

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE
MODALIDADE À DISTÂNCIA**

Adriana Regio Martins

AS RODAS DE CONVERSA NO HIPERDIA

SÃO SEPÉ

2012

Adriana Regio Martins

AS RODAS DE CONVERSA NO HIPERDIA

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização
em Gestão da Saúde – modalidade à
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.**

**Orientador: Prof. Fabio Bittencourt
Meira**

SÃO SEPÉ

2012

Adriana Regio Martins

AS RODAS DE CONVERSA NO HIPERDIA

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização
em Gestão da Saúde – modalidade à
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.**

Conceito final:

Aprovado em..... de de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Aragon Erico Dasso Junior - UFRGS

Rosária LANZIOTTI Moraes - UFRGS

Orientador - Prof. Fabio Bittencourt Meira - UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas, atores principais em suas vivências singulares. Em especial à Luciane Regio Martins, irmã, colega de profissão, membro fundador e idealizador dos grupos de saúde HIPERDIA, objeto de estudo deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida que tenho, aos meus familiares pela compreensão nos momentos de afastamento para dedicação aos estudos e as pessoas que contribuem para a existência dos grupos de saúde HIPERDIA, especialmente os usuários, seus olhares, suas falas, escutas e afetos.

EPÍGRAFE

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já tem a forma de nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Este trabalho é um relato de experiência, baseado em encontros dos grupos de saúde do Programa HIPERDIA realizados em um serviço de atenção primária em saúde, em um município do interior do Rio Grande do Sul. O propósito deste estudo está centrado na reflexão sobre o cuidado em saúde em grupos, enfatizando esses encontros como um dispositivo para construção de conhecimento e da saúde como qualidade de vida. O processo de vivência desses/nesses grupos tornou possível a real observação das ações de atenção e gestão do cuidado produzido pelos trabalhadores da saúde neste serviço de atenção primária, revelando fragmentação e o modelo biomédico vigente. Como desafio para a mudança nos processos de trabalho, as rodas de conversa dos grupos de saúde do Programa HIPERDIA apresentam o potencial das vivências e das trocas que afetam o coletivo à incorporação de novas tecnologias de cogestão do cuidado em saúde, resgatando o valor do saber popular, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos no SUS, possibilitando a construção de redes de atenção à saúde na perspectiva do conceito ampliado de saúde. O levantamento dos dados para a realização deste estudo contou com a observação da autora-pesquisadora, entrevistas com os usuários que frequentam os grupos, pesquisa documental junto ao programa HIPERDIA, além de matérias postadas sobre esses grupos no site da Rede HumanizaSUS. O arcabouço teórico parte da Educação Popular em Saúde; os movimentos precursores e construtores do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização; e, as tecnologias leves que possibilitam vínculos como parte imaterial da produção de saúde, o Trabalho Vivo em Ato (MERHY, 2002).

Palavras-chave: grupos de saúde, atenção primária, Educação Popular Saúde, Humanização, vínculo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIR – Comissão Intergestora Regional

COAP – Contratos Organizativos de Ação Pública

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DN – Data de Nascimento

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA – Sistema Informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNH – Política Nacional de Humanização

RHS – Rede HumanizaSUS

SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 CONSOLIDANDO ESPAÇOS.....	12
2.1 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (EPS)	12
2.2 A REFORMA SANITÁRIA.....	14
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	19
3 CENÁRIO DOS GRUPOS HIPERDIA	26
7 ENTRANDO NA RODA.....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A- ROTEIRO PARA ENTREVISTA	51
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	52

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato de experiência sobre a trajetória dos grupos de saúde do HIPERDIA, espaços abertos para atender as pessoas portadoras de Hipertensão e Diabetes, cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA), de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município do interior do Rio Grande do Sul. A referida unidade foi escolhida devido a sua área de abrangência central, que não possui Estratégia de Saúde da Família (ESF) e apresenta 680 usuários cadastrados no SISHIPERDIA, recebendo atendimentos clínicos e ambulatoriais, além de atividades em grupo uma vez por semana (desde o ano de 2006).

Enquanto trabalhadora da saúde, exercendo a profissão de enfermeira neste município (desde 1994), estou ligada a implementação das políticas públicas e aos grupos de saúde da rede de atenção primária, participando ativamente da construção do sistema de saúde local e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O intuito em realizar esta pesquisa, surgiu como uma oportunidade de trazer à tona a realidade vivida, revelando as rotinas e a aposta de produção de mudanças nos coletivos (grupos do HIPERDIA).

Hoje, a atenção básica, também denominada como atenção primária à saúde, está reconhecida como a porta principal de entrada dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde, considerando a acessibilidade, o vínculo, a integralidade a humanização e a participação social, entre outros, como princípios orientadores dessa complexa construção.

Os grupos do HIPERDIA foram estruturados com a finalidade de organizar e reconhecer a clientela, propondo ações de monitoramento do tratamento, prevenção das complicações e educação em saúde. Porém, já nas primeiras reuniões, a coordenação do programa HIPERDIA demonstrava interesse em tornar este espaço um momento de encontro, voltado para a formação de vínculos, estimulando o autocuidado e a produção de saberes através do olhar crítico e singular dos sujeitos. Este seria o grande desafio, superar as limitações impostas pela doença e o tratamento, criando alternativas para que as pessoas ampliassem a sua concepção de saúde, melhorando a qualidade de vida.

Com o tempo foi-se descobrindo que algumas mudanças só podem ser produzidas se a atenção e a produção do cuidado forem afetadas. Para isso, a gestão dos processos de trabalho teria que partir de movimentos onde a corresponsabilidade estivesse presente, favorecendo as adequações do sistema em redes de saúde para sua resolutividade. Assim, considerando as rotinas e as demandas crescentes da UBS, bem como a relação vertical e a

fragmentação das práticas de atenção à saúde realizadas pelos profissionais em geral, estes grupos estariam atingindo seu propósito?

Seriam espaços comprometidos com práticas voltadas para a produção da saúde e do cuidado, construção de redes, fatores indispensáveis para a qualidade de vida?

O objetivo deste estudo é identificar se os grupos de saúde no HIPERDIA, realizados na UBS referida, estão se desenvolvendo como um dispositivo desencadeador das práticas em saúde, voltadas para o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, baseados na corresponsabilidade e na produção de saberes, contribuindo para mudanças na qualidade de vida.

Para esse fim, a pesquisa inicia com reflexões sobre a Educação Popular em Saúde (EPS), os movimentos da reforma sanitária que deram início ao Sistema Único de Saúde (SUS), partindo dos anos 70 como data de base para a tomada dos dados. Após, apresenta o SUS, seus princípios e diretrizes, com referências importantes de sua legislação configurando o contexto político de sua construção conjunta pela sociedade, em um desafio permanente para a sua consolidação. Em sequência, passa a abordar assuntos sobre os programas, os projetos e as políticas de acompanhamento das pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus e como iniciaram os grupos de saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) referida. Nesse momento, traz análises e referências quanto a fragmentação do cuidado e a medicalização das doenças como resultado do processo hegemônico e biomédico vigente nas práticas dos profissionais e o desafio que este fato representa para a construção de espaços de participação popular. Na continuidade, passa a revelar dados sobre os processos de construção das práticas de saúde e do autocuidado desenvolvidos nas rodas de conversa nos grupos do HIPERDIA, apresentando dispositivos utilizados por este espaço de encontro, revelando movimentos de conexão entre os participantes e como a formação da roda afeta a saúde e a qualidade vida das pessoas.

O embasamento teórico contou com autores, leis, decreto, políticas e programas que identificam SUS e o tema proposto. Destes, cabe aqui destacar a EPS, o SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) que apresentam contribuições fundamentais para construção deste estudo, assim como Merhy (2002) que descreve “as tecnologias leves que possibilitam vínculos como parte imaterial da produção de saúde, o Trabalho Vivo em Ato”.

Para acompanhar a trajetória dos grupos de saúde e proceder com o levantamento dos dados, foi realizada uma pesquisa documental junto ao programa HIPERDIA, utilizando material fotográfico, atas, anotações e registros de dados arquivados na UBS, além das

observações da autora-pesquisadora e de matérias que foram postadas na Rede HumanizaSUS (RHS)¹.

Visando colaborar no enriquecimento e na compreensão dos assuntos tratados foram entrevistados alguns dos integrantes dos grupos, durante o mês de fevereiro de 2012. Esta entrevista contém duas perguntas norteadoras, cujas respostas aparecem no corpo do texto, em itálico e entre aspas, transcritas na íntegra, com a identificação feita pelo número de cada entrevista, as iniciais do nome e a data de nascimento (DN) de cada pessoa. Todos os usuários que colaboraram com a entrevista foram devidamente orientados sobre a importância de suas informações, bem como o respeito e o sigilo ético profissional que envolveu a tomada e o uso de seus depoimentos.

Por ser um espaço que envolve pessoas, o objeto deste estudo apresenta-se como uma aposta radical nas relações que potencializam a vida, estando sujeito a mudanças e reestruturações, fazendo parte da consolidação do sistema de saúde local.

Sendo assim, a relevância desta pesquisa está na análise e na divulgação dos dados coletados, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos grupos acompanhados, disparar discussões sobre os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais em grupos de saúde e nas rotinas das UBS, e ativar a participação dos usuários como corresponsáveis na produção de sua saúde e cuidado.

¹ A RHS é uma rede colaborativa virtual de “pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS”.

2 CONSOLIDANDO ESPAÇOS

Este capítulo traz uma breve apresentação sobre a construção coletiva da saúde pública no Brasil, fazendo uma leitura sobre acontecimentos marcantes que, a partir da década de 70, escreveram a história para a formação política do nosso atual sistema de saúde.

Para o resgate deste processo, enfatiza a EPS e a sua importância para a formação dos grandes mestres, pessoas que difundiram novas formas de pensar, educar e construir saúde. Logo após, destaca a formação dos movimentos sociais, nascidos no meio acadêmico em resposta a crise política e institucional da saúde, abordando o movimento da Reforma Sanitária que originou a formação e a organização do SUS, apresentando referências quanto as Conferências de Saúde e a Constituição Federal. Dando continuidade, como resultado dessa caminhada as leis de criação do SUS e do Controle Social, o pacto pela saúde, entre outros serão citados como parte estruturante da permanente construção do SUS.

2.1 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (EPS)

A Educação Popular foi construída a partir de um movimento que envolveu muitos intelectuais, desde a década de 50. Eles buscavam uma metodologia que superasse a forma autoritária como as elites abordavam a população e descobriram que os sujeitos tinham um saber próprio, mesmo em situações difíceis e conflituosas como a que estavam vivendo. Esses intelectuais foram descobrindo que, quando colocavam o saber e o trabalho a serviço dessas iniciativas populares, os resultados eram surpreendentes.

No Brasil, a educação popular em saúde teve seu início nos anos 70, quando profissionais da saúde participaram de experiências de educação com bases freirianas, sinalizando a ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde. De acordo com Vasconcelos:

Até o início da década de 1970 a assistência à saúde no Brasil quase que se resumia à medicina curativa praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes Ambulatórios da Previdência Social. A medicina preventiva e a educação em saúde eram atividades feitas por órgãos ou pessoas isoladas sem

maiores recursos. A partir dessa época, muitas mudanças passaram a ocorrer nos órgãos de saúde Brasileiros (VASCONCELOS, 1997, p. 17)

Segundo registros deste momento histórico, havia uma insatisfação crescente na população que não compactuava com os rumos políticos que o regime militar vinha impondo. A expansão da economia, em detrimento dos gastos com as políticas sociais, somadas as práticas de saúde voltadas para os serviços médicos privados e hospitalares, aumentava a exclusão da população e fortalecia a sua mobilização.

Neste momento, segundo Brasil (2007), o “método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire”, abria espaços para que as pessoas lutassem por seus direitos, buscando mudanças de vida, construindo novos diálogos entre o saber popular e o saber acadêmico.

Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram nesse processo. Nos subterrâneos da vida política e institucional foi-se tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Essas experiências possibilitaram (e ainda possibilitam) que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares (BRASIL, 2007, p.19)

Para Vasconcelos (2007, p.20), “Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. O seu livro *Pedagogia do Oprimido* (1966), difundiu a Educação Popular por todo mundo, sendo por isso chamada de pedagogia freiriana”.

Já nesta época, Freire chamava a atenção para a opressão nos movimentos educacionais, muitas vezes camuflada por atos de boa intenção, carregando uma negação estratégica do poder decisório, reflexivo e criativo do outro para a sua realidade.

A pedagogia do oprimido, que busca a restauração da intersubjetividade, se apresenta como pedagogia do Homem. Somente ela, que se anima de generosidade autêntica, humanista e não “humanitarista”, pode alcançar este objetivo. Pelo contrário, a pedagogia que, partindo dos interesses egoístas dos opressores, egoísmo camuflado de falsa generosidade, faz dos oprimidos objetos de seu humanitarismo, mantém e encarna a própria opressão. É instrumento de desumanização (FREIRE, 1987, p. 22).

Em outro trecho de sua obra, Freire (1987, p.6) cita “o “círculo de cultura”, o necessário encontro e reencontro de todos no mesmo mundo comum. A rigor não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciências”; não há um professor, há um coordenador [...]”.

A responsabilidade do educador frente a construção do conhecimento seria, portanto, dar passagem ao diálogo, estabelecendo o contato, reconhecendo cada um como peça principal no processo educativo, com reciprocidade e liberdade de escolha. Em Brasil (2007), registram-se referências sobre o resultado que esses movimentos iniciais da Educação Popular provocaram nas relações sociais:

Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor Saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (BRASIL, 2007, p. 19)

Desde o início, os movimentos originados por estas conquistas propiciaram a abertura de espaços participativos, promovendo à cidadania, a corresponsabilidade, a troca de saberes, desenvolvendo práticas a favor da vida. Essas vivências fomentaram a busca por mudanças frente a necessidade do desenvolvimento de ações, da atenção e gestão do sistema de saúde, tornando-se parte da política pública universal de maior inclusão social já implementada no país.

2.2 A REFORMA SANITÁRIA

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico, no início da década de 70, como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época.

Este movimento buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país, visando modificar o cenário de exclusão que grande parte da população sofria com a assistência médica prestada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). O INPS foi criado em 1966, fruto de uma fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que existiam até então, mantendo um atendimento precário e excludente. Expressando sua opinião sobre o assunto, Baptista (2007) refere:

A política de saúde estava subordinada à organização do INPS, que manteve a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos Iaps e oferecia serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o INPS - as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema. Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. (BAPTISTA, em MATTA, 2007, p.41)

A demanda crescente, gerada pelo restante das pessoas que ficavam a margem desse sistema, tornava urgente a reavaliação de sua estrutura. Em meio a esta crise, o governo militar criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1974. Embora possuindo instalações próprias, o INAMPS mantinha maior parte do atendimento realizado pela iniciativa privada, por convênios que estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social (BAPTISTA em MATTA, 2007, p.42)

Em um cenário de crise política, finalizado a era do “milagre econômico”, o governo militar começa a definir novas estratégias para mudanças, entre elas, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo. De acordo com este período, Barbosa e Carvalho (2010) comentam:

O aumento da demanda por serviços de saúde ocorreu no bojo de um processo político de busca de legitimação do regime militar que, principalmente a partir de 1974 com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, implementou um esforço de incorporação da dimensão social em seu projeto de desenvolvimento econômico (BARBOSA e CARVALHO, 2010, p.19)

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), vinculando-se a ele o INAMPS. Quanto a isso, Barbosa e Carvalho destacam:

Por sua vez, o Inamps, como braço direito da saúde do Sinpas, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários (aposentadorias, pensões e outros benefícios), por sua natureza contratual, tinham primazia na alocação dos recursos do sistema. (BARBOSA e CARVALHO, 2010, p.21)

As mudanças políticas e econômicas que ocorreram neste período levavam ao esgotamento desse modelo sanitário tornando-se iminente a necessidade de redefinir os papéis na condução da saúde pública.

Segundo Brasil (2011, v.13, p.14) “Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde”.

Colaborando com esta afirmação, Baptista (em Matta, 2007, p. 42) comenta que: esse “[...] processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então, sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas”.

Assim, seguindo com esta abertura no plano político, no final dos anos 70, começava a ser estruturada no espaço da ação governamental a atenção primária em saúde, que surgia como destaque na agenda das políticas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi uma das principais incentivadoras dessa proposta, trazendo este tema para a I Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde, declaração de Alma-Ata², definida em Brasil (2011):

[...] foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial. (BRASIL, 2011, v.1, p.18)

A década de 80 foi marcada pelo fortalecimento dos movimentos sociais representados pelos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares que organizados, mobilizavam forças para o movimento sanitarista brasileiro. Este foi o grande diferencial da luta pela saúde pública no Brasil, a mobilização e a participação da sociedade civil na reforma sanitária, em busca de mudanças políticas e sociais para a construção da saúde pública.

O movimento das “Diretas Já” em 1985 e a eleição do novo presidente da república, marcavam o fim do regime militar. Neste período, os reformistas lutavam pela unificação dos serviços realizados pelo INAMPS e o Ministério da Saúde, partindo para um novo modelo assistencial, que garantisse o direito à saúde universalizada e com integralidade nas ações. Para Baptista (2007) “A partir desse momento, ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde”. (BAPTISTA, em MATTA, 2007, p.44).

Ainda em Baptista (2007), encontram-se referências sobre esse novo contexto de abertura democrática:

“O ideal da Reforma Sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder e uma disposição

² CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE- Alma-Ata – URSS – 1978.

social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática” (BAPTISTA, em MATTA, 2007, p. 45)

O marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde e cujo lema era “*Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado*”.

Para Brasil (2011, v.1, p. 22) a “questão fundamental para os participantes dessa Conferência foi a natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva”. Outros temas importantes foram discutidos e aprovados, como a Previdência social tornar-se atrelada as ações do seguro social, desmembrando-se da saúde que receberia recursos de diferentes receitas, provenientes do INAMPS.

Como resultado dessas apreciações, Brasil (2011, v.1, p.22) menciona: “Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência”.

Em seu Relatório final, a Conferência definiu a saúde como direito universal, garantido pelo Estado. O conceito ampliado de saúde proposto neste evento, passou a reorganizar as ações de prevenção de agravos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, como uma forma conjunta de produzir a saúde pública para um sistema de saúde único.

[...]a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4)

Segundo Brasil (2011, v.13, p.15) “Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da seção da saúde da Constituição Federal de 1988”.

Em 1987, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado para tentar aproximar a assistência médica, que ainda pertencia ao INAMPS, ao sistema de saúde proposto pela Reforma Sanitária, buscando a universalização, a descentralização e a democracia nas esferas gestoras.

A Constituição Federal, também chamada de “Constituição Cidadã”, promulgada em 5 de outubro de 1988, foi o marco fundamental na redefinição das prioridades da política do estado na área da saúde pública. Nascida após recente troca de regime político trouxe mudanças essenciais para a construção de uma legislação com abertura democrática, voltada para registrar direitos e deveres de novos atores, os cidadãos.

Em seu texto, no Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, define os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, enfocando o direcionamento da política para a descentralização, indicando formas de financiamento e, entre outras providências, formaliza propostas para a construção conjunta do sistema de saúde com a população.

O artigo 196³ registra a necessidade de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, definindo a universalidade do sistema de saúde.

As orientações quanto ao funcionamento do SUS, voltado para reorganização das agendas e os compromissos do Estado para com as necessidades da população, a regulamentação, a fiscalização e o controle, revelam o cuidado que os relatores tiveram para contemplar a nova proposta de saúde no texto da Constituição.

Com esse intuito, o artigo 198 além de garantir a descentralização e a integralidade das ações, em seu inciso III promove a “participação da comunidade”, assegurando os direitos e compromissos dos cidadãos para com a organização e a consolidação da política do SUS.

Artigo 198: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III – participação da comunidade”
- (BRASIL, 2011, v.13, p.39)

A Constituição tornou-se lei suprema em todo o território do Brasil, servindo de parâmetro normativo e regulamentador para todas as demais leis, definindo modelos para a formação do Estado.

3 Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após dois anos das conquistas constitucionais, a Lei nº 8.080/90⁴ institui o Sistema Único de Saúde - SUS, definindo o Ministério da Saúde como seu gestor no âmbito da União.

Conforme consta em Brasil (2011), o Capítulo II – Art. 7º estabelece, segundo as diretrizes da Constituição Federal, artigo 198, os princípios e diretrizes para o funcionamento do SUS, tais como:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - equidade;
 - descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
 - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - participação da comunidade;
 - regionalização e hierarquização.
- (BRASIL, 2011, v.1, p.39)

O SUS traz novas apostas, diferindo do modelo anterior de saúde que estava baseado no seguro social, restrito aos contribuintes do sistema da previdência. Para este novo contrato de saúde, a Constituição Federal estabeleceu a aplicação de recursos da União, Estados e municípios, de acordo com seus orçamentos, referendados e fiscalizados com a descentralização, a regionalização e a hierarquização, acompanhados de seus conselhos, através do controle social.

A saúde passou ser um direito integral, garantida com ações desiguais para pessoas com situações desiguais através do princípio da equidade, de forma universal, para todos os cidadãos. Na opinião de Barbosa e Carvalho:

O SUS corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e passa a ser de todos os cidadãos, e uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos. (BARBOSA e CARVALHO, 2010, p.36)

4 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Este sistema de saúde é reconhecido como uma política que visa à integridade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Para os autores Carvalho e Barbosa (2010, p. 36), “O novo pacto social envolve o duplo sentido de que a saúde passa a ser definida como “direito de todos”, integrante da condição de cidadania social, e a ser considerada um “dever do Estado”, o que implica na responsabilidade e na solidariedade do conjunto da sociedade”.

O SUS é considerado a maior política pública inclusiva, de grande complexidade por ser única e estar destinada a atender mais de 190 milhões de pessoas, em um país onde as diferenças demográficas e socioeconômicas são evidentes. A sua construção materializa a necessidade de mudanças para novos arranjos na gestão de um sistema ampliado de saúde, que se apresenta único, porém descentralizado em suas instâncias de governo.

Por isso, a importância de espaços colaborativos para análise e construção conjunta, pois desde a sua concepção, o SUS está ligado aos movimentos participativos, mobilizações onde a população busca melhores condições de vida. A participação da comunidade é uma necessidade para a sua implementação, tornando-se diretriz organizativa e operacional, conforme comenta Baptista (2007):

Desde então, a participação da comunidade tornou-se uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão, confundindo-se mesmo com um princípio, constando do texto constitucional como uma das marcas identitárias do sistema ao lado da universalidade, integralidade e descentralização. (BAPTISTA em MATTA, 2007, p. 76)

No mesmo ano de criação do SUS, a Lei nº 8.142⁵ criou os Conselhos de Saúde, para atuarem na formulação, controle e execução das políticas de saúde, nas três esferas de governo.

De acordo com Brasil (2011, v.13, p.17) “[...] uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei 8.142, de dezembro de 1990, que, no seu artigo 1º, regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde”.

Os conselhos seriam órgãos consultivos, fiscalizadores e deliberativos, responsáveis pela transparência pública e a promoção da participação da comunidade na consolidação do sistema de saúde.

⁵ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Esses órgãos representativos estariam compostos de forma paritária, por representantes dos usuários, do governo, dos profissionais da saúde e prestadores de serviços, que se fariam presentes em reuniões ordinárias e extraordinárias e nas conferências de saúde.

Entre outras providências, esta lei também define os recursos do Fundo Nacional de Saúde, bem como seus repasses para as demais esferas, vinculando esta etapa a existência dos Fundos de saúde, dos conselhos de saúde, dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da contrapartida de recursos prevista no respectivo orçamento, e de comissão para elaboração de plano de carreira, cargos e salários.

Ainda hoje, os conselhos estão se estruturando, buscando a autonomia e o reconhecimento da sua efetividade, na elaboração, acompanhamento e aprovação de programas, projetos e políticas de saúde desenvolvidos nos diferentes níveis de gestão.

Segundo Brasil (2011, v.13) “A Seção de Saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, constituem respectivamente as bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais do SUS”.

Com essas apostas, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde foi efetivamente iniciado, sendo orientado, inicialmente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, com o objetivo de descentralizar e favorecer a gestão pública para os ajustes institucionais necessários. Elas foram estabelecidas por meio de portarias, inicialmente do INANPS e depois do Ministério da Saúde. O INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde a partir de 7 de março de 1990 e, posteriormente foi extinto em julho de 1993.

Em 2002, entra em vigor a Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS SUS, que segundo Barbosa e Carvalho (2010) veio “com o objetivo de definir o papel do gestor estadual como articulador de uma política de integração entre sistemas municipais de saúde”:

Essa integração deve ocorrer no processo de regionalização, com a reafirmação da necessidade de referências e contrarreferências pactuadas entre os municípios que ofertam somente a atenção primária, de modo a promover uma melhor resolutividade e integralidade da atenção. (BARBOSA e CARVALHO, 2010, p. 68)

Em 2006, o Pacto pela Saúde⁶ trouxe um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de governo, que buscaram ajustar a assistência, a atenção e a gestão dos processos de produção da saúde conforme as respectivas realidades locais e as necessidades de adequações levantadas pelos gestores. Substituiu as normatizações anteriormente promulgadas, estabelecendo metas e compromissos para cada esfera de governo, no processo da descentralização.

Através da portaria nº 399/2006, reúne três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Sua implementação se dá pela adesão dos municípios, estados e união ao termo de compromisso de gestão, sendo renovado anualmente. Estabelece as suas prioridades, entre elas, algumas metas a serem alcançadas no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento;
- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento.

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH)⁷, para colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, visando alterar o padrão de comunicação no campo da saúde, criando interfaces, conexões e redes para ampliar e auxiliar a consolidação do SUS. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

O Documento Base (2008) traz os princípios desta política que visa a transversalidade; a indissociabilidade entre a atenção e gestão; o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

A humanização, de acordo com a PNH está comprometida com as práticas de saúde voltadas para a construção de saberes, a promoção do trabalho e a reorganização da rede de atenção e gestão. Busca a identificação das necessidades, dos desejos e interesses dos diferentes sujeitos e instâncias do SUS.

⁶ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de governo. Substituiu as normatizações rígidas anteriormente promulgadas, estabelecendo metas e compromissos para cada esfera de governo.

⁷ Política que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Para Brasil (2008) a humanização do SUS se operacionaliza com:

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.);
- A construção e a troca de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;
- O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. (BRASIL, 2008, p. 19, 20)

Segundo esta política, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia são necessários para que os sujeitos possam tornar-se parte central de suas ações e construções, sendo ao mesmo tempo autônomos e corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem.

Nesse contexto, torna-se pertinente a reflexão sobre a construção que está sendo produzida ao longo da rede de assistência. Não basta criar ações e serviços ou falar de promoção da saúde. É necessário ampliar nossos objetivos e abrir espaços que favoreçam as conexões de vida, produzindo saúde de forma a possibilitar que o SUS seja, de fato, um direito de todos, voltado para a ética, a autonomia e a gestão compartilhada do saber popular.

Com referência a organização e a consolidação do nosso sistema de saúde, outro importante movimento neste sentido foi o Decreto nº 7.508/2011⁸ que reconheceu os avanços e as conquistas do SUS, regulamentou a Lei nº 8.080/90, instituindo as regiões de saúde, as portas de entrada do SUS, os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), as redes de atenção à saúde, as instâncias de pactuação (Comissão Intergestora Regional – CIR, Comissão Intergestora Bipartite - CIB).

Entre outros aspectos, este decreto veio para fortalecer o SUS como política pública, garantindo maior segurança jurídica quanto às responsabilidades dos entes federativos, o seu financiamento e, entre outras providências, a sua organização.

Em Brasil (2011) segundo o texto do referido Decreto, capítulo II, seção II, artigo 8º: “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas

8 Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”.

A partir desta afirmação, torna-se fato relevante a valorização da atenção primária, que passa a ser entendida como a porta principal de entrada nas redes do sistema de saúde, conforme consta no próximo artigo citado a baixo:

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial;

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

(BRASIL, 2011, p.07)

Recentemente, a Atenção Básica foi aprovada pela portaria MS/GM nº 2488/2011⁹, que dispõe sobre as redes de saúde. Ela renovou os compromissos das equipes que atuam neste nível de atenção, determinando que o acompanhamento, o tratamento, o diagnóstico, a reabilitação e a redução de danos estão vinculados a uma assistência integral e coletiva.

Esta portaria define que a qualidade dos serviços prestados na rede da atenção básica deverá estar de acordo com o desenvolvimento de práticas voltadas para a valorização das pessoas, promovendo sua autonomia e o protagonismo, seguindo uma gestão democrática e participativa executada conforme as demandas e necessidades locais.

Seguindo o anexo I, disposições gerais sobre a Atenção Básica, dos princípios e diretrizes gerais [...], refere:

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

De acordo com essas considerações, a responsabilidade pela atenção a saúde e gestão do cuidado em nível primário é da atenção básica ou primária de saúde, porta de entrada da

⁹ Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

rede de saúde, com suporte técnico para o direcionamento dos fluxos nos demais níveis de atenção do sistema. As equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como desafio identificar a clientela e providenciar a acessibilidade em ações individuais e coletivas, que promovam a atenção integral à saúde e ao cuidado, visando à prevenção dos agravos e a redução do quadro de morbimortalidade.

Conforme os dados apresentados, o SUS sofreu influências do histórico contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos. A participação popular e a democratização dos espaços públicos foram fatores essenciais para a transição e a concretização das bases formadoras do nosso sistema de saúde.

A estrutura do SUS foi protagonizada por muitos cidadãos e, desde sua criação, a reorganização das políticas e das agendas de saúde tornou as mudanças e adequações uma necessária e permanente construção, onde em cada nova criação ou rearranjo afirma-se a sua importância singular. Assim, seguindo a lógica evolutiva do SUS, o próximo capítulo fala sobre o sistema local de saúde, enfatizando a UBS referida por este trabalho quanto as ações de atenção e gestão do cuidado a saúde, os programas, as políticas, as relações entre os trabalhadores da saúde e os usuários e, o início dos grupos no HIPERDIA.

3 CENÁRIO DOS GRUPOS DE SAÚDE HIPERDIA

Neste capítulo serão abordados assuntos referentes ao programa de atenção integral à saúde das pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, sobre as práticas de construção da saúde e do cuidado realizados na UBS e o início dos grupos de saúde no HIPERDIA.

Para situar o leitor no relato da trajetória dos grupos referidos foram utilizados dados da pesquisa documental realizada junto ao programa HIPERDIA, as observações da autora-pesquisadora e matérias que foram postadas na RHS. Visando colaborar na compreensão dos assuntos tratados, alguns depoimentos dos usuários entrevistados foram utilizados e aparecem no corpo do texto de forma diferenciada. O embasamento teórico contou com autores, leis, políticas e programas que identificam os assuntos levantados, apresentando contribuições fundamentais para construção deste estudo.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus fazem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), política de saúde do Ministério da Saúde (MS), destacando-se entre as demais por estarem relacionadas aos agravos que mais causam o adoecimento devido ao aparecimento das complicações de saúde, principalmente as cardiovasculares, que elevam os índices das internações hospitalares e dos óbitos em todo país.

O SISHIPERDIA, instalado no município em 2002, é um dos muitos programas do MS que tem contribuído para fortalecer a rede de saúde, possibilitando a gestão do cuidado com a vinculação do portador de hipertensão e diabetes à UBS de sua referência. A organização das informações coletadas por esse sistema facilitaram as decisões a serem tomadas, tanto no acesso aos serviços de saúde, como na aquisição dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, além de resultar em um aumento significativo da clientela que passou frequentar as UBS em busca de tratamento.

Na intenção de adequar os serviços de saúde aos fluxos da demanda crescente, a rede assistencial (em formação), criou novos acordos, rotinas e ações para o atendimento da clientela. Porém, estes acordos, passaram a existir mais no papel que na prática. As reorganizações das agendas permaneceram como um desafio diário para os trabalhadores, principalmente quanto às consultas médicas e de alguns especialistas que se mantêm em número insuficiente, segundo a procura dos usuários, gerando conflitos e polêmicas.

A fragmentação da atenção à saúde está presente nas rotinas da unidade de saúde, privilegiando o “controle” da doença, a medicalização e a prevenção de agravos, influência do modelo hegemônico a ser modificado, como preconiza o SUS.

Com os serviços de saúde compreendidos nesta visão biomédica e fragmentada, geralmente, os usuários passam por diversas etapas de atendimentos e procedimentos, com diferentes profissionais, dentro de uma mesma unidade ou percorrendo outros locais de acesso para dar continuidade ou finalizar seu tratamento. Às vezes, isso ocorre em um mesmo dia! Cada profissional avalia conforme a sua especialidade e, como se fosse possível dividir o indivíduo em partes, passam aos encaminhamentos e referências para outros especialistas, setores e repartições. Nesse sistema de atendimento, cada um procura atender a demanda na parte que lhe compete, deixando que o usuário “circule” na rede de saúde e assuma a total responsabilidade pelo seu tratamento.

O Ministério da Saúde trata sobre este assunto no campo da Clínica Ampliada e compartilhada, apostando na mudança desse quadro através da humanização da atenção e gestão dos processos de trabalho, fomentando a necessidade de reorganização na produção do cuidado. Brasil (2009, p.16), relata que “nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional”.

Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho da atenção e do cuidado. (BRASIL, 2009, p.16-17)

A Clínica Ampliada reconhece a complexidade das ações e atendimentos desenvolvidos nos serviços de saúde, por isso, propõe a construção compartilhada de diagnósticos terapêuticos, incluindo novos instrumentos que possibilitem o direcionamento das equipes para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Segundo Brasil (2009, p.17) “A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feitas nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho”.

Dando continuidade ao relato sobre as observações realizadas na UBS, os atendimentos realizados concentram-se nas consultas, já que a busca por exames e a troca de receitas dos medicamentos continuam sendo as maiores preocupações do usuário que procura retorno na unidade de saúde.

Quanto a isto, Vasconcelos (1997, p.35), refere que “o atendimento individual de cada doente é onde o profissional de saúde gasta a maior parte do seu tempo, seja ele médico, auxiliar de saúde, dentista ou enfermeira”.

“É para o momento da doença que a população pensa no profissional da saúde. É o instante em que as pessoas mais se abrem à palavra do agente de saúde. É um momento-chave se bem que curto, para intensidade da relação que nele se dá.” (VASCONCELOS, 1997, p.35)

Para este autor, o tempo curto, seria devido ao grande fluxo de pacientes que se apresentam às unidades de atenção primária à saúde, onde o número de profissionais é, em geral, insuficiente. Para Vasconcelos (1997, p.35), a atenção para o processo de construção do conhecimento “não é um aprendizado instantâneo. É um aprendizado que se dá em um processo de diálogo”. Nesse sentido, ele defende a necessidade de reservar o tempo para que o diálogo possa ser estabelecido, impondo limites no número de atendimentos realizados, mesmo que este fato venha a desencadear transtornos e protestos.

Na unidade de saúde, os atendimentos dos clínicos e dos especialistas são realizados mediante distribuição de fichas e, assim como os exames, são em número insuficiente para cobrir a demanda, deixando a impressão de que o SUS não oferece resolutividade.

Quanto a este aspecto, Brasil (2010) faz referência sobre o modelo de saúde seguido na Atenção Básica, pois se este não estiver identificado com a produção de saúde, conforme os preceitos do SUS, a organização dos processos de trabalho pode ficar comprometida.

A atenção básica quando não concebida como um componente estratégico da organização de sistemas de saúde toma, então, dois sentidos principais: (a) como complementar e vinculada ao modelo biomédico-hospitalar, apresentando-se como residual e minimalista; e (b) lugar onde se desenvolvem ações de menor complexidade tecnológica, direcionadas para população que não tem acesso à medicina de mercado, ou seja, os mais pobres (BRASIL, 2010, p.15).

Nesta unidade, até 2006, a enfermeira coordenadora do programa HIPERDIA estava envolvida com o cadastramento dos usuários para o SISHIPERDIA, sendo solicitada para as atividades de atendimento ao público em casos de urgência e/ou emergência e em consultas de enfermagem, sem registros de atividades em grupo.

As atividades da área técnica da enfermagem continuaram com a atenção focada para o controle e o acompanhamento das taxas de hipertensão e diabetes, aferidas na triagem para as consultas e os registros na carteira de acompanhamento do HIPERDIA.

Esta parece ser uma característica não só desta unidade de saúde, pois a capacidade de modificar o modelo hegemônico que privilegia a assistência e as práticas individuais e curativas, tem se tornado um desafio para a produção do cuidado na rede de saúde como um todo.

Para Merhy (2002), quanto maior a composição de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender e enfrentar o problema de saúde, tanto para o usuário quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

“Entretanto, na vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a produção”. (MERHY, 2002, p.118)

Conforme estudo publicado no Caderno HumanizaSUS (2010), apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiar, em suas portarias e programas, ações grupais com usuários e grupos populacionais, a Atenção Básica tem apresentado mais práticas individuais que coletivas. Haveria um senso comum de falta de instrumentos e conhecimentos aos profissionais, entretanto são poucos os estudos realizados neste sentido.

As agendas dos serviços e os programas sanitários são organizados por atendimentos clínicos e muitos profissionais relatam dificuldades em encontrar tempo para atuar em ações educativas, de grupos, visitas domiciliares, de prevenção e promoção, ou em atividades curativas e clínicas que poderiam ser realizadas de forma grupal (que para muitos são impensáveis!) e considerando interesses de coletivos e suas singularidades. (BRASIL, 2010, p.106).

Seguindo as observações sobre a UBS, algumas mudanças na estrutura dos atendimentos aos usuários foram realizadas, entre elas, a instituição dos agendamentos para as consultas médicas conforme o Protocolo do MS, para os portadores de hipertensão e diabetes cadastrados no programa HIPERDIA. Esse fato reduziu a fila de espera para as consultas médicas, auxiliando a organização da demanda, porém continuou sendo insuficiente para atender a todos. O atendimento individualizado aos usuários manteve-se como um método pouco eficaz para cobrir a clientela, exigindo novas adequações nas rotinas da referida UBS.

Em 2006, a coordenadora do programa HIPERDIA em parceria com outra colega (nutricionista), fomentaram a ideia de criar espaços coletivos de saúde para o acompanhamento em grupo das pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os primeiros encontros dos grupos de saúde HIPERDIA, tiveram como objetivo conhecer as pessoas cadastradas no programa, fazendo o acompanhamento e avaliação do tratamento, trabalhando assuntos referentes à saúde.

Segundo registros, nesses grupos, eram aferidas as taxas de hipertensão e diabetes, verificado se os usuários estavam cadastrados na UBS, como estava o uso da medicação, os

cuidados de saúde realizados, as dificuldades encontradas e a manutenção do tratamento. Posteriormente, alguns assuntos sobre saúde, preparados previamente e direcionados aos cuidados específicos para o público que se fazia presente, eram abordados pelas coordenadoras.

Em Brasil (2010), encontram-se reflexões e considerações sobre esta prática, seu processo no cotidiano, as dificuldades que certos profissionais sentem em sair da clínica individual, terapeuta-paciente para a atividade de grupo.

Os profissionais em suas práticas priorizam, claramente, ações em que foram mais instrumentalizados os atendimentos individuais pautados em procedimentos. Quando se arriscam a fazer grupos, com maior frequência os de caráter educativo, valem-se de palestras, metodologias expositivas, em geral, voltados para plateias imensas e que só teriam sucesso sob essa condição (BRASIL, 2010, p. 106).

Nesses encontros, ficava clara a lógica da atenção individual, pois, embora em grupo, as pessoas permaneciam separadas em seus tratamentos, com a prevenção de agravos e a promoção de cuidados em saúde girando em torno da doença ou de seu controle. Os usuários ouviam as palestras, referiam que os temas eram interessantes, algumas vezes faziam perguntas, em outras, participavam quando solicitados e escolhiam o assunto do próximo encontro.

Em Brasil (2010, p.108), estes grupos são identificados como carentes de recursos, aquele em que a tentativa de substituir o atendimento individual pode levar ao risco de tornar-se uma “prática clínica degradada”, sendo necessárias mudanças e em seu modo de funcionamento.

[...] frequente na Atenção Básica, são aqueles grupos de hipertensos que objetivam aferir a pressão arterial e trocar informações sobre os alimentos. Já presenciamos grupos em que os usuários não pronunciaram uma só palavra, tiveram sua pressão arterial aferida, levaram umas “broncas”, já pressupondo que eles tinham aumentado o sal na comida etc... (BRASIL, 2010, p.108).

Em resposta à pesquisa feita aos usuários, um deles respondeu: *“Eu já participei de outros grupos, só que era diferente [...] ninguém conversava. A enfermeira via a pressão e os remédios, fazia palestra sobre as doenças... perguntava mais ninguém respondia”*[...] (nº 09 – ASS DN: 08/12/41)

Nos movimentos iniciais de formação dos grupos, os trabalhadores da saúde tomaram para si a decisão de criar estes espaços, organizando os assuntos e as ações que seriam importantes para a saúde dos usuários. Posteriormente, o grupo possibilitou a

aproximação das pessoas, promovendo o conhecimento de cada um no reconhecimento do outro, nas vivências singulares e nos vínculos afetivos, fatores que facilitaram a quebra da tradicional relação vertical que, muitas vezes, se faz presente entre os profissionais da saúde e os usuários. A partir do momento em que as pessoas passaram a interagir nos grupos de saúde HIPERDIA, seus espaços tornaram-se propícios para o desenvolvimento de ações favoráveis para a construção do conhecimento.

Após um ano de atividades, as coordenadoras (do HIPERDIA e do PACS), que também realizavam grupos conjuntos em bairros da cidade, começaram a perceber a diferença daqueles grupos na UBS, que o entrosamento entre os componentes tornava-se cada vez mais forte, com laços afetivos evidenciados pela alegria no reencontro em cada grupo. De acordo com a entrevista aplicada aos usuários, alguns referiram a sua percepção sobre os encontros:

“Este grupo é uma alegria. Um encontro alegre. Muda a vida da gente, faz bem para nossa saúde” (nº 04 – VCC DN: 01/06/38)

“Quando estou no grupo saio mais animado, alegre, com mais força. Me sinto renovado” (nº 04 – VCC DN: 01/06/38)

“Porque falamos sobre saúde. É importante! É muito bom. Tenho o carinho e atenção dos amigos. É divertido. Faz eu me sentir bem”. (nº 06 – MZFM DN: 28/12/52)

A proximidade e o compartilhamento vivenciado pelas pessoas nesses grupos passaram a abrir novas possibilidades de discutir outros assuntos sobre saúde, sendo iniciadas algumas oficinas de atividades manuais, favorecendo a participação de todos. Durante esses momentos, os relatos das vivências traziam para roda de conversa, “causos” (contos), receitas, anedotas, assuntos que interessavam aos integrantes do grupo no momento, propiciando trocas, construção de saberes e o reconhecimento do espaço como meio de encontro para os afetos. Com relação a este aspecto, na opinião dos usuários sobre os grupos do HIPERDIA:

“O grupo ajuda na amizade. É ótimo. Contamos muitos causos, anedotas e rimos muito, é divertido... Além do mais, aumenta nossos conhecimentos e nos facilita a vida, não só no tratamento. É um encontro de amigos.” (nº 05 – GFS DN: 24/10/ 27)

“O grupo HIPERDIA é importante. Conviver com as pessoas é muito agradável. Trocamos experiências sobre artesanato, saúde, bem estar [...]”. (nº 01 – MMV DN:10/08/52)

Para a humanização é imprescindível a organização de espaços coletivos ou de grupaldades, pois estes estimulam a conexão/confronto que possibilita a abertura à

alteridade, dinâmica na qual se expressam os processos de saúde e de subjetividade. Nesse aspecto, os espaços de grupo estariam servindo como um dispositivo facilitador da inclusão das pessoas, favorecendo o desenvolvimento da PNH nas rodas de conversa, promovendo as conexões necessárias para a construção do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

Com relação à alteridade:

Aumento do grau de comunicação intra e inter grupos;
Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2008, p. 23)

No capítulo sobre os grupos na Atenção Básica à Saúde, Brasil (2010) chama a atenção para o reconhecimento de si e do outro, comparando a chamada “caixa de ressonâncias”, como num violão: o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em mim e no outro; toca, afeta.

A troca de experiências vislumbra a possibilidade de formar-se rede social e de suporte para o cotidiano, para o além-grupo. Isso porque esse processo das ressonâncias, dos afetos, traz ao grupo algo primordial de sua constituição: o sentimento de grupalidade e a representação interna desse espaço. O grupo só opera com continuidade quando cada um se reconhece naquelas pessoas e sente que pertence aquele espaço. (BRASIL, 2010 p.108).

Decorrido alguns meses após o início dos grupos HIPERDIA, as pessoas que frequentavam esse espaço de encontro passaram de ouvintes a participantes ativos, trazendo assuntos referentes ao seu tratamento, suas experiências de vida, confissões, desejos e planos. Exemplificando esses momentos no grupo, cito a percepção de alguns usuários captada nas entrevistas:

“Representa saúde, alegria dos encontros com os amigos e amigas... É muito importante para mim, ajuda a entender as coisas, um pouco de tudo né? Conversamos sobre assuntos de saúde, da vida, de nós mesmos”. (nº 17 – ANB DN: 08/10/38)

“Um encontro de amigos onde falamos coisas sobre saúde e não só sobre a doença. Fico muito tempo só, durante os outros dias e quando venho no grupo me sinto bem, realizada e feliz. Saio da rotina e vivo momentos de alegria. Falamos outros assuntos do dia a dia, da vida.”. (nº 11 – JSP DN: 24/12/56)

Nesta etapa da pesquisa, podemos observar que o programa do HIPERDIA e as políticas de saúde instaladas ao longo dos anos serviram para direcionar os sistemas de

informação da saúde local. De forma positiva, os números deram um direcionamento para as rotinas mantendo a burocracia necessária para os registros das atividades desenvolvidas na UBS. Porém, estas práticas não foram suficientes para organizar as agendas e satisfazer as necessidades dos usuários, pois estes continuaram com problemas de acesso, sem um acolhimento efetivo. Além disso, ficou evidente que o modelo hegemônico, com enfoque curativista e medicalizante, ainda presente na Atenção Básica como um todo, enfraqueceu o processo de atenção e gestão da saúde. Decorrente deste fato, a fragmentação dos serviços afeta os trabalhadores da equipe na UBS, os seus modos de fazer saúde e promover o cuidado ao usuário, mantendo as dificuldades de resolutividade, acolhimento e acesso.

Em contrapartida a essa realidade, os grupos de saúde, mesmo iniciados com a lógica de organizar o “controle” e fazer o acompanhamento da doença, tiveram, com o passar do tempo, a oportunidade de mudança através da convivência. Esse acontecimento só foi possível devido a participação das pessoas, dos vínculos e dos afetos produzidos pelas conexões de vida que cresceram nos encontros e abriram novos espaços de participação: “AS RODAS DE CONVERSA NO HIPERDIA”, como será descrito a seguir.

4 ENTRANDO NA RODA

Este capítulo aborda a vivência nas rodas de conversa dos grupos de saúde no HIPERDIA, trazendo informações sobre como se desenvolveram e se mantêm esses espaços de encontro.

Para narrar esta trajetória, promoveu-se a união do relato das práticas observadas e desenvolvidas nos grupos, com a base teórica proposta para esta pesquisa. Assim, à medida que o relato sobre os encontros avança, são introduzidas as falas dos usuários no texto, fazendo uma reflexão sobre a inclusão das pessoas, os vínculos, a corresponsabilidade e a construção de saberes observada nessas rodas. Aliado a isso, a opinião dos autores e as teorias sobre a EPS, a PNH e o trabalho vivo, serão citados como movimentos imprescindíveis na construção e consolidação desses espaços, que tem suas raízes baseadas na Constituição, no SUS e na lei que regulamenta a participação social em nosso sistema de saúde.

De acordo com os registros pesquisados, há quatro anos os encontros realizados pelo HIPERDIA têm modificado seus enfoques sobre saúde, restando à convivência e a conectividade dos sujeitos, para além da identificação e análise dos dados de sinais vitais e antropométricos aferidos pela área técnica de enfermagem ou dos estudos sobre as doenças. Com relação ao significado dos encontros, a opinião de um dos usuários entrevistados:

“É bom de mais. A gente aprende a cuidar da saúde, por que a saúde é tudo pra a gente.” (nº 02 – GMP DN: 06/12/41)

Os grupos continuam com os encontros semanais na UBS, sem número fixo de participantes, pois se mantém aberto. Como rotina, as pessoas chegam a UBS, preenchem uma ficha de atendimento ambulatorial na recepção e dirigem-se à sala da coordenação do HIPERDIA, onde é realizado o grupo. É interessante observar que alguns usuários, vendo a fila grande na recepção, optam por “burlar” esta normatização, passando diretamente ao encontro do grupo. Esse fato sinaliza para o sentimento de pertença e de apropriação do espaço como seu. O usuário passa a se sentir mais à vontade, reconhecendo e traçando caminhos para atingir seus objetivos, mesmo que para isso coloque em xeque as regras impostas pelas normas e rotinas da unidade.

Nesses encontros, as pessoas são convidadas a participar de uma roda de conversa, método que facilita o circular da palavra, propiciando a participação de todos. As trocas de olhares, palavras e os gestos enchem a sala e as vivências, as histórias, as “coisas” da vida se

misturam na organização das receitas e dos cuidados pessoais, proporcionando cumplicidade, acolhimento e a construção de saberes. Com relação a isso, alguns usuários dos grupos expressaram as suas opiniões conforme citadas a seguir:

“Esses grupos são outros, aqui temos amizade e assunto. Todos falam, até demais (risos). A gente se conhece e aprende junto. É um local de encontro, de amizade. A gente fica feliz em se encontrar de novo... Para conversar, trocar receitas de tratamento e outras, ajuda no tratamento da doença e favorece a saúde. Gosto muito dos grupos.” (nº 09 – ASS DN: 08/12/41)

Ao ser questionado sobre este espaço de encontro ser importante para sua vida, outro usuário respondeu:

“Sim. Eu gosto de conversar com os amigos. Tenho dores, daí alivia.” (nº16 – MF DN: 01/12/37)

Para estes grupos, o “método da roda” é utilizado para inclusão de diferentes sujeitos, no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, favorecendo a formação de vínculos solidários e a produção da saúde como qualidade de vida. Com referência a isso, a PNH (2008) entende por “método (meta= fim; hodos= caminho), a condução de um processo ou o seu modo de caminhar, o qual, caminha no sentido da inclusão”. Retomando as referências dos usuários, quanto a importância dos grupos, temos:

“O grupo é importante, sim... A gente conversa e tem mais conhecimento das coisas, sobre tudo. A solução para os problemas surge na conversa.” (nº 10 – MS DN: 29/01/42)

“Sim. Porque no grupo a gente conversa, se distrai. Se a gente tá triste e preocupada esquecemos os problemas.” (nº 08 – NFF DN:12/08/40)

Com os movimentos proporcionados pela formação da roda, a pauta prévia tornou-se dispensável, pois a potência das novas formas de abordagem dos assuntos e o jeito singular das pessoas de construir suas conexões tornam mais interessante os assuntos surgidos no grupo. O espaço tornou-se um momento de possibilidades, de construção de redes de vida, em que o ato de ouvir e falar produz o reconhecimento e saberes compartilhados. Quanto a isso, podemos observar segundo a visão dos participantes dos grupos:

“Um momento de união com outras pessoas, com trocas de experiências. Melhorou para as consultas médicas, os agendamentos, tempo de espera, exames. No grupo um dá força para o outro. Os assuntos são livres, divertidos e nos fazem sentir bem-estar.” (nº 03 – DTS DN:10/05/51)

“É um encontro onde cada um dá um pouquinho de seu conhecimento e no fim, temos bastante assuntos, ideias novas. Sinto falta das pessoas, das conversas quando não posso vir... A gente aprende muito com tudo e com todos”. (nº 18 – IGS DN: 22/08/48)

“Esse grupo representa uma família, união de todos. Conversamos sobre tudo. Esquecemos os problemas, somos muito unidos. Me sinto realizada, aprendendo sobre muitas coisas de saúde e da vida.” (nº 15 – NJRB DN: 04/02/46)

Colaborando com as opiniões a cima, em Brasil (2010), encontramos advertência para o fato de que as atividades da Atenção Básica deveriam incluir ações mais educativas que curativas, estimulando a formação de grupos comprometidos com a construção de práticas de saúde e a formação de redes.

Um bom trabalho de grupo na Atenção Básica inclui o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, ações mais educativas que curativas, gerar integração na comunidade, favorecer a criação de redes de cuidado. Exige criatividade, dinâmica, diferentes atividades, e, principalmente, fazer em roda. Os assuntos mais “teóricos” devem ter relação com a vivência dos participantes, podem, sim, ser sugeridos (BRASIL, 2010, p.113)

A educação em saúde fala sobre a construção da autonomia, favorecendo os laços sociais e a melhoria da qualidade de vida. A execução do método indica a importância de conhecer a realidade de si e dos outros sujeitos, para que o processo possa partir desse conhecimento para problematização.

Brasil (2007, p.55) menciona que “o traço fundamental da educação popular em saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior das classes populares”.

Na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas (sobre seu sofrimento) e dos movimentos sociais e organizações populares (em sua luta pela saúde) nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber tão válido, no âmbito do diálogo, quanto o saber técnico-científico. (BRASIL, 2007, p. 55-56)

Observando as rodas de conversa, conforme as considerações à cima propostas pela Atenção Básica e a EPS e, a exemplo das falas dos usuários, o circular da palavra é permitido aos participantes que expressarem seus modos singulares de ser, construindo o diálogo através do reconhecimento de suas experiências.

Merhy (2002, p. 48, 49), descreve o “trabalho vivo em ato”, aquele se forma nas relações, como tecnologias leves que se aplicam na formação de vínculos, autonomização,

acolhimento e gestão como forma de produzir o trabalho em saúde. Para ele, o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Nesse sentido, os grupos de saúde HIPERDIA poderiam ser classificados como tecnologia leve, trabalho vivo em ato, desenvolvendo em seus espaços relações intersubjetivas, favorecendo a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos, propiciando a conexão de saberes.

Continuando, quanto à lógica do trabalho em saúde, em Merhy (2002) encontramos:

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção; (MERHY, 2002, p. 49).

As conexões desencadeadas nas rodas dos grupos HIPERDIA, podem configurar-se como processos de intervenção em ato, vivências singulares dando forma a novas tecnologias de fazer e produzir saúde. O entendimento e as trocas, tornaram-se possíveis a medida que os laços afetivos e as conexões em grupo passaram a se fazer presentes, estabelecendo um movimento próprio de amizade e reconhecimento, pois segundo Merhy (2004):

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, no qual 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 a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a 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. (MERHY, 2004, p. 04)

A construção do diálogo acontece na apropriação que o sujeito faz do meio em que se encontra. Ele, como construtor de sua comunicação, tem no diálogo o resultado das relações que estabelece no mundo. Para Freire:

A palavra viva é diálogo existencial. Expressa e elabora o mundo, em comunicação e colaboração. O diálogo autêntico – reconhecimento do outro e reconhecimento de si, no outro – é decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum. Não há consciências vazias; por isto os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo (FREIRE, 1987, p.11)

Nesse sentido, colaborando com o autor, utilizo os depoimentos de alguns entrevistados, onde as palavras que mais apareceram foram alegria, amizade, felicidade e aprendizado, sinalizando a existência dessas relações na construção coletiva do grupo.

“É um lugar bom. Ensinam coisas pra gente sobre saúde. Sinto alegria, me sinto leve, fico sabendo de tudo um pouco. Eu gosto muito dos grupos. Venho sempre pra falar e ver os outros. Todo mundo fala e a gente aprende.” (nº16 – MF DN: 01/12/37)

“[...]É uma reunião de amizade, onde adquire mais conhecimento. A gente tá sempre aprendendo mais coisas uns com outros.” (nº 10 – MS DN: 29/01/42)

A educação popular fala sobre a importância da participação das pessoas e a construção da saúde como um processo de libertação através do conhecimento. Em Brasil (2007, p.34) o autor “Paulo Freire alertou a todos e a todas do grupo que só superaremos a postura de “querer libertar o dominando”, quando entendermos que não estamos “sozinhos” no mundo e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas de todos nós”.

[...] o importante seria compreender que “para lutar pela libertação ou pela autonomia”, para desenvolver nossa capacidade de autonomia e autodeterminação, é preciso que aprendamos, entre tantas outras virtudes, a de vivermos pacientemente impacientes. (BRASIL, 2007, p. 34).

A educação popular torna-se efetiva à medida que as conexões entre os integrantes de um grupo passam a ser estimuladas pela convivência e os vínculos afetivos, produzindo processos dinâmicos de comunicação e produção conjunta. O processo de produção da saúde é uma construção que se faz através das vivências singulares, das redes de saúde que se formam no coletivo e ampliam as conexões em busca de melhorias na qualidade de vida. Novamente, recorro ao relato dos usuários:

“É um momento de encontro com todos. Umhas horas de alegria, de prazer, de convivência. A turma é bem divertida, conhecemos todos e aprendemos ouvindo... Eu acho muito bom. Sinto falta quando não posso vir... quero vir sempre”. (nº 14 – AGL DN: 02/08/27)

“Sentido de vida, saúde, amizade. Ajuda na qualidade de vida. A convivência é uma distração, uma felicidade”. (nº 12 – MTSS DN: 03/09/54)

“[...] As convivências, as conversas, é muito bom. A gente tá sempre renovando, aprendendo.” (nº 12 – MTSS DN: 03/09/54)

Segundo Vasconcelos (2007) o saber do educando é um elemento fundamental para o desenvolvimento do método, o ponto de partida do processo pedagógico. Na vivência de cada um há o entendimento sobre sua inserção na sociedade e na natureza.

Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular. Essa valorização do saber e dos valores do educando permite que ele se sinta "em casa" e mantenha suas iniciativas. Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, mas que o processo de discussão não se coloque de cima para baixo. (VASCONCELOS E. M., apud BRASIL, 2007, p.21)

Nos relatos e nos encontros observados foi possível notar esse traço de reconhecimento dos saberes, da valorização da opinião de cada participante, pois os assuntos discutidos expressam as necessidades do momento, o que o grupo indica como importante.

A sintonia e a conexão são favorecidas e fortalecidas pelo movimento de inclusão, vínculo e a lateralidade da palavra que a roda oferece.

Segundo Brasil (2010) estudos apontam que os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários, podendo ampliar as relações e dar visibilidade aos assuntos pertinentes. Quanto mais a linguagem dos profissionais for acessível ao conhecimento da população alvo, melhor para utilização desses conceitos e dos conhecimentos adquiridos, no dia-a-dia, pelos pacientes.

O grupo, em geral, confere maior grau de informalidade do que uma consulta individual, a relação com o paciente se estreita, o profissional também está exposto, também **está** no grupo, faz parte dele e é controlado por ele. Quem nunca ouviu a pergunta: "E você, doutor, como faz na sua casa?". O espaço de grupo propicia que o saber esteja nas pessoas, e não centrado em um profissional de saúde, mas **também** nele (BRASIL, 2010, p.107).

Quando em roda, um sentimento de pertença identifica os sujeitos que frequentam os grupos, as relações de vínculo se fazem presentes, favorecendo as trocas e promovendo as conexões para as redes de vida. Dependendo do assunto, os participantes riem e em outros momentos choram, expressões que nem sempre são compreendidos pelas pessoas que os observam de fora. Quanto a este enfoque, em Brasil (2010) temos:

Portanto, num grupo, que possibilita a formação de vínculo, podemos compreender um pouco de cada participante, o modo como ele se relaciona e como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história, pois o fenômeno que se manifesta, naquele momento, tem sua história inscrita no sujeito que o manifesta, em seu papel e em suas identificações na vida. (BRASIL, 2010, p.109)

As rodas de conversa no HIPERDIA apresentam um processo de adaptação e amadurecimento das relações, produzidos pelo encontro de subjetividades e as transformações individuais e coletivas advindas da convivência em grupo. Embora o tempo seja um fator positivo nessa caminhada, os desafios que se apresentam no processo da construção desse espaço coletivo exigem não só a continuidade, mas a aposta conjunta das pessoas que nele participam.

Nesse sentido, o apoio do trabalhador de saúde nesses grupos, configura o exercício contínuo de percorrer um caminho contrário à lógica do trabalho desenvolvido na unidade. Ele terá que dissolver as “amarras” criadas pela fragmentação dos processos de trabalho e do modelo biomédico presente na atenção básica, onde a medicalização e o assistencialismo persistem com intuito de atender a doença das pessoas.

Assim, seguindo os princípios do SUS que preconizam a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social, este espaço busca o resgate da autonomia dos sujeitos, promovendo o protagonismo de cada integrante frente aos seus direitos e deveres. Para tanto, os participantes que fazem a roda, são convidados a se tornarem parte dela, produzindo reflexões, discussões e confrontos, onde nem sempre as respostas são encontradas ou existem.

Esta é a inovação encontrada na roda de conversa nos grupos do HIPERDIA, um espaço de encontro onde as pessoas manifestam as suas percepções e os seus “jeitos” de cuidar de si, possibilitando as trocas e a construção de conhecimentos, produzindo ações positivas para a construção do sistema de saúde local e para a vida de cada um.

Além da aceitação, as rodas de conversa no HIPERDIA passaram a fazer parte da vida dos usuários, uma história que se afirma na participação popular, nos vínculos e afetos que proporcionam movimentos de aprendizado, com perspectivas de mudanças e alegrias no reencontro. Segue a baixo, a definição deste espaço segundo alguns usuários:

“Eu sempre gravo o dia de vir no grupo. Fico esperando ansiosa para encontrar todos. Não falho nunca. Ficamos conversando sobre as coisas, muitas coisas (risos). Fico sabendo das notícias, coisas que eu não sabia. O grupo representa pra mim vida, crescimento como pessoa, aprendendo cada vez mais e mais. A gente vê que os outros também aprendem uns com os outros. A gente ri muito, descontraí, fica mais feliz.” (nº 06 – MZFM DN: 28/12/52)

[...] a gente aprende e conversa sobre vários assuntos. Aprende e ensina sobre várias coisas da vida.” (nº 08 – NFF DN:12/08/40)

“A gente conversa, brinca, dá risada... Representa momentos de alegria, de felicidade.” (nº 07 – CAT DN: 28/08/34)

“O grupo ajuda não apenas no tratamento, mais na vida da gente.” (nº 05 – GFS DN: 24/10/ 27)

Esse desenvolvimento coletivo possibilitou a formação de outros espaços, outras rodas que se misturam e ampliam as amizades, outras pessoas, integrantes que não apresentam a condição de ser portador de hipertensão ou diabetes. O grupo *“Estradeiros”* é um exemplo, uma ramificação das rodas de conversa do HIPERDIA, onde simpatizantes, pessoas que tem interesse em viajar, buscar alegrias para potencializar a vida se encontram e planejam suas rotas alternativas de produção de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho consistiu em um relato sobre os encontros dos grupos de saúde no HIPERDIA, espaços denominados “rodas de conversa”, desenvolvidos na potência das relações das pessoas, em um contexto singular e inovador.

Durante o processo de pesquisa, tornou-se necessário esclarecer alguns fatos sobre a Educação popular em saúde, reconhecida como um movimento de reflexão crítica, incentivadora das relações e das trocas a partir do diálogo, da mobilização de forças políticas e culturais para as organizações populares e a construção de saberes.

O resgate dos movimentos sociais enfatizados a partir dos anos 70 possibilitou o reconhecimento do processo de construção da política pública de saúde no Brasil, apontando que ao longo da implantação do SUS, as normatizações, as portarias e leis que o Ministério da Saúde vem editando servem como determinações indicativas para a atuação da política nos Estados e nos municípios. Porém, nem mesmo o arcabouço legal do SUS mostrou-se suficiente para tornar eficaz e resolutive as questões de saúde de um modo geral.

Com relação a isso, questionou-se a complexidade de tornar único um sistema de saúde para um país como o Brasil, com diferentes regiões e particularidades locais, advindo daí a importância da regionalização, da organização dos sistemas locais de saúde, da atenção básica e dos espaços de participação popular.

Quanto aos espaços de participação popular, foram encontrados registros de sua organização desde a época da reforma, onde os atores de diferentes frentes uniam-se propondo mudanças para o modelo da saúde e do regime político no Brasil, formando as bases da participação social no SUS.

Conforme as referências teóricas e práticas indicaram, as origens das rodas de conversa no HIPERDIA estão ligadas a esses movimentos precursores do SUS, assegurados pela constituição e, posteriormente pela lei que regulamenta a participação social no nosso sistema de saúde. A existência desses espaços tornou-se um fator relevante e positivo na construção de tecnologias inovadoras e reestruturantes para a construção da política pública de saúde local.

Outro fato que apareceu durante esta pesquisa foi a fragmentação do cuidado, da atenção e da gestão da saúde produzida pelos trabalhadores na atenção primária que, assim como na maioria dos serviços de saúde, seguem o modelo predominantemente hegemônico, assistencial e curativista. Esse fato foi identificado como um dos responsáveis pela limitação

do acesso, a redução da qualidade dos serviços prestados e a falta de resolutividade do sistema de saúde como um todo.

Quanto a esse aspecto, fica o convite desafiador para trabalhadores do sistema de saúde, pois este é um processo complexo de adequação as políticas do SUS, que vem se efetivando com algumas resistências.

As mudanças no modelo da gestão dos processos de trabalho só serão entendidas e aceitas pelas pessoas, quando estas estiverem “de acordo com”. Portanto, é necessário interagir mais “com” e não “para” as pessoas, promover a saúde e não a “não doença”, potencializando caminhos para a autonomia e a corresponsabilidade dos indivíduos para com a sua qualidade de saúde, as suas escolhas para a vida.

Em contrapartida, os movimentos identificados nas “rodas do HIPERDIA” seguem a proposta do conceito ampliado de saúde, apostando nos vínculos, na produção de saberes e nas singularidades dos sujeitos, assim como preconiza o SUS e a EPS.

Nesse sentido, esse grupo oferece um espaço de reflexão das práticas de saúde tradicionais, possibilitando descobertas e mudanças que não estão prescritas em receitas ou em manuais de saúde. As pessoas tomaram para si este espaço e se tornaram parte dele, compartilhando as suas vivências, produzindo conexões, acolhimento e uma identificação de cuidado que vai além das técnicas fragmentadas do controle e da medicalização das doenças.

Colaborando para esse raciocínio, o relato dos usuários produzidos nas entrevistas evidenciou a existência de uma construção coletiva de afetos, favorecendo as trocas e a reinvenção da saúde, através do empoderamento das pessoas nas redes de vida.

As “rodas de conversa” demonstraram oferecer diferentes tecnologias para a produção de saberes, entre elas, os olhares, a escuta, o diálogo e o respeito às subjetividades, ações que foram destacadas por Merhry (2002) como “tecnologias leves”, aquelas que promovem vínculos, acolhimento e a gestão de “um trabalho vivo em ato”.

A observação do comprometimento das pessoas nesses encontros permitiu a reflexão sobre a promoção da autonomia e o protagonismo dos sujeitos, conforme a PNH, abrindo caminhos para construção de redes de saúde em um projeto coletivo que visa a qualidade de vida.

Finalizando este estudo, considero que o mesmo responde positivamente aos questionamentos realizados na introdução deste trabalho, identificando esses grupos de saúde como espaços importantes na vida das pessoas.

A produção de subjetividades acionadas nas trocas e no desacomodar das informações que se movimentam nessas “rodas”, indicam um novo enfoque para produção da saúde e do cuidado na UBS.

Esses encontros se destacam na atenção primária de saúde como coletivos implicados com o desenvolvimento de ações para a cogestão da saúde, em um processo genuíno de reinvenção e empoderamento da realidade, passando a ser referência para a demanda do HIPERDIA na UBS e no município.

Ao término deste trabalho, percebo que este estudo possibilitou de um lado muitas reflexões e esclarecimentos sobre os assuntos tratados, de outro lado, novas indagações e perspectivas de mudanças. Por conter assuntos complexos, relacionados diretamente com as pessoas, não se esgota, indicando a existência de novas possibilidades e outras formas de produzir saúde em conceitos ampliados de vida, um contínuo processo de aposta conjunta dos sujeitos.

A oportunidade de participar deste curso possibilitou ampliar conhecimentos em outras formas potencializadas de vivências, onde o espaço do EAD se apresentou como um desafio virtual, gerando algumas dificuldades. Porém, produziu em mim um movimento análogo ao das “rodas” no sentido de trocas e de construção de saberes, fortalecendo a vontade de inclusão e a promoção de mudanças enquanto aluna e trabalhadora da saúde, tornando-se um registro de valor singular para a minha vida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** – Florianópolis: Departamentos de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

BRASIL, Blog Saúde Brasil. Disponível em: <<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/10/24/publicada-a-nova-politica-nacional-de-atencao-basica>> Acesso em: 04 fev. 2012.

BRASIL, Constituição Federal (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/constituicaotextoatualizado_ec69.pdf> Acesso em: 29 de jan. de 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, v.13).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022** – Brasília: Ministério da saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 4. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p - (Série E. Legislação de saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; V. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. Color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. -Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde** - Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90** - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e**

ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. : il.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município Garantindo saúde para todos**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** - Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** - Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. –Brasília: Ministério Saúde, 2000.

BRASIL, Portal da Saúde/ Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342> Acesso em: 04 dez. 2011.

BRASIL, Portal da Saúde/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm>> Acesso em: 04 dez. 2011.

BRASIL, Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em: 15 de jan. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/search/node/grupos%20HIPERDIA>> Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/8175-grupos-de-educacao-em-saude-grupos-vivos-sao-sepers>> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/8500-grupos-de-educacao-em-saude-em-cantinhos-de-contos-sao-sepe-rs>> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/8074-em-pesquisa-aos-grupos-de-educacao-em-saude-vinculos-acolhimento-e-co-gestao-em-atencao-primaria-quem-mais-se-com-move>> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/11215-um-sus-sem-igual-o-nosso>> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL, Rede HumanizaSUS/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/rede-hs>> Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL, Saúde Mais Perto de Você/ Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=13200> Acesso em: 04 dez. 2011.

BRASIL, Saúde Mais Perto de Você/ Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnhd/acoes.php>> Acesso em: 06 dez. 2011.

BRASIL, Saúde Mais Perto de Você/ Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288> Acesso em: 09 jul. 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata - URSS. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 15 junho.2012.

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E., **Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs) “Construção Social da Demanda”;** IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FREIRE, Paulo. (1979). **Educação como prática da liberdade.** 17.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido,** 17ªed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1987.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.**

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo/ Emerson Elias Merhy-** São Paulo: Hucitec, 2002. – (Saúde em debate; 145).

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional.** Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez.2003.

MINAYO, M. C. de S, **O desafio do conhecimento: PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.** 11. ED. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as praticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde.** *Interface: comunicação, saúde, educação*, [S.l.], v. 8, p. 121-126, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular Nos Serviços de Saúde.** HUCITEC. São Paulo, 1997. 3ª ed.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data ____/____/2012

Entrevista nº _____

Iniciais do nome: _____

Gênero: Masculino Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Você participa dos grupos de saúde HIPERDIA da UBS Ambulatório de Clínicas:

semanalmente 2 vezes no mês 1 vez por mês a cada dois meses

Este espaço de encontro é importante para sua vida?

sim não

Por quê? _____

Fale sobre o que o grupo HIPERDIA representa para você:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro pelo presente instrumento que fui suficientemente esclarecido (a) pela enfermeira Adriana Regio Martins sobre a confidencialidade dos dados coletados para a pesquisa de campo que está sendo realizada nos grupos de saúde HIPERDIA, tendo por objetivo o desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão da Saúde - Ead/UFRGS. Concordo com a divulgação acadêmica das entrevistas, das gravações e de imagens dos grupos em que eu estiver presente.

Local e data _____

Nome e assinatura do usuário (ou representante legal)

Documento de Identidade