alimentares. Essas contradições tornam difícil o entendimento das possibilidades concretas das ações educativas (BOOG, 1999).

Conforme o que foi dito anteriormente, programas de educação nutricional são fundamentais para enfrentar o atual quadro de morbi-mortalidade da população, que tende a agravar-se pela tendência que vem sendo observada nos padrões de consumo de alimentos. Muitos estudos têm demonstrado que as práticas educativas através de informações preventivas e corretivas para a população tornaram-se ineficazes, pois o não seguimento das prescrições de saúde tem causas muito mais profundas do que apenas a falta de conhecimento e de motivação pessoal. A educação em saúde deve ajudar na busca da compreensão das raízes destes problemas e de suas possíveis soluções (VASCONCELOS, 2001).

O modelo predominante da educação em saúde ainda é baseado, principalmente, na transmissão/divulgação de conhecimentos sobre saúde e doença (TOLEDO, 2006). Esse modelo ainda se fundamenta “na afirmação da objetividade, da neutralidade e da universalidade do saber científico [...], pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos [...]” (MEYER et al, 2006, p. 1336).

O objetivo central deste tipo de educação é a mudança comportamental imediata e unilateral. A transmissão de conhecimentos baseia-se no modelo deficitário de educação e a comunicação é basicamente de caráter cognitivo/racional. Ao longo dos anos, diferentes práticas educativas foram adotadas pelos profissionais de saúde, de acordo com a representação de saúde vigente e o momento histórico vivido (TOLEDO, 2006). Assim, vê-se

que a educação em saúde precisa estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, o que demonstra a relevância do estudo que aqui se propõe.

## **5 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**

### **5.1 LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi desenvolvido no Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, local onde a pesquisadora desenvolve suas atividades profissionais como Nutricionista desde 2005.

### **5.2 TIPO DE ESTUDO**

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por realizar um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, uma vez que este possibilita maior aproximação com o cotidiano e com as experiências vividas pelos sujeitos (MINAYO, 2004).

Foram feitas gravações espontâneas durante as reuniões realizadas com o Grupo Focal, as quais foram, posteriormente, transcritas pela pesquisadora e analisadas.

Na interpretação, uma abordagem teórico-metodológica foi adotada apoiada na hermenêutica. De acordo com Gadamer (apud MINAYO, 2004), essa abordagem se caracteriza pela busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo central. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo pressupostos de que o ser humano é um ser histórico e finito que se complementa através da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e cultura; o texto, numa perspectiva hermenêutica, “revela e esconde”. Esses aspectos orientaram a interpretação das falas dos sujeitos.

### **5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM**

Para fins deste estudo optou-se por dividir a população em duas tipologias. A primeira, denominada Grupo Focal, foi constituída por oito pacientes participantes do Grupo Educativo; a segunda contitui-se de quatro profissionais de saúde do ambulatório que estiveram envolvidos na atenção a esses pacientes.

Para a seleção da amostragem, preconizou-se a qualidade e não a quantidade. Assim, os sujeitos foram intencionalmente selecionados, conforme orientações encontradas em

Minayo (2004). Os critérios pré-estabelecidos e relacionados com os objetivos e questões de pesquisa do estudo foram seguidos, pois

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma instituição, de uma organização [...] O critério não é numérico. Como consequência, a amostragem qualitativa: privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador deseja conhecer; considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; entende que, na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. (Minayo, 2004, p. 92)

Sendo assim, convidou-se para o Grupo Focal os pacientes que participaram do Grupo Educativo e uma Assistente Social, que foi relatora do Grupo Focal.

Quanto à seleção dos profissionais, os seguintes critérios foram utilizados:

- 1) Médicos envolvidos no tratamento dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.
- 2) (02) médicos preceptores da especialidade Endocrinologia.
- 3) (02) médicos residentes da especialidade Endocrinologia.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Para realização deste estudo, uma triangulação de técnicas de pesquisa foi utilizada pois esta consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista e de múltiplas técnicas de coleta de dados a fim de atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Nesta triangulação, as seguintes técnicas de coleta de dados foram utilizadas:

- a) **Análise de documentos:** para os objetivos deste trabalho, o projeto (APÊNDICE A) e os registros já obtidos no Grupo Educativo de pacientes que se reúnem desde março de 2009 foram analisados.
- b) **Grupo Focal:** dos oito pacientes convidados, quatro permaneceram até o final da pesquisa. Portanto, o Grupo Focal foi composto por seis participantes, sendo eles quatro pacientes, a pesquisadora (Nutricionista) e uma convidada (Assistente Social e funcionária do ambulatório) não envolvida com o atendimento de pacientes diabéticos.
- c) **Entrevistas semi-estruturadas:** foram realizadas quatro entrevistas com profissionais médicos do ambulatório de Endocrinologia, envolvidos com o atendimento de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

## 5.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Os dados coletados através das diferentes técnicas (análise de documentos, Grupo Focal e entrevistas semi-estruturadas) foram agrupados em dois *corpora* de informações: um com informações dos pacientes e outro com informações dos profissionais. A seguir, os dados de cada um desses *corpora* foram organizados segundo as questões de pesquisa, do roteiro do Grupo Focal (APÊNDICE E) e das entrevistas (APÊNDICE F), criadas para atingir os objetivos do estudo. Ao realizar leituras extensivas de todo o material coletado, categorias empíricas foram criadas. A interpretação foi realizada com apoio na hermenêutica, orientada nos objetivos, nas questões de pesquisa e à luz do referencial teórico do estudo e da vivência da pesquisadora neste serviço.

Através da análise e interpretação dos dados, buscou-se descrever o contexto sócio-institucional, avaliando o processo educativo desenvolvido, refletindo através dos significados e implicações na vida dos pacientes que participaram do grupo e da pesquisadora. Procurou-se conhecer também a percepção dos profissionais do ambulatório sobre a contribuição do grupo na atenção/cuidado aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Com base nesses movimentos de descrição, análise, interpretação e reflexão, produziu-se uma síntese que representará a construção de conhecimento sistematizado e relevante para o objeto sob estudo.

## 5.6 DIFICULDADES

É importante ressaltar que, ao realizar este estudo, algumas dificuldades se apresentaram no caminho. A primeira delas esteve relacionada à metodologia escolhida para o estudo: a pesquisa qualitativa. Tendo em vista a área de formação da pesquisadora – a área biomédica –, em que as pesquisas que predominam são de caráter quantitativo (já que se trabalha com dados concretos, matemáticos, estatísticos), penetrar no universo da interpretação de texto, de contexto e de percepção foi, definitivamente, um fator complicador.

Os meses de curso foram ocupados, boa parte, pela tentativa de compreender a pesquisa qualitativa, de se adequar a uma fala e a uma linguagem bastante distantes, de se superar as dificuldades através de leituras e de atividades presenciais no curso de Especialização, e pelas reuniões de orientação.

Além disso, a solidão profissional que encontramos no cotidiano do ambulatório também mostrou-se um fator dificultador, pois não se podia contar com profissionais das áreas da saúde ou da educação para discutir, trocar idéias, dirimir dúvidas.

Outro fator complicador foi o absenteísmo do Grupo Educativo. Por vezes, chegou-se a questionar se a conclusão do estudo seria possível. O grupo foi iniciado com o convite a oito participantes e finalizado com a participação de apenas quatro.

Detectou-se, também, um problema de conexão entre as técnicas de pesquisa qualitativa e a proposição das questões de pesquisa e das questões voltadas ao Grupo Focal. Essa dificuldade se intensificou no momento de composição das categorias de análise e de interpretação de dados.

Por outro lado, a situação da pesquisadora como funcionária do local de pesquisa foi um fator facilitador. Esta situação proporcionou liberdade para organizar os encontros nos horários e locais desejados sem interferência no atendimento rotineiro aos demais pacientes. O conhecimento das rotinas e da hierarquia do local de estudo proporcionaram condições para planejamento de datas e horários conforme as necessidades da pesquisa. Todos os encontros ocorreram nas datas, locais e horários previamente estabelecidos.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Toda pesquisa é uma intervenção na qual existem relações subjetivas que são inerentes ao método que o pesquisador irá aplicar e que estão diretamente relacionadas às questões e aos objetivos da pesquisa, bem como à forma pela qual a contratualização se desenvolve entre pesquisador e participante.

Nos estudos qualitativos, as relações entre as partes se configuram num vínculo de confiança, criando uma expectativa a partir dessa relação. O pesquisador, portanto, deve ter muito cuidado ao deixar claro aos pesquisados suas intenções em relação aos resultados da pesquisa, não criando falsas expectativas. Contudo, é fundamental que o conhecimento produzido seja subsídio para o aprimoramento das práticas, sendo compartilhado de alguma forma com os participantes e com a comunidade sob estudo.

Nesta pesquisa, um contrato com os participantes em que as responsabilidades mútuas e os objetivos vislumbrados foi estabelecido, não deixando dúvidas sobre o que se pretendia alcançar com a pesquisa. Os resultados serão devolvidos aos participantes, de maneira também contratualizada.

Para obter autorização, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B, C e D), em que os objetivos da pesquisa, as formas de coleta de dados e a forma de devolução dos mesmos foram detalhados, garantindo o anonimato dos

sujeitos. O projeto deste estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC e atendeu a todos os requisitos da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

## **6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A apresentação e discussão dos resultados será apresentada em três eixos: avaliação do processo educativo, avaliação dos resultados e percepção dos profissionais médicos sobre grupos educativos. A avaliação do processo educativo se deu através da análise da percepção dos participantes do Grupo Educativo e da pesquisadora, no papel de coordenadora do grupo. Aspectos como o emprego da metodologia, das técnicas, do material educativo e da linguagem e comunicação desenvolvidos durante os encontros do Grupo Educativo foram discutidos. Também foram avaliados os relacionamentos e os significados mais importantes deste grupo para os participantes e para a coordenadora.

Na avaliação dos resultados, buscou-se compreender quais os significados e implicações do Grupo Educativo no cotidiano dos pacientes e sua influência na percepção sobre sua doença e o controle da mesma. Além disso, a capacidade de reflexão dos participantes sobre sua condição de saúde e de vida a partir da construção do conhecimento e das mudanças de comportamento relacionadas aos hábitos alimentares foi analisada.

Na percepção dos profissionais, buscou-se a opinião de médicos envolvidos com o cuidado dos pacientes do ambulatório portadores de DM tipo 2 sobre a contribuição do grupo no processo de trabalho.

### **6.1 AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO**

Para avaliar o processo educativo, visando responder às questões de pesquisa, a apresentação e discussão dos resultados foi dividida em três categorias: metodologia, material educativo e técnicas empregadas, linguagem e comunicação.

#### **6.1.1 Metodologia do processo educativo**

Para iniciar o processo avaliativo sobre o método empregado nos encontros com o Grupo Educativo, a questão norteadora para os participantes do Grupo Focal foi:

- Qual é a percepção dos participantes sobre a condução das reuniões?

As respostas emitidas a partir dessa questão possibilitaram a identificação das categorias **reconstrução do conhecimento** e **interpretação do conhecimento**, traduzidas nas seguintes falas:

*Lá em casa eu falo pra todo mundo, chamo atenção de todo mundo sobre a alimentação. Na realidade é uma educação alimentar, nada proíbe de comer, eu passo pra eles.*

*Eu tinha que contar tudo em casa pra mulher. Eu mentia pra ela. Ela me servia pouca comida e eu dizia pra ela que eu podia comer mais, que eu tinha aprendido aqui.*

A partir desses depoimentos, entende-se que as manifestações sugerem que a aplicação de um **método** oportunizador de diálogo e de participação leva a resultados que demonstram diferentes modos de interpretação, concluindo-se que um espaço para a manifestação da diversidade foi criado.

Ao criar condições para o diálogo e para a problematização dos saberes científico e popular, encontrou-se a reconstrução do conhecimento e a criação compartilhada de alternativas viáveis e aceitáveis para cada paciente. Enquanto para uns a realidade do aprendizado é levada e compartilhada com a família, em que a “educação alimentar” passa a ser um termo do qual o participante se apropria, para outros surge a negação do conhecimento, interpretada pelo participante como uma liberdade para decidir e manifestar a sua vontade, não realizando as mudanças desejadas.

Observou-se que as percepções dos participantes foram construídas a partir de uma perspectiva dialógica, participativa, problematizadora e emancipatória. De acordo com Freire (2006), o respeito à bagagem cultural de cada sujeito, aos conhecimentos pré-existentes e ao que os pacientes desejam saber fazem parte de uma teoria pedagógica em que o conhecimento é reconstruído conhecendo a realidade, a situação concreta e os desejos manifestados pelos participantes envolvidos no processo educativo.

#### 6.1.2 Material educativo e técnicas

A avaliação deste item teve início a partir da pergunta direcionada aos participantes sobre o que eles haviam achado do material utilizado no grupo e da maneira como este material foi usado. As respostas resultaram na construção dos trechos que seguem:

*O que eu mais gostei foi daquele jogo que a gente fez. A gente não imagina que tem coisas que a gente faz no dia a dia que pode gastar calorias. Foi muito engraçado.*

*O que eu vi na televisão serviu pra mim.*

Nessas falas, os participantes referem-se ao recurso utilizado, em que o lúdico trouxe uma atmosfera de cumplicidade e de brincadeira, colaborando na identificação de situações do cotidiano dos participantes, semelhantes àquelas presentes no material utilizado.

Para Freire (2006), a medida em que os sujeitos ampliam seu poder de compreensão e de dar respostas, aumentam seu poder de diálogo com os outros e com o mundo em que estão inseridos.

Para ilustrar as diferenças existentes na composição nutricional dos alimentos, objetivando tornar os participantes autônomos em suas escolhas, *slides* com tabelas nutricionais foram mostrados. Nesse momento, os participantes se manifestavam e, juntos, preenchíamos os espaços vazios com as informações. Dessa forma, construímos em conjunto o exercício proposto. Na fala que segue, o participante manifesta-se sobre este recurso:

*Aquelas fórmulas de peso, muito importantes. As principais comidas calóricas, as comidas mais energéticas, as que não tem energia e que são mais leves.*

Analisando a aplicação deste recurso, a sua aplicação foi considerada positiva. Os participantes foram estimulados a reconhecer, a partir de seu conhecimento prévio, suas experiências e seu cotidiano, que possuem capacidade de participar ativamente de um processo de ensino/aprendizagem. Isso caracteriza uma manifestação clara de sua autovalorização como sujeito capaz de anunciar, denunciar e intervir no sentido de melhorar o mundo em que vive e se relaciona (FREIRE, 2003).

Durante o planejamento do processo educativo, quando discutiu-se o que seria conversado durante as reuniões, os participantes demonstraram interesse em conhecer melhor o conteúdo dos rótulos alimentares. Em um dos encontros, a **técnica** de leitura e a análise da lista de ingredientes das embalagens dos alimentos que foram trazidas de casa pelos participantes do Grupo Educativo foi aplicada. Nas embalagens, o rótulo traz informações de todos os ingredientes que compõem o produto. Com esse conhecimento, a possibilidade de que os participantes se tornassem autônomos nas suas escolhas alimentares estava sendo criada.

Na resposta dada em reunião com o Grupo Focal, podemos observar a ansiedade do participante buscando a compreensão do que foi estudado sobre rótulo nutricional:

*Muito bom, aquilo foi um aprendizado muito bom. Infelizmente eu não consegui aprender nada daquilo ali. Eu não entendo, eu não entendo, eu olho, olho aqueles rótulos ali e gordura e não sei quê mais e sódio.*

*Vocês explicando aqui a gente sabe, mas chega em casa e não sabe mais nada .*

O rótulo nutricional é considerado um importante veículo de comunicação entre a indústria de alimentos e o consumidor, além de auxiliar os profissionais de saúde no momento da escolha dos alimentos para consumo. Ao mesmo tempo, os rótulos alimentares, em sua grande maioria, trazem informações falsas, ambíguas e confusas, o que não facilita a leitura e a compreensão dos consumidores. A indústria de alimentos procura enfatizar mais o lado comercial do que orientar o consumidor sobre dados nutricionais (ISHIMOTO e NACIF, 2001).

As informações fornecidas no rótulo nutricional contemplam um direito assegurado pelo Código de Defesa do Consumidor Brasileiro, o qual determina que todas as informações presentes nos rótulos devem ser claras, adequadas e fidedignas (CAMERA, 2007). Desta forma, todo consumidor possui o direito de reclamar e de procurar o ministério público caso encontre informações incorretas.

A leitura de rótulos foi uma dificuldade claramente apresentada pelos participantes. Muitos demonstraram não compreender o significado da tabela nutricional, tampouco a nomenclatura de nutrientes simples (tais como carboidratos, proteínas e gorduras) presentes na maioria dos rótulos de alimentos. Dessa forma, evidencia-se aqui que a legislação, muito embora seja voltada para os consumidores, precisa ser repensada e reformulada, a fim de realmente atender às necessidades dos consumidores.

### 6.1.3 Linguagem e comunicação

Nesta etapa do desenvolvimento do Grupo Focal, os participantes foram questionados sobre se haviam conseguido compreender a forma como a coordenadora do grupo se expressava ao colocar os conteúdos e como perceberam o tipo de linguagem utilizada na comunicação com o grupo. Todos os participantes manifestaram-se de forma positiva e, segundo um dos participantes,

*A nutricionista se comunica muito bem.*

A **comunicação** no grupo surge como uma nova perspectiva para os pacientes e as relações entre pacientes e profissionais de saúde. Com a mudança de ambiente e de situação, há também uma mudança nas relações, uma vez que o profissional está colocando o paciente em outra posição, em que não apenas recebe recomendações e tem o papel de as cumprir, mas

em que também é sujeito ativo no processo, compartilhando suas experiências com os outros pacientes e com os profissionais de saúde, mesclando momentos em que instrui e em que é instruído. Nesse momento, o paciente ganha voz para relatar e, indiretamente, orientar outros pacientes com problemas em comum. Segundo Raupp (2006), uma boa comunicação deve equilibrar diálogo e discussão. No diálogo, todos os sujeitos devem ser estimulados a oferecer sua opinião para a compreensão de um problema/tema. O diálogo não busca consenso, mas constrói conhecimento pertinente a situação. Por exemplo, em outra fala do Grupo Focal, essa perspectiva fica evidenciada:

*Ele tá falando dos carboidratos, nós não podemos nos passar nos carboidratos e não nos glutens. O pão nós podemos comer e ele tem glúten.*

Este participante demonstra habilidade e percepção ao mostrar que sabe diferenciar o que faz bem e o que faz mal ao portador de DM2. Ao mesmo tempo, consegue se comunicar com uma linguagem que é clara para os demais participantes, compartilhando o seu conhecimento sobre a dieta, até mesmo falando sobre a composição nutricional dos alimentos.

De acordo com Raupp (2008), as mudanças tão desejadas pelos profissionais de saúde dependem, além da informação recebida pelo paciente e de sua vontade de mudar, de aspectos complexos e contextuais, tais como gênero, educação, cultura e linguagem. As abordagens educativas centradas na informação para a mudança de comportamento demonstram a necessidade de refletir não só sobre o conteúdo da informação, mas, principalmente, sobre como e porque a informação é comunicada.

Ao analisar algumas falas, uma grande interrogação surgiu: será que a linguagem utilizada nos encontros foi adequada? Teria ficado claro para os participantes o que seria melhor para o controle de sua doença, que não deveriam comer determinados alimentos? Como os participantes transmitiram para a família o que conversaram no grupo?

*Lá em casa é o seguinte, minha filha que me serve sobremesa. Só suja a tigela*

Para Meyer et al (2006), o desafio não estaria no aprimoramento de técnicas de transmissão de mensagens, de persuasão ou de sedução, mas em rever o pressuposto de que a existência de elementos de informação científica nas mensagens recebidas é necessário e suficiente para aumentar a competência e ou a liberdade de decisão. O que vemos no dia-a-dia de práticas de saúde é que o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes, gerando um conhecimento

diferente, que fica demonstrado nesta fala em que o paciente e a família transformam o **não** em **um pouco** (em que a sobremesa sequer deveria ser servida).

#### 6.1.4 Relacionamentos no Grupo Educativo

Na análise das falas dos participantes que dizem respeito às relações entre eles e a coordenadora do grupo, um dos participantes compara o antes, referindo-se ao atendimento convencional em ambulatório, com o depois, referindo-se a sua participação no Grupo Educativo:

*Até com a senhora, a gente vinha aqui fazia a consulta meio constrangido. Ah! doutora, tu sabe que tem aquela relação de doutora com paciente. Depois a gente vira uma amizade. É uma amizade que a gente tem aqui. Fica conhecido, conversa, não é só aquela consulta que a gente tem com a senhora. A gente conversa outros assuntos.*

No modelo hegemônico, ou seja, em consultório, a relação assimétrica e autoritária estabelecida entre profissionais e usuários faz com que os profissionais de saúde sejam orientados pelo conhecimento técnico-científico, transmitindo aos pacientes conteúdos sobre comportamento e hábitos para uma vida saudável (ALVES, 2005 e 2004). Esse direcionamento contrasta com a possibilidade de construção compartilhada de conhecimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado, mediante uma relação dialógica, pelo desenvolvimento da autonomia (FREIRE, 2003).

Enquanto no modelo hegemônico se buscam os sintomas, os medicamentos, a dieta e o controle das glicemias, em uma relação dialógica se conhece a história de vida, os sofrimentos, os anseios e as condições concretas de vida dos pacientes.

A formação de grupos possibilita a socialização dos participantes e dos coordenadores, em que criam-se vínculos de confiança, respeito, solidariedade e amizade. Todos os indivíduos participantes do grupo se sentem aceitos e compreendidos uns pelos outros por possuírem problemas em comum (ZIMERMAN e OSORIO, 1997). A partir da constituição de um grupo forma-se um campo grupal dinâmico com a criação de uma nova entidade com leis e mecanismos próprios. Os grupos, portanto, não são apenas um somatório de indivíduos. O grupo se torna um campo onde os sujeitos interagem e formam diferentes combinações e arranjos (ZIMERMAN e OSORIO, 1997).

Ainda sobre as relações, para este participante, a partir da oportunização do diálogo, opinião sobre a relação médico-paciente pode ser expressa, inclusive comparando com outro tipo de serviço, como podemos ver na transcrição a seguir:

*Tem médico que não tem relacionamento nenhum com o paciente. Hoje em dia a gente sabe que os tempos são outros, até empresa de ônibus é um exemplo: o cobrador te cumprimenta, tem gerente de relacionamento, cursos.*

Neste relato, evidencia-se a percepção do participante sobre a evolução das relações de trabalho nas corporações e a preocupação dos empresários com a satisfação dos clientes, o que, conforme o próprio participante, não acontece com a maioria das instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, no que diz respeito ao atendimento dos pacientes, que pela própria natureza do serviço prestado, deveria ser uma relação humanizada.

Retomando os conceitos de humanização, conforme Mandu (2004), a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os semelhantes. Isso significa que escutar é mostrar-se receptivo ao universo social e afetivo-cultural, abrindo espaço à expressão, às vivências e seus contextos, às interpretações e aos sentimentos, aos problemas e necessidades, além de proporcionar possibilidades de acompanhamento e soluções a serem alcançadas. Desse modo, é preciso entender as peculiaridades subjetivas das pessoas, no sentido da sua origem. O diálogo em si repõe o lugar de aprendizado conjunto, da troca, do contato, da sensibilização, do lúcido, do ético, mediados pelos componentes afetivo-emocionais.

Ao buscar manifestações do grupo sobre o desempenho da coordenadora, os participantes a avaliaram de forma positiva, através de falas como a que segue:

*Vou dar um exemplo: eu cheguei aqui às 7 horas, consultei e fiquei esperando para o encontro e fiquei esperando porque eu gosto muito da doutora.*

Tanto o profissional de saúde como o paciente encontram-se na condição de explicar e compreender a si mesmos e aos outros. Na medida em que o profissional de saúde assimila e assume esta compreensão, se aproxima do paciente, recorre às diversas fontes de explicação e compreensão da situação, inclusive à sua própria história (CAPRARA, 1999).

Ao ressignificar a relação com o outro, a interação *profissional de saúde-paciente* mostra um caminho para compreensão e, ao mesmo tempo, para aprimoramento da atuação do profissional de saúde em contexto ambulatorial, estabelecendo uma relação de

conscientização e responsabilização dos indivíduos frente à sua alimentação, proporcionando a autonomia, tratando o paciente como um educando (BOOG, 1997).

Para a coordenadora do grupo enquanto pesquisadora, a posição dupla proporcionou uma aproximação maior com o grupo, pois havia um conhecimento prévio da realidade dos pacientes participantes e do local das reuniões. Quanto ao cotidiano da instituição, a adequação das necessidades surgidas, como por exemplo, horários para os encontros, local das reuniões, foi facilitada pelo conhecimento do campo: rotinas do ambulatório, hierarquia, meios para alcançar os objetivos.

Para Goldenberg (1998), quando o pesquisador tem uma vivência mais próxima com o grupo e local estudado, é possível fazer com que ele naturalize determinadas práticas e comportamentos que deveria estranhar para analisar e compreender o fenômeno, mas pertencer ao campo também traz vantagens para o pesquisador, pois conhecendo o funcionamento do serviço o acesso é mais fácil.

Ainda, o processo de investigação nestes moldes traz questionamentos sobre a diferença de se trabalhar em uma comunidade a qual se conhece e uma comunidade desconhecida. Trabalhando com uma população e um local que se conhece, o ponto básico de partida é preexistente, e as interpretações do observador ganham um significado mais profundo, já que ele também é parte do objeto observado (Goldenberg, 1998).

## 6.2 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Para avaliar os resultados do processo educativo e responder às questões de pesquisa propostas nos capítulos iniciais deste trabalho, a avaliação dos resultados foi separada em duas categorias: significados e implicações do grupo no cotidiano dos pacientes e capacidade de reflexão e mudança de comportamento sobre condição de saúde.

### 6.2.1 Significados e implicações do grupo no cotidiano dos pacientes

Ao analisar os significados para os participantes do Grupo Educativo sobre os encontros ocorridos, encontramos relatos bastante ricos: a vontade de estar presente, o bem estar no grupo, o acolhimento, a sensação de melhora na qualidade de vida e o estabelecimento de relações de amizade. Alguns desses relatos são os que seguem:

*Me senti bem tanto que não faltei.*

*Eu acho que eu vim em todas às vezes. Eu sempre gostei, continuo gostando, acho que a gente evoluiu bastante até no sentido da amizade.*

Os grupos constituem uma forma de promover o aprendizado no âmbito da educação e da saúde, sendo cada vez mais crescente a formação de grupos nos serviços de saúde (DALL'AGNOL et al, 2007). Através das práticas grupais têm-se a oportunidade de desenvolver a autonomia das pessoas, tornando-as agentes ativas de seu próprio aprendizado. Os indivíduos são considerados seres únicos que possuem idéias e opiniões próprias com habilidades para julgar aspectos referentes à sua própria saúde (DALL'AGNOL et al, 2007).

Para Zimerman e Osorio (1997), um trabalho com grupos possibilita a socialização dos participantes e dos coordenadores, a formação de vínculos de confiança, respeito, solidariedade e amizade. Nessa situação, os indivíduos se sentem aceitos e compreendidos uns pelos outros por possuírem problemas em comum.

Na manifestação do participante descrita a seguir, aparecem componentes como a vontade de adquirir conhecimentos relevantes sobre a sua doença, explicitando um objetivo bem definido: a partir do entendimento, saber lidar com a doença e ter autonomia e poder de controlá-la.

*Eu gostei muito. Não tinha tempo, tinha que trabalhar. Eu queria participar e aprender mais sobre o diabetes, como tratar, como lidar com ela e como controlar. Eu tenho a 70/80 e vai a 500. Ta me ajudando a entender o negócio dos alimentos, quanto tem de gordura e sódio, to aprendendo cada vez mais sobre colesterol. Me ajudam a entender a pressão, o colesterol e a diabete.*

Para este paciente, o grupo significa participação, aprendizado e compreensão. Ao compreender as implicações de sua alimentação para o agravo de sua doença, o paciente busca uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada às suas necessidades.

Para Boog a educação nutricional é

[...] desenvolver estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social. (2004, p. 1)

## 6.2.2 Capacidade de reflexão e mudanças de comportamento

Nos depoimentos dos participantes foi possível identificar o desenvolvimento da capacidade de reflexão, através do estabelecimento de relações lógicas: o risco foi reduzido por estarem participando de uma atividade relativa a sua doença e que por menos que estivessem fazendo, alguma coisa foi modificada em seu comportamento.

*Eu tô bem. Depois que eu comecei a vir aqui eu melhorei muito. Eu ia morrer muito antes. Eu não vou dizer que eu faço tudo que eu tenho que fazer, mas eu cuido. Se eu não tivesse vindo, eu já tinha morrido.*

Estudos demonstram que o controle adequado da glicemia, dos lipídios plasmáticos e da pressão arterial de pacientes com DM2 retarda ou previne o aparecimento de complicações micro e macrovasculares relacionadas à doença. Mesmo que as metas de controle metabólico não sejam atingidas pelo controle dos pacientes, é esperado que a melhora dos parâmetros metabólicos ocorridos do início para o fim do acompanhamento tenha um impacto significativo na redução das complicações crônicas do diabetes, incluindo a redução da mortalidade.

No estudo do *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (UKPDS), por exemplo, cada 1% na redução de A1c (hemoglobina glicada) foi associado a um decréscimo estimado de 37% no risco de desenvolvimento de complicações microvasculares, 14% no risco de infarto do miocárdio, 12% no risco de doença vascular periférica e 21% na mortalidade relacionada ao DM (STRATTON et al, 2000). Logo, qualquer mudança de comportamento que se consiga promover no portador de DM2, qualquer resultado que se atinja, é extremamente relevante na redução das complicações da doença.

Ao inserir a família nos seus aprendizados, houve a demonstração da existência de uma forte relação com a cultura, relacionada aos hábitos alimentares, envolvidas nesse processo educativo:

*Levo as receitas pra fazer em casa. Chego em casa, chamo as gurias e falo tudo pra elas.*

Um processo educativo com base numa proposta pedagógica dialógica procura promover entre os participantes a idéia de se tornarem agentes ativos de transformações individuais, familiares e de seus grupos de relações. A proposta é que se tornem observadores críticos da realidade, sujeitos reflexivos que buscam a autonomia para modificar seu cotidiano. Quando buscamos neste grupo a reflexão e a construção do conhecimento de modo compartilhado, entre profissionais de saúde e pacientes, foi possível criar alternativas de mudança de comportamento que promovessem a saúde de modo mais consciente e mais adaptado aos sujeitos em seu contexto social e cultural.

É necessário trabalhar com a noção de que educação envolve o conjunto dos processos pelos quais os indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instancias e instituições sociais envolvidas com esse processo de educar, algumas delas explicitamente direcionadas para isso. (MEYER et al, 2006, p. 1337)

Ao reconhecer a importância das mudanças a que devem se submeter para melhorar sua qualidade de vida, os pacientes demonstram inconformidade, como demonstrado a seguir:

*Iogurte desnatado é sagrado com banana esmagada, pra ter gosto.*

*Eu vou ser sincero eu não consigo tomar o leite desnatado.*

*Depois da injeção (insulina) ai eu tomo iogurte com adoçante. Aquilo é horrível né e mando ver. É aquilo que eu tô comendo.*

Mesmo tendo consciência dos benefícios destas mudanças de comportamento, os participantes não gostam de comer essas *coisas diferentes* que, para a sua cultura, ainda causam sensação de estranhamento e representam restrições e proibições alimentares impostas pela doença. Ao mesmo tempo, demonstram que os pacientes adquiriram autonomia e independência na escolha dos alimentos *mais saudáveis*, a partir de informações prévias recebidas.

Por outro lado, a conscientização de ser portador de uma doença crônica, que pode ser bem controlada com atitudes no seu cotidiano, é demonstrada a partir da oportunização do momento de reflexão, diálogo e participação, como no trecho abaixo:

*Se o cara não se cuidar ele vai morrer logo e fica cego também.*

*Agora eu tô me cuidando. A minha mulher ta fazendo tudo direitinho pra mim. Tudo no gril.*

Observa-se que esse sentimento de responsabilidade e autocuidado com a alimentação fez parte dos diálogos desenvolvidos pelos participantes, criando-se assim atitudes favoráveis ao convívio com o DM2.

### 6.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO GRUPO NO PROCESSO DE TRABALHO

Através de entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos com os pacientes que fizeram parte do Grupo Educativo, buscou-se conhecer suas opiniões sobre grupos educativos e sua percepção a respeito de ações referentes à educação em saúde para pacientes portadores de DM2.

Procurou-se conhecer o cotidiano dos profissionais que trabalham no ambulatório e que atuam no modelo assistencial hegemônico, como demonstrado pelas falas a seguir:

*Atendimento ambulatorial modelo tradicional diariamente, com grande demanda de pacientes.*

*Há um grande numero de pacientes marcados, o que não proporciona um tempo adequado para orientações educacionais mais aprofundadas, portanto, o atendimento fica mais focado no tratamento medicamentoso.*

*A grande maioria das consultas é por DM, obesidade e doenças da tireóide. Nestas consultas, fazemos anamnese, exame físico, exames complementares, conduta terapêutica que engloba nutricionista, fármacos e estímulo a atividade física.*

Nas falas dos profissionais de saúde fica claro que o cumprimento de uma agenda lotada de pacientes compromete a carga horária por inteiro, fazendo com que esses profissionais realizem a terapêutica de medicamentos e exames. Com isso, não conseguem reconhecer o potencial que seus pacientes têm de poder demonstrar, no momento da consulta, suas necessidades e expectativas, as suas crenças relativas à sua doença e ao tratamento que será prescrito, **bem como** às decisões que serão tomadas a partir das informações recebidas.

Para Soares (2007) o aspecto central neste modelo de atendimento não é a adesão em si, mas o modo como os profissionais de saúde compreendem e participam nas decisões que os pacientes tomam com relação aos seus regimes terapêuticos, isto é, seguir ou não o que foi prescrito.

Nas referências consultadas, as opiniões destacam que a hegemonia da técnica, dos procedimentos, dos protocolos e das rotinas criam barreiras entre o profissional de saúde e o paciente.

Segundo Merhy,

qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (1998, p. 106)

Uma das questões levantadas na entrevista estava relacionada ao desenvolvimento do Grupo Educativo. Todos os entrevistados demonstraram não conhecer o Grupo Educativo e

seu funcionamento, ou declaram somente ter ouvido falar, levando a pesquisadora a refletir sobre a sua prática profissional e a comunicação com seu grupo de trabalho.

Para muitos autores, os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional estão organizados de forma fragmentada, mesmo que o trabalho da equipe multiprofissional possa expressar a possibilidade de integração das disciplinas científicas, pois elas se apóiam e se operacionalizam em tecnologias que se refletem no fazer cotidiano. Para outros, a criação de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrando obstáculos organizacionais à comunicação, poderia resultar em maior integração entre especialidades.

No caso específico da equipe de endocrinologia, os membros do grupo se inter-relacionam de forma complementar, reúnem-se semanalmente, enfim, existe uma relação técnico-científica de alta qualidade. Contudo, existe um hiato administrativo e organizacional, uma barreira física. O consultório de nutrição fica localizado no térreo, enquanto todo o restante da equipe transita no primeiro andar do hospital. Essa barreira física dificulta a comunicação e o deslocamento dos profissionais e dos pacientes. A barreira física chega a ser comentada por autores que fazem uma crítica ao modelo de trabalho em saúde no qual o trabalho coletivo não é feito pelo trabalhador, mas pelo usuário, que peregrina de sala em sala e, até mesmo, de serviço em serviço (PEDUZZI, 2001).

Essa mesma visão de equipe, bem como a complementaridade das relações entre os profissionais, evidencia-se nesta fala:

*Deve haver uma troca contínua, uma interação entre os profissionais com visitas aos consultórios, reuniões informais, reuniões com os pacientes em grupo e também assistência individual no consultório, com troca de idéias entre os profissionais da equipe.*

O trabalho em equipe é considerado o ideal das práticas em saúde e, miticamente, assume o lugar de solução apaziguadora para os conflitos entre as diversas áreas profissionais inseridas nesse contexto.

De acordo com Vasconcelos (2002), a definição de multidisciplinaridade como sendo um conjunto de disciplinas que, simultaneamente, tratam de uma dada questão, sem efetivas relações dos profissionais implicados no processo científico e que funciona como uma justaposição de disciplinas sem nenhuma cooperação entre si se contrapõe a interdisciplinaridade definida como um grupo de disciplinas conexas e uma de nível hierárquico superior que comanda o campo disciplinar e funciona como mediadora e

integradora das outras. Nessa modalidade, o trabalho é conjunto e a aprendizagem é mútua, através de uma recombinação entre as mesmas.

Seguindo no campo das definições, a transdisciplinaridade significa a radicalização da interdisciplinaridade, uma nova criação de um campo teórico mais amplo. É a integração das disciplinas de um campo particular compartilhado por todos que o compõem. Os objetivos são diversificados, mas com uma finalidade em comum, com horizontalização das relações de poder.

Quando questionados sobre a importância e qual a contribuição de grupos no processo de trabalho, os profissionais entrevistados revelam acreditar ser de fundamental importância no processo de trabalho, pois servem de complementaridade ao atendimento individual e para todos eles educação e diabetes devem andar sempre juntas, conforme as falas a seguir:

*DM é educação permanente, grupo multidisciplinar. A orientação dietética é a mola mestra na melhora do paciente diabético, base de uma pirâmide e deve ser sempre ressaltada.*

*Acredito que a formação de um grupo permite que os pacientes possam interagir entre eles e com os profissionais de saúde.*

*O DM é uma doença crônica onde o entendimento e o auto-cuidado é de extrema importância. O paciente precisa estar envolvido e ter maior conhecimento sobre sua doença e práticas de orientação nutricional a ser seguida para o melhor controle metabólico.*

Referindo-se à integração do Grupo Educativo no processo de trabalho dos profissionais no cuidado dos pacientes com DM2 a opinião dos entrevistados é relatada a seguir:

*Acho que seria interessante realizar grupos com a presença de representantes de todas as áreas do Serviço de Endocrinologia com abordagem de temas das diferentes áreas: dieta, pé diabético, monitorização glicêmica, ansiedade, depressão, atividade física.*

*Buscar o envolvimento de todos do serviço de alguma forma.*

*Convidar familiares dos pacientes para participarem desse processo educativo, uma vez que a mudança de estilo de vida do paciente tem repercussão no ambiente familiar.*

Nesta direção percebemos a necessidade de fortalecer as relações entre pacientes e profissionais e entre pacientes e seus familiares, reconhecendo a diversidade das relações, do contexto cultural, da vulnerabilidade do doente e seu papel como sujeito do processo terapêutico.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A estruturação deste estudo foi impulsionada pela curiosidade. Buscava-se compreender o porquê de pacientes não aderirem aos tratamentos dietéticos sugeridos pelos profissionais de saúde. Criou-se, então, a possibilidade de verificar se um Grupo Educativo poderia melhorar esse cenário.

Conforme vimos ao longo do trabalho, muitos estudos têm evidenciado que a chave para melhorar os níveis de adesão passa pelo desenvolvimento de interações médico-paciente mais abertas e cooperativas. Retomando, para Klein e Gonçalves (2005), os profissionais de saúde devem deixar de subestimar as capacidades de seus pacientes e passar a orientá-los de forma mais contextualizada, aproveitando seus conhecimentos e procurando compreender sua realidade.

Neste trabalho, procurou-se compreender os sentidos e os significados da educação em saúde para pacientes e profissionais, numa tentativa de trazer melhorias para os índices de adesão dos pacientes às terapêuticas recomendadas e para o desempenho dos profissionais de saúde. Através da formação de um Grupo Focal para avaliação do Grupo Educativo, foi possível perceber que pacientes e profissionais de saúde sentem a necessidade de que práticas educativas sejam incentivadas e viabilizadas pelos sistemas de saúde.

Foi constatado que os pacientes possuíam conhecimento prévio de cuidados com sua saúde e alimentação, demonstrando que o saber popular deve ser valorizado no processo educativo, para estímulo de tomadas de decisão e mudanças comportamentais. Ao escolher o tema de um Grupo Educativo, portanto, é necessário saber o que os pacientes conhecem e desconhecem. A partir disso, deve-se valorizar os conhecimentos prévios e desenvolver aptidões o que, nesta experiência, ainda não pôde ser suficientemente desenvolvido.

É importante salientar que essas práticas coletivas precisam ser significativas para um dado grupo e contexto. Chama a atenção que os participantes do grupo demonstraram a necessidade de falar, de ser ouvidos, de contar o seu cotidiano, de compartilhar seu saber com os outros, de ter um espaço dialógico e heterogêneo.

Ficou evidente ao longo da reunião do Grupo Focal que os membros do Grupo Educativo construíram um forte vínculo de confiança e de amizade, possibilitando a discussão em torno de aspectos fundamentais na condição de saúde dos indivíduos. A fala dos sujeitos mostra que houve a valorização dos aspectos da vida dos participantes, não de forma isolada,

mas de forma coletiva. Foi através do Grupo Educativo que os pacientes puderam construir respostas e não definições de comportamentos aceitáveis para a sua saúde.

O estabelecimento do acolhimento e a criação da possibilidade de ouvir o outro proporcionaram momentos de sensibilidade e colaboraram para um aprendizado não somente lógico como também afetivo dos sujeitos envolvidos. Ficou claro que o Grupo Educativo tornou-se um grupo de discussão das condições dos sujeitos que possuíam um objetivo em comum.

Evidenciou-se também, na análise das falas dos sujeitos, que é preciso corrigir muitos aspectos do atendimento, tanto o individual quanto o grupal. É necessário buscar a desconstrução de idéias pré-estabelecidas, aprimorar materiais e métodos a serem utilizados e agregar profissionais de outras áreas além da Nutrição. Para isso, um grande esforço precisa ser feito por parte dos organizadores de grupos educativos, a começar pela divulgação do grupo dentro do ambulatório. Se possível, deve-se buscar a diminuição de barreiras físicas, que tanto atrapalham o andamento dos atendimentos, a comunicação da equipe e que acabam por sobrecarregar o paciente, que faz um serviço que deveria ser de responsabilidade do serviço de saúde: a integração entre as diferentes especialidades médicas.

Por fim, o conhecimento produzido e a reflexão proposta neste estudo proporcionaram o aprofundamento do aprendizado da pesquisadora, que dará continuidade a esse projeto no cotidiano institucional no qual está inserida. Compreendendo que a educação em saúde é um caminho da busca para a articulação entre as dimensões sociais, culturais e econômicas de profissionais da saúde e de seus pacientes, a avaliação do Grupo Educativo mostrou que ele é uma alternativa relevante para o tratamento do DM2, haja vista os depoimentos dados pelo Grupo Focal. O tratamento do DM2 exige a tomada de decisão e a mudança comportamental dos pacientes para o controle da doença, e uma aproximação dos conhecimentos técnico-científicos dos conhecimentos prévios dos pacientes através das reuniões mostrou-se importante para os portadores da doença. Neste ambiente criado para troca e diálogo, foi possível verificar o quão importante é tratar dos pacientes considerando seus contextos. Pode-se dizer, portanto, que é necessário que haja o estabelecimento de políticas públicas que contemplem processos educativos em saúde baseados em práticas pedagógicas voltadas às necessidades das comunidades nas quais elas estão inseridas, especialmente aquelas que oferecem um atendimento coletivo para doenças que requerem mudança comportamental dos pacientes, esperando-se que futuramente possamos ver ações educativas sendo criadas com o objetivo de cumprir metas institucionais e políticas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES V S; NUNES M O **Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família\*** Interface (Botucatu) vol.10 no.19 Botucatu Jan./June 2006
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) **Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes: A position statement of the American Diabetes Association.** Diabetes Care 31 (suppl1): s61-78s, January, 2008. Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/31/Supplement\\_1/S61](http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/31/Supplement_1/S61)>. Acesso em 19 de ago. de 2008.
- ASSIS, M.A.A. e NAHAS, M.V. **Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar.** Rer. Nutr., Campinas, 12(1):33-41, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2008.
- BOOG, M.C.F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(supl.2):139-147, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15s2/1295.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2008.
- CAPRARA, A; FRANCO, A L S **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica.** Cad Saúde pública. Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set 1999.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. pp. 259-278.
- CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. pp. 161-180.
- CECCIM, R. B; Ferla, A. A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. pp. 253-266.
- COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções.** *Mental.* [online]. jun. 2007, vol.5, no.8 [citado 14 Maio 2010], p.107-124. Disponível em: World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1679-4427.
- CRESWELL, J. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 21-42.
- FRANZ, M.J.; BANTLE, J.P.; BEEBE, C.A. et al. **Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment of diabetes and related complications.** Diabetes Care, 25(1): 148-98, 2002.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 43ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

- FURTADO, J. P. **Um método construtivista para avaliação em saúde**. Cienc. Saúde coletiva; v6 n.1. Rio de Janeiro: Abril Cultura, 2001.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2. ed Rio de Janeiro: Record, 1998.
- GUERRIEIRO, I. C. et ali. **Ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2008.
- ISHIMOTO, E.Y.; NACIF, M.A.L. **Propaganda e marketing na informação nutricional**. Brasil alimentos, número 11, novembro/dezembro de 2001. Disponível em: <<http://www.signuseditora.com.br/BA/pdf/11/11%20-%20Propaganda.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2008
- KING, H.; AUBERT, RE.; HERMAN, WH. **Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections**. Diabetes Care. 1998;21:1414-31.
- KLEIN, J M ; GONÇALVES, A G A. **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários**. PsicoUSF, Dez 2005, vol.10, no.2, p.113-120. ISSN 1413-8271.
- LEVY et al. **Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>> Acesso em 12 jul. 2009.
- LIMA, M. S. **Análise da situação de saúde no território de saúde Parque dos Maias, Serviço de Saúde Comunitária/GHC**. Porto Alegre: Relatório de Pesquisa, 2007.
- MALERBI, D. A. e FRANCO, L. J. **Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr**. Diabetes Care, 15(11):1509-16, 1992.
- MANDÚ, E N T **Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.
- MARQUES, M. O. **Escrever é preciso: o princípio da pesquisa**. 3ª ed. Ijuí: UNIJUI, 2000.
- MERCHÁN-HAMANN, E. **Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral**. Cad. Saúde Pública, vol.15 suppl.2, p.S85-S92, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15s2/1290.pdf>>.
- MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998.
- MEYER, Dagmar E. Estermann et al . "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, June 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 de janeiro de 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600022.
- MINAYO, M. C. **Avaliação por triangulação de métodos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004.
- MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus**. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília –DF, 2002. Disponível: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2008.
- PANAROTTO, D. et al. **Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de saúde**. Arq Brás Endocrinol Metab, 53/6, 2009.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, Feb. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de março de 2010. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCOIURJ, IMS, 2001.
- RAUPP, B. **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.
- SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 21, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 de abril de 2010. doi: 10.1590/S1414-32832007000100007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/SBD.pdf>>. Acesso em: 16 de setembro de 2008.
- STRATTON, I.; ADLER, A.; NEIL, H.; MATTHEWS, D.; MANLEY, S.; CULL, C.; et al. **Association of licaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): Prospective observational study** BMJ. 2000;321(7258):405-12.
- TORRES, H. C. **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes**. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(2):291-8.
- TUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J.G et al. **Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance**. *N Engl J Med*, vol. 344:1343-1350, n°18, 2001. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/344/18/1343>>. Acesso em: 15 de maio de 2008.
- TURNER, R.C.; CULL, C.A.; FRIGHI, V. et al. **Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49)**. *JAMA* vol 281, n°21, 1999. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/281/21/2005>>. Acesso em 12 de junho de 2008.
- VASCONCELOS, E M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- VASCONCELOS, E.M. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira**. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ZIMERMANN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424p.

## **APÊNDICE A – PROJETO DO GRUPO EDUCATIVO**

### **INTRODUÇÃO**

Campanhas contra doenças específicas, fundamentadas na utilização de meios de comunicação de massa, produção de material escrito e audiovisual, não são suficientes e efetivas para mudar o comportamento dos sujeitos e alterar suas práticas em saúde, mobilizam quantidades substanciais de recursos públicos e se sabe que não se muda comportamento, mas se provoca uma reação a um estímulo temporário.

A OPAS/OMS reconhece que a educação em saúde e a participação comunitária, como uma de suas formas de intervenção, precisa se transformar em rotina para os serviços de atendimento de saúde.

Acreditando ser possível compartilhar momentos de aprendizagem com os pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2, que utilizam o Ambulatório de Nutrição do Hospital Nossa Senhora da Conceição, idealizei uma série de encontros, nos quais com uma perspectiva dialógica, participativa, problematizadora e emancipatória, propus uma ação educativa, tendo como referencial teórico Paulo Freire. Nessa metodologia a bagagem cultural de cada sujeito, os conhecimentos pré-existentes e o que os pacientes desejavam saber foram levados em consideração, criando um espaço de valorização e reconhecimento da diversidade.

### **OBJETIVO GERAL**

Promover a autonomia dos pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 nos cuidados com sua alimentação, ajudando-os a se tornarem agentes ativos de suas escolhas e a serem capazes de decidir sobre o seu cotidiano.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conhecer o cotidiano dos pacientes para entender a sua realidade.
2. Compartilhar conhecimentos através do diálogo e discussão sobre sua doença, seu cotidiano e seus hábitos alimentares.

3. Estabelecer vínculos de confiança entre os participantes e coordenação, levando ao comprometimento com o grupo.

4. Discutir riscos e vulnerabilidades dos pacientes.

5. Contribuir para a mudança dos hábitos alimentares.

## **METODOLOGIA**

A intervenção educativa será desenvolvida no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC em Porto Alegre, RS, no período de março a setembro de 2009.

Os participantes serão convidados pela Nutricionista, que coordenará o processo educativo. O convite será feito de maneira informal na consulta individual, sendo neste momento colocadas de forma geral, como se desenvolverão os encontros e o objetivo da ação educativa.

A escolha dos pacientes se dará de forma intencional, com os seguintes critérios de inclusão:

1. Pacientes com DM tipo 2 com seguimento ambulatorial há mais de seis meses no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, RS.

2. Pacientes com idade entre 18 e 65 anos.

3. Pacientes com prescrição de pelo menos um hipoglicemiante.

4. Pacientes que demonstrem interesse em participar dos encontros e com disponibilidade de tempo.

Durante 6 encontros, com duração aproximada de 1 hora, os participantes irão se reunir com a coordenadora do grupo e interagir para a construção em conjunto, partindo das necessidades sentidas pelo grupo, das temáticas a serem desenvolvidas a cada encontro.

Os participantes deste método educativo-problematizador construirão o conhecimento a partir do cotidiano vivenciado por cada um. O papel do pesquisador será o de facilitador do processo. Como líder do grupo, encorajar os participantes a manifestarem suas opiniões, promover a interação dos participantes, problematizarem o tema levando à reflexão, oferecer

subsídios técnicos com uma linguagem adequada, estabelecendo relações sobre os temas levantados. É função deste facilitador conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos, conhecer as técnicas do método educativo e utilizá-las com coerência segundo a proposta pedagógica, posicionando-se com linguagem simples e clara.

Serão utilizadas técnicas educativas de acordo com a proposta pedagógica que busca a reflexão, a ressignificação do cotidiano e a construção de novas práticas e conhecimentos de acordo com os objetivos das reuniões. As técnicas que serão utilizadas são:

APRESENTAÇÃO	Cada participante se apresentará contando um pouco da sua história de vida e da sua doença aos demais participantes do grupo.
CHUVA DE IDÉIAS	Todos os participantes manifestam-se expondo suas idéias sobre temas a serem trabalhados pelo grupo durante os encontros, atendendo aos objetivos da pesquisa.
VERDADEIRO, FALSO, NÃO SABE	Cada participante assinala em um formulário preparado pelo coordenador, a coluna correspondente a resposta a questão formulada.
EXIBIÇÃO DE MATERIAL EM PPT COM INFORMAÇÕES SOBRE DIABETE MELLITUS	Após projeção discussão sobre o tema.
TRAZER DE CASA RÓTULOS DE ALIMENTOS	1. Análise dos rótulos. 2. Projeção de material informativo sobre rotulagem. 3. Discussão.
ELABORAR CARDÁPIOS	1. Para portadores de diabetes Mellitus, com todas as refeições de um dia. 2. Discussão. 3. Com as refeições e alimentos que mais gostam de comer. 4. Discussão.
TRAZER DE CASA ADOÇANTES QUE USAM	Discussão sobre adoçantes, projeção sobre adoçantes e novas discussões.
PALAVRAS-CHAVE	Lançar quatro a cinco palavras chave, discutindo seus significados.
RETOMADA DE DISCUSSÕES	Alimentação saudável, rotulagem, adoçantes.

O registro da atividade educativa será realizado através de formulário e gravações das falas.

O local escolhido para as reuniões será a sala do ambulatório onde se realizam as consultas individuais, por ser ampla, arejada, com boa iluminação, de fácil localização e familiar aos sujeitos da pesquisa.

## **APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196/96 normatizadora de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa.

Porto Alegre, 09 de novembro de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE**

Sou nutricionista, funcionária do Hospital Nossa Senhora da Conceição e participo do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Gostaria de realizar meu trabalho de conclusão, intitulado *Educação em saúde com pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição*, estudando o processo educativo realizado com o grupo que contou com a sua participação. Esta pesquisa tem por objetivo refletir sobre os significados e os resultados da experiência deste grupo que teve foco na busca de conhecimento e mudança nos hábitos alimentares de pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2, no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição, cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Sua participação nessa pesquisa se dará em 1 encontro, com duração de 2 horas, em local, dia e horário previamente combinados. Nesse encontro serão discutidas questões relacionadas ao processo e aos resultados do grupo educativo que desenvolvemos durante o ano de 2009.

Esse encontro será gravado em áudio. Além disso, todas as falas serão anotadas por escrito para posteriormente analisar e interpretar as informações e produzir um relatório da pesquisa. Ressalto que sua identidade pessoal não será divulgada e que os dados coletados serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da pesquisa e produzir conhecimento relevante para o aprimoramento dos processos de trabalho no atendimento de pacientes portadores de diabetes Mellitus nesse serviço. Todas as informações coletadas permanecerão em poder dos pesquisadores e serão guardados pelo período de até cinco anos, sendo depois destruídos. Como pesquisadora, comprometo-me a comunicar e discutir com os participantes os resultados da pesquisa. Sua participação é voluntária, ou seja, se você não tiver interesse, não precisa participar e, mesmo no caso de aceitar, terá o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isso o prejudique de qualquer forma. Em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_.

Pesquisadora: Nutricionista Sandra Maria Schroeder Evers

E-mail: sandra.evers@gmail.com

Telefone: (51) 9255-6486

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_.

Responsável pelo Comitê de Ética: Vitto Giancristoforo dos Santos

Telefone: (51) 3357-2407

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE  
SAÚDE**

Sou nutricionista, funcionária do Hospital Nossa Senhora da Conceição e participo do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Gostaria de realizar meu trabalho de conclusão, intitulado *Educação em saúde com pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição*, estudando o processo educativo que foi desenvolvido com o grupo de pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 neste hospital durante o ano de 2009.

Esta pesquisa tem por objetivo refletir sobre os significados e os resultados da experiência deste grupo que teve foco na busca de conhecimento e mudança nos hábitos alimentares.

Sua participação nessa pesquisa se dará através de uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos em que pretendo conhecer a sua opinião sobre o processo educativo que estou estudando. Essa entrevista será gravada em áudio. Além disso, todas as falas serão anotadas por escrito para posteriormente analisar e interpretar as informações e produzir um relatório da pesquisa. Ressalto que sua identidade pessoal não será divulgada e que os dados coletados serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da pesquisa e produzir conhecimento relevante para o aprimoramento dos processos de trabalho no atendimento de pacientes portadores de diabetes Mellitus nesse serviço. Todas as informações coletadas permanecerão em poder dos pesquisadores e serão guardados pelo período de até cinco anos, sendo depois destruídos. Como pesquisadora, comprometo-me a comunicar e discutir com os participantes os resultados da pesquisa. Sua participação é voluntária, ou seja, se você não tiver interesse, não precisa participar e, mesmo no caso de aceitar, terá o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isso o prejudique de qualquer forma. Em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_.

Pesquisadora: Nutricionista Sandra Maria Schroeder Evers

E-mail: sandra.evers@gmail.com

Telefone: (51) 9255-6486

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_.

Responsável pelo Comitê de Ética: Vitto Giancristoforo dos Santos

Telefone: (51) 3357-2407

## APÊNDICE E – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

Data:	
Local:	
Coordenador:	
Relator:	
Tempo total:	

### **Dinâmica:**

- a) Apresentação do Termo de consentimento – tempo: 5 minutos.
- b) Em um slide ou cartaz mostrar aos participantes o objetivo geral da pesquisa – tempo: 5 minutos.

### **Primeiro bloco – Avaliação de Processo (tempo total: 40 minutos)**

**Etapa 1:** Por escrito, os participantes terão 10 minutos para ler, pensar e anotar algo, se desejado, sobre as questões:

1. O que vocês acharam do material utilizado no grupo e da maneira como foi usado no grupo durante os nossos encontros?
2. Vocês conseguiram compreender a forma como a coordenadora do grupo se expressava ao colocar os conteúdos ao grupo? (se negativo, por quê)?
3. Como vocês sentiram o relacionamento no grupo (dos participantes entre si e destes com a coordenadora)?
  1. Como avaliam desempenho da coordenadora do grupo?

### **Segundo bloco – Avaliação de resultados (tempo total: 30 minutos)**

**Etapa 2:** Oralmente, os participantes discutirão as questões acima durante os 30 minutos restantes.

Os participantes responderão oralmente às perguntas abaixo, que serão feitas pela coordenadora do grupo.

1. O que significou para você ter participado desse grupo?
2. O grupo influenciou sua visão sobre sua doença e os modos de controlá-la? (Se sim, em quais aspectos)?
3. O grupo influenciou de alguma mudança o seu dia-a-dia? Em que aspectos?
4. Diálogo para interação entre os participantes – tempo: 20 minutos.
5. Fechamento pela coordenação e participantes identificando consensos – tempo: 5-10 minutos (destacar consensos e diferenças).

## **APÊNDICE F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **Apresentação**

Estou realizando meu trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Este trabalho se constitui em um estudo sobre um processo educativo que realizei com um grupo de pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 atendidos pela equipe de endocrinologia deste hospital. Esta pesquisa tem por objetivo refletir sobre o processo e os resultados desta experiência com o grupo educativo desenvolvido em 2009 que teve como objetivo a construção de conhecimento sobre a doença e seu controle e a mudança de hábitos alimentares de pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2.

Sua participação nessa pesquisa se dará nessa entrevista, com tempo máximo de 60 minutos, onde pretendo conhecer a sua opinião sobre o assunto que estou estudando.

1. Como é o seu trabalho cotidiano aqui no ambulatório?
2. Você já conhecia o grupo que estou desenvolvendo? Sabe como funciona?
3. Na sua opinião esse grupo pode contribuir no processo de trabalho com pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 do Ambulatório de Endocrinologia deste hospital? (se afirmativo): de que maneira? (se negativo): por quê?
4. Como pensa que esse grupo poderia ser melhor integrado ao processo de trabalho dos profissionais no cuidado desses pacientes?