

EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA MOBILIZADORA DE ENFERMAGEM – CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA O AUTOCUIDADO –

Rachel Noronha¹

NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem – condições prévias para o autocuidado. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 39 (1): 34-43, jan./mar., 1986.

RESUMO. Este trabalho descreve uma experiência participativa com portadores de câncer em tratamento ambulatorial num hospital-escola do Rio de Janeiro. Teve por propósito mobilizar os clientes para o autocuidado e analisar a trajetória dessa mobilização. As concepções teóricas do autocuidado em Enfermagem e de metodologia de estudo de caso, associada à de pesquisa participante foram escolhidas; no primeiro caso, para servir de suporte teórico principal e, no segundo, com intenção de se realizar uma análise predominantemente qualitativa. Concluiu-se que a metodologia utilizada é viável e age positivamente na conscientização crítica para o autocuidado. Entretanto, a abordagem ilusiva artificiosa de omissão com que vêm sendo tratadas as pessoas acometidas de câncer representa uma questão impeditiva relevante para que a participação de clientes no processo de autocuidado em saúde possa se efetivar.

ABSTRACT. This study describes a participative experience with people with cancer who were receiving ambulatory assistance in a university hospital in Rio de Janeiro. The purpose was to mobilize the clients in order to achieve the self-care and to analyse the trajectory of this mobilization. A nursing self-care conceptual framework was selected as a theoretical support. The case study and the participatory research were adopted, keeping in mind a subsequent qualitative analysis. The result of this study indicate that the methodology used is viable and acts positively in the critical conscientization of the clients to self-care. However, the misleading approach that has been used in assisting cancer clients represents a relevant impeding question to the effective development of the client participation in the health process.

INTRODUÇÃO

A concepção de autocuidado, hoje amplamente aceita pelos teóricos da enfermagem, especialmente nos países desenvolvidos, precisa ser retomada em termos de seus princípios e de sua aplicabilidade, numa sociedade em desenvolvimento, como é o caso do atual contexto brasileiro.

A assistência de enfermagem, de uma maneira geral, processa-se a partir das decisões dos profissionais de cada área, com base nos problemas por eles considerados como prioritários. O cliente* é habitualmente alijado do processo decisório participando apenas como objeto das decisões tomadas, recebendo passivamente os cuidados que lhe são destinados. O enfermeiro assume o papel de sujei-

1. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

* CLIENTE será entendido, no texto, como a pessoa integral, composta de corpo, psiquismo e relações sociais que procura os serviços profissionais de saúde. Eventualmente será utilizado o termo “paciente”, referindo-se à passividade do cliente nas ações de saúde.

to do processo, isto é, ele dirige as ações, tanto as suas, quanto as do cliente. Os resultados, em decorrência deste fato, provavelmente não são os melhores para a pessoa do cliente.

Por outro lado, a assistência de enfermagem, que vem sendo embasada nas premissas do autocuidado, preocupa-se em abordar pragmaticamente a questão. São ensinadas ao paciente as técnicas referentes ao procedimento e dele se espera uma aprendizagem do tipo comportamental, tal como lhe foi demonstrado. Destarte, basta a hipótese de que ele esteja seguindo a dieta e tomando os remédios corretamente, ou fazendo a higiene pessoal, não interessando, necessariamente, que ele saiba as razões pelas quais adota tal atitude, as causas das doenças, ou as responsabilidades no seu processo vital.

De outra perspectiva de abordagem, independentemente de todas as forças que atuam na participação das pessoas nos processos decisórios no micro ou macro-níveis, cada uma possui, *a priori*, um potencial de capacidade participativa, que, devidamente estimulado, faz com que se desenvolva a conscientização crítica. A partir de então, ativada a consciência crítica, a pessoa se compromete com a realidade e passa a transformá-la, tornando-a mais humana (FALS BORDA⁵, FREIRE⁷, JORGE¹¹).

Nesse sentido, a condição de decidir antecede o autocuidado e essa afirmação sustenta o presente estudo. Busca-se elucidar as verdades que circundam essa questão, ao analisar as condições de aplicabilidade de um método de autocuidado e compor um referencial que possa servir de subsídios para a prática de enfermagem. É certo que os princípios da teoria de autocuidado são universais e podem ser aplicados em qualquer situação e para todos os clientes; entretanto, muitos aparentes impedimentos à sua prática mais plena constituem excelentes incentivos para estudos de alternativas e aperfeiçoamento de um uso cada vez mais apropriado. Um sério problema de saúde, que serve de exemplo para o que ora se afirma, é aquele do cliente em que foi diagnosticado câncer.

Segunda causa mais importante de morte em diversos países do mundo (BELAND & PASSOS¹), esta doença, cercada de estigmas e mistérios, frequentemente é escondida do conhecimento do cliente, excluindo-o como sujeito do seu processo de saúde marginalizando-o de sua própria realidade.

Na sociedade atual, o interesse pelo lucro e pela acumulação de bens por parte de uma minoria tem acabado por levar a maior parte das pessoas a serem expropriadas de grande parte dos seus direitos, inclusive o de decidir e o de como cuidar de sua própria vida e, mais especialmente, de sua

saúde (LUZ¹²). E para que a pessoa possa decidir sobre sua saúde e se cuidar, é fundamental que ela esteja mobilizada a utilizar sua própria consciência crítica.

Hoje, a amplamente discutida crise de Saúde tem conduzido a uma busca renovada de alternativas referentes ao criticado modelo ocidental de atenção à Saúde. Um dos resultados desta busca tem sido o recrudescimento de interesses na promoção e educação em saúde, em combinação com um crescente apoio aos movimentos e ideologias de autocuidado (BELAND & PASSOS¹).

Ademais, mesmo as pessoas que não têm o domínio do conhecimento formalizado (saber ler e escrever) sabem pensar e decidir e têm, em virtualidade, poder de participar do seu próprio processo de saúde. O trabalho “com” o cliente é diferente do trabalho “para” ou “pelo” cliente, e os profissionais que experimentam esse tipo de abordagem certamente concordarão com essa afirmativa. No entanto, o ato ligado ao ensino-aprendizagem continua mantendo as características formais de cursos de extensão, baseados em demonstrações de procedimentos, geralmente impessoais, abordando um saber não decodificado, como se fora para cumprir uma tarefa de ensino e não, necessariamente, discutir experiências e formas de se cuidar.

Uma das premissas do autocuidado é a decisão e, em tese, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca de seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade. O autocuidado não é uma atividade individualista de relação enfermeiro/cliente. Engloba muito mais que isso e implica numa visão do coletivo. A adoção desta teoria não significa apenas uma transposição de ensinamentos técnicos do profissional para o cliente, como se corre o risco de interpretar neste País. Certamente a interpretação do conceito de autocuidado, para que se consiga atingir sua plenitude, reconhecidas as características culturais da população envolvida, implica em adaptações, esforços, acertos e erros.

Além disso, é descrito também que os enfermeiros fogem dos clientes com problemas graves de saúde, em iminência de morte (COSTA³, GUIMARÃES⁹) o que vem representar uma importante justificativa para que se estude o assunto e sejam encontradas alternativas apropriadas à atenção a essas pessoas.

Ademais, a pessoa acometida por câncer carrega consigo as conseqüências de uma doença socialmente estigmatizada e estudos para o desenvolvimento da consciência crítica, com a finalidade de se alcançar o autocuidado de clientes situados nesta problemática, parecem não ter sido ainda bastante valorizados.

Assim sendo, um sentimento movido pelo desafio do convívio com pessoas acometidas de cân-

cer, capazes de viver em sua plenitude, como seres humanos, inteiros e em condições de trabalhar suas próprias potencialidades, necessidades, conflitos, ansiedades e esperanças e também a intenção de contribuir para uma assistência de enfermagem mais humana e conscientizadora e menos paternalista e pragmática representam as razões principais da escolha deste tema.

A discussão de assuntos que envolvem a pessoa como um ser global, membro de uma coletividade, requer um trabalho de ideação que tenha como ponto de partida uma realidade correta e como intuito uma consciência crítica de transformação. Nesse processo interferem inúmeros fatores, porém, em princípio, todas as pessoas podem dele participar. A Enfermagem, mesmo embasando-se em experiências de países desenvolvidos, pode se utilizar desses conhecimentos para apoiar sua prática. Faz-se necessário que sua função educativa não fique restrita ao processo ensino-aprendizagem do tipo comportamental ou técnico, no qual o cliente aprende a executar tarefas tidas como indispensáveis para sua sobrevivência, com relação ao problema de saúde. É preciso buscar o ensino-aprendizagem como a unidade valorativa da assistência (PAIM¹⁴), conforme indica OREM¹³ em sua teoria de autocuidado. Para decidir e participar como sujeito de seu processo vital e terapêutico, o cliente necessita estar preparado, o que importa em mudanças na equipe de saúde em relação ao tratamento do cliente para mobilização em direção ao autocuidado.

Diante disso, merecendo atenção especial na problemática originada pelo câncer, surge importante questão como grande força interveniente. Conscientização implica em liberdade de decisão e participação efetiva. A proposta básica deste trabalho consiste, portanto, em analisar sob que condições se desenvolve, voluntariamente, o autocuidado, quais são as fontes mobilizadoras e o que pode interferir na instauração de uma maior consciência crítica, cujo *locus* de apoio reside na verdade sobre o conjunto de problemas inerentes à pessoa, considerada como ser global, situada historicamente.

O enfoque principal se embasa na possibilidade de mobilização da consciência crítica das pessoas a partir de seus próprios problemas de saúde. Não se pretende, entretanto, apresentar fórmulas de solução ou medir a operacionalização dessa consciência. Trata-se de uma tentativa de provocar a mobilização de clientes para que estes utilizem o próprio potencial, com fins de cuidado com a saúde, a partir da busca de transformação da realidade em que vivem. Pretende-se também contribuir para a prática e o ensino de enfermagem, uma vez que o estudo do método cria um referencial teóri-

co-prático que poderá ser certamente aproveitado, dentro de outras perspectivas.

Enfim, com base em uma teoria de autocuidado e com o uso de um método de conscientização crítica, tenciona-se estudar as pré-condições de clientes para o exercício do autocuidado em enfermagem e também contribuir para o bem-estar das pessoas envolvidas, sem a pretensão de testar os postulados da teoria, mas sim de verificar em que condições ela pode ser melhor utilizada.

Como objetivos do trabalho foram determinados os seguintes:

- analisar a participação de clientes na evolução do processo terapêutico a partir da mobilização de sua consciência crítica;
- explicitar as expressões de manifestação participativa dos clientes; e
- coletar subsídios dos clientes para compor um referencial teórico sobre participação, tendo em vista uma teoria de autocuidado.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi subdividida em três partes e abordou os temas conscientização, autocuidado e a pessoa com câncer.

METODOLOGIA

Tipologia do estudo: optou-se pelo estudo de caso, partindo das concepções da pesquisa participante.

MÉTODO

Seleção dos clientes.

Fazem parte deste trabalho pessoas acometidas de câncer. Entretanto, para que pudessem ser atingidos os objetivos da proposta, foram estabelecidos os seguintes pré-requisitos:

- verdade: o cliente incluído na amostra sabia, por seu médico, que tinha câncer e estava ciente de toda sua situação de saúde (diagnóstico, tratamento e prognóstico),
- idade superior a 18 anos: assumindo as responsabilidades de seu próprio tratamento médico;
- disponibilidade: manifestação quanto à disponibilidade em participar do trabalho, isto é, estar disposto a frequentar as sessões e não ter nenhum impedimento físico, ocupacional, familiar, social ou outro tipo para esta participação.

O trabalho foi realizado em um Hospital-Escola na cidade do Rio de Janeiro, onde um médico oncologista tem como filosofia de trabalho comunicar a seus clientes sua real situação de saúde.

Dos 53 clientes portadores de câncer cadastrados, 13 sabiam do diagnóstico médico. Foram consultados seus prontuários, a fim de se obter dados que facilitassem as entrevistas, tais como: idade, endereço e história da situação de saúde. Dos 13 clientes pré-selecionados, 3 deles não compareceram à consulta médica no prazo definido, mesmo após convocação. As entrevistas com os clientes foram individuais e procedidas depois da consulta com o médico que se certificava-se o cliente realmente conhecia sua situação de saúde e lhe informava que havia interesse de se criar um grupo de clientes que tratassem de seus próprios problemas de saúde. Nas entrevistas a proposta era esclarecida. Explicava-se a cada um que o tema central do estudo era o autocuidado, onde se pretendia que fossem as reuniões, quantas seriam, a duração provável de cada uma, suas características de flexibilidade e a possibilidade de fornecimento de comprovantes de fornecimento de comprovantes de comparecimento, para fins de dispensa no trabalho. Todos fizeram perguntas, acharam a idéia promissora e demonstraram interesses em participar. Porém, dos 10 entrevistados, 4 moravam em cidades distantes, com difícil acesso ao hospital, sendo que a frequência para consulta e tratamento era mensal. Dois se recusaram a participar, por motivos de incompatibilidade com o horário de trabalho, alegando que a dispensa seria inconveniente. Os 4 restantes declararam aceitação e disponibilidade e constituíram a amostra do presente estudo.

Características dos clientes:

O grupo estudado constou de 4 clientes selecionados conforme pré-requisitos e condições citadas anteriormente, sendo três mulheres, com 53, 36 e 34 anos, e um homem, com 37 anos. Três eram casados e uma desquitada. Todos tinham filhos. Três moravam no Rio e um em Teresópolis. Todos cursaram o primeiro grau completo. Na época da realização do estudo, dois trabalhavam assiduamente, uma estava aposentada a pedido, considerada sua questão de saúde, e o outro, de licença para tratamento. Suas atividades de trabalho eram diversificadas: telefonista, auxiliar de laboratório de pesquisa biológica, comerciante autônomo e auxiliar de assistência social (agente de Serviço Social). Com relação à situação de tratamento, um estava em fase de quimioterapia pós-cirurgia de extirpação de adenocarcinoma no cólon ascendente e ceco; outra em imunoterapia devido a melanoma no braço esquerdo, após cirurgia; a terceira em fase de controle após cirurgia e quimioterapia por câncer de mama, e o outro, portador de Doença de Hodgkin, foi submetido a laparotomia exploradora, com esplenectomia e

iniciou quimioterapia no decorrer do estudo. Todos tinham, segundo parecer médico, bons prognósticos com relação a doença, sendo que uma era considerada praticamente curada.

Coleta de dados:

A coleta de dados foi dividida em duas partes, uma com profissionais médico e enfermeiro (chefes, da Clínica de Oncologia e dos ambulatórios, respectivamente), com a finalidade de estabelecer um clima de cooperação que pudesse ajudar no desenvolvimento do trabalho e coletar opiniões sobre a participação de clientes no processo terapêutico. A outra, com os clientes, em que foi implementado o método de mobilização para o autocuidado. Esta parte foi dividida em quatro fases: encontro preliminar informal, entrevista em dupla, problematização dos temas geradores, que foi subdividida pelos temas em seis encontros (participação, manifestação de necessidades, cooperação, liberdade, decisão e autocuidado) e devolução de registros ao grupo, através da análise da trajetória de mobilização para o autocuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O método:

1ª FASE: ENCONTRO PRELIMINAR

Este encontro foi informal e teve como finalidade primordial iniciar o entrosamento entre os membros do grupo. Além disso, pretendeu-se também observar os participantes quanto a comportamentos, linguagem (forma de construir o pensamento), os sentimentos inerentes ao estado de saúde, registrar verbais de cada um, expor a proposta de trabalho e planejar as reuniões subseqüentes.

A reunião durou 2 horas e teve como estratégia básica a participação dialogada e os testemunhos foram gravados em fita cassete. Foi solicitado a cada pessoa que lesse o Roteiro "Níveis de Manifestação de Autocuidado" e que registrasse no quadro correspondente à primeira reunião o seu nível de manifestação de autocuidado, compreendido pelo grupo como sendo os critérios estabelecidos para se considerar a situação do autocuidado de cada um. Tal registro foi feito também pelo pesquisador, com base nos dados obtidos através dos testemunhos. Cada pessoa falou livremente de si, sua família, trabalho, expectativas, esperanças, a doença e sobre o que esperava que acontecesse no transcurso do estudo.

2ª FASE: ENTREVISTA EM DUPLA

Esta fase consistiu numa entrevista em dupla e se realizou em apenas um encontro, cujas finalidades básicas eram a coleta de situações vivenciais que pudessem servir para enriquecer os temas gera-

dores (FREIRE⁶), registrar as manifestações verbais referentes ao processo de mobilização para o autocuidado e o nível de manifestação de autocuidado, dar testemunhos de suas expectativas e experiências e expor livremente os problemas de cada um. Foi colocada uma situação vivencial e depois de combinada a forma e o tempo previsto para o desenvolvimento dos trabalhos, as duplas se formaram espontaneamente e cada um tentou se colocar no contexto da situação, com a ajuda e questionamentos do outro, opinando e dando sugestões. Os depoimentos foram gravados em fita cassete, a situação vivencial foi apresentada em um cartaz e os participantes, fotografados em diversos momentos.

3ª FASE: PROBLEMATIZAÇÃO DOS TEMAS GERADORES

1º Encontro: Tema: Participação

Este encontro teve como objetivos problematizar* o tema gerador “participação”, fornecer conhecimentos considerados chaves para o processo de autocuidado, permitir a reflexão e discussão do tema e colher os testemunhos dos participantes.

A reunião foi realizada numa sala do ambulatório do hospital e teve a duração de aproximadamente duas horas. Foi feita, pelo pesquisador, uma exposição sobre o tema, partindo de um *flash* da reunião anterior, em que uma participante disse que “ninguém vive isolado”. Foi salientado que a participação é uma necessidade fundamental do ser humano, suas bases, os tipos, os fatores condicionantes e alguns pontos considerados importantes. Durante a exposição, os participantes externaram suas dúvidas, discutiram e ressaltaram abordagens relevantes. Foi vivenciada também a participação de cada um em sua família, no trabalho, em outras instituições, na saúde e nas decisões em saúde.

Foram utilizados, além da exposição, cartazes ilustrativos e a história de vida das pessoas.

Os depoimentos foram gravados em fita cassete e foram feitas fotografias durante a reunião. Ao final, cada um marcou no próprio gráfico o seu nível de manifestação para o autocuidado, percebido naquele momento. Um participante não pôde comparecer, pois seria submetido naquela semana a uma cirurgia.

2º Encontro: Tema: Manifestação de necessidades

A expressão da necessidade é a única característica da assistência ao cliente, que é exclusivamente do seu domínio e representa o foco do interesse do cuidado de enfermagem (DICKSON &

LEE-VILLASENOR⁴). Sendo assim, este encontro teve por finalidade problematizar o tema “manifestação de necessidades”, de tal forma que os participantes pudessem compreender a responsabilidade de cada um, especialmente no que se refere ao seu autocuidado, assim como as diversas óticas pelas quais a realidade pode ser interpretada. Além disso, pretendeu-se também discutir o tema, assim como registrar os testemunhos dos participantes.

O encontro aconteceu numa sala do ambulatório do hospital e contou com a presença de 4 participantes, incluindo-se o pesquisador. O ausente se encontrava em fase de pós-operatório.

Os trabalhos tiveram como ponto de partida dois momentos de reuniões anteriores. Um deles, uma colocação de uma participante: “Todo mundo ama a vida, de uma maneira ou de outra e com as coisas escondidas não há como participar”. O outro, foram fotografias tiradas anteriormente. O primeiro chamamento pretendeu salientar a importância da manifestação de necessidades para a vida e, especialmente, para o autocuidado, através da participação. O segundo tentou despertar para o fato de que a realidade é uma imagem cambiante (HAMACHEK¹⁰). Daí foram interpretadas outras gravuras e foi discutido que as manifestações das pessoas podem ser por meio de linguagem verbal e não-verbal, sua importância para a vida e para o autocuidado, as responsabilidades do enfermeiro, pessoal da saúde e cliente. Enquanto isso, era gravada em fita cassete a expressão verbal de cada um e fotografadas algumas expressões não-verbais.

3º Encontro: Tema: Cooperação

Essa reunião foi dividida em duas partes. A primeira teve por objetivo partilhar experiências de pré e pós-operatórios de um membro do grupo, que sofreu uma operação, assim como colocá-lo a par dos acontecimentos anteriores dos quais ele não pôde participar e coletar seu testemunho. Nesta parte foi salientado que o autocuidado pode ser parcial ou total e foi perguntado a ele quando e em que condições sua capacidade de autocuidado foi parcial, como se deu sua participação no processo de tratamento, se sua capacidade de decisão foi alterada, se a hospitalização influenciou muito na sua participação, quando e como voltou a sua capacidade de autocuidado total, se ele se sentiu mobilizado a se cuidar e se tudo o que foi trabalhado anteriormente no grupo contribuiu, de alguma forma, para o seu bem-estar:

A segunda parte da reunião teve por objetivo problematizar o tema “cooperação” e colher os testemunhos. Foram rememoradas situações dos participantes, enfatizando-se a cooperação como

* Problematização – significa o estabelecer de desafios sobre o tema.

suporte para o alcance do autocuidado, tais como: uma pessoa com doença de Hodgkin que procurou um dos participantes com a finalidade de ajudá-lo, passando suas experiências, expectativas e esperanças; as filhas e o médico do trabalho de outra participante, que demonstraram cooperação para com ela, contribuindo assim para seu bem-estar; a cooperação que outro membro do grupo demonstrou quando da doença do marido, que, segundo ela, estava correndo risco grave de vida; e como a falta de cooperação e de ajuda pode levar, muitas vezes, a um estado de doença, como foi a situação revelada por outra participante. Com essas situações vivenciais em pauta, foram discutidos: como pode a cooperação contribuir para o autocuidado, a receptividade das pessoas quando são procuradas por alguém com fins de ajuda e a experiência de cooperação de cada um.

O encontro foi realizado na residência de um dos membros do grupo. Houve falta de uma pessoa, que não conseguiu dispensa do trabalho. Estava presente também a esposa do dono da casa. As declarações foram gravadas em fita cassete e as pessoas foram fotografadas.

4º Encontro: Tema: Liberdade

“Fui tão sufocada pelo autoritarismo de meu marido, que só tinha dois caminhos: a morte ou a liberdade. Aí me libertei e passei a lutar pela educação dos filhos em moldes mais participativos. Acho que o surgimento do câncer tem relação com esse momento crítico em que despertei para a liberdade”. (uma participante).

Partindo desta situação vivencial, o presente encontro teve como finalidade principal discutir e refletir sobre o tema, dando continuidade ao processo de mobilização das pessoas para o autocuidado.

Além disso foram apresentados também: uma situação vivencial baseada no referencial teórico, alguns conceitos de liberdade, como ela se expressa, suas características e suas relações com a área de saúde. Foram discutidas também as prováveis soluções para a satisfação dessa necessidade e foram acrescentadas as experiências e expectativas de cada um quanto à liberdade em todos os níveis, quais sejam: pessoal, familiar, no trabalho, na comunidade e em relação com os problemas do binômio saúde-doença. O encontro realizou-se numa sala do ambulatório do hospital, com a presença de todos, e durou aproximadamente duas horas. Os diálogos foram gravados e todos marcaram seus níveis de manifestação de autocuidado no gráfico próprio. Uma participante se declarou muito indisposta e preferiu não falar muito, apesar de ter acompanhado toda a discussão.

5º Encontro: Tema: Decisão

A decisão é o fator determinante do autocui-

dado; sem ela nada poderá ser feito (OREM¹³). Partindo daí, nesse encontro, pretendeu-se questionar e refletir sobre a decisão para a vida, de um modo geral, e para o autocuidado. Por meio de questões e discussões, os participantes refletiram sobre o que seria decidir e a capacidade de decidir, os fatores intervenientes, as responsabilidades de quem toma decisões e as relações entre decisão, liberdade e autocuidado. Os trabalhos se desenvolveram por meio de opiniões, vivências e testemunhos de cada um, os quais foram gravados. O nível de manifestação de autocuidado foi marcado no gráfico. A reunião durou uma hora e meia, um participante faltou e os trabalhos foram realizados no jardim do local de trabalho de uma componente do grupo.

6º Encontro: Tema: Autocuidado

O último encontro desta etapa teve por finalidade básica rememorar e agrupar os conteúdos e vivências adquiridos até então. Em primeiro lugar, foi relatado ao ausente na reunião anterior, por uma das participantes, o ocorrido durante os trabalhos. Foi colhido seu testemunho e marcado no gráfico seu nível de manifestação do autocuidado. Em seguida, foi feita, pelo pesquisador uma breve exposição sobre as características do autocuidado, o que influencia na sua operacionalização, o fator-chave, o fator determinante, os tipos, a atuação do enfermeiro e as responsabilidades de cada um nesse processo.

Foram utilizados cartazes, cada um apresentou sua posição diante do autocuidado desde o início dos trabalhos, os depoimentos foram gravados e os registros do nível de manifestação do autocuidado foram feitos por todos. A reunião aconteceu numa das salas do ambulatório do hospital e durou aproximadamente duas horas. Todos estavam presentes, combinou-se o último encontro e discutiu-se a possibilidade de uma reunião social de encerramento.

4ª FASE: A TRAJETÓRIA DA MOBILIZAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO

Nesta fase, a última do conjunto dos trabalhos deste estudo, pretendeu-se fazer uma análise global do desenvolvimento dos encontros, desde o início, com destaque para os níveis de manifestação do autocuidado, marcados nos gráficos pelos participantes e pelo pesquisador, e para o revigoramento da condição de autocuidado. Para isto, os membros do grupo responderam, em conjunto, a um formulário e fizeram uma análise comparativa com o pesquisador da trajetória da mobilização para o autocuidado, por meio dos gráficos marcados no transcurso do trabalho. Cada um falou livremente sobre suas impressões a respeito dos resultados, dúvidas e sugestões referentes ao trabalho.

ANÁLISE INTERPRETATIVA

O presente estudo, em seu projeto inicial, pretendeu utilizar um método para mobilizar clientes para o autocuidado. O câncer, como problema de saúde, foi escolhido, por causar uma situação desafiadora, o que serviu de critério para escolha do grupo e delimitação da população com características semelhantes. A proposta, por ser de mobilização da consciência crítica das pessoas, adotou, *a priori*, um critério básico e indispensável: a explicitação da verdade diagnóstica da saúde dos participantes.

No Brasil, o câncer vem sendo tratado, de uma maneira geral, sob esquema de informações falseadoras, ou mesmo por omissões na explicitação de cada caso. Então, torna-se complicado humanizar a assistência a alguém que nem sabe que distúrbio o acomete.

Foram feitas consultas a várias instituições e entrevistas com diversos enfermeiros e médicos. Uns omitem totalmente de seus clientes o diagnóstico do câncer, muitas vezes dizendo outro diagnóstico em lugar do verdadeiro, considerando correta a atitude, pois, segundo eles, tal informação poderia ser maléfica ao cliente. Outros dizem "meia verdade", isto é, dizem que o cliente tem uma doença muito grave e que precisa se cuidar. Outros dizem que o cliente tem câncer e lhe prometem cura. Os enfermeiros, em grande parte, omitem-se e preferem que esse assunto seja resolvido tão-somente pelos médicos, por se tratar de diagnóstico. Desenvolvem os cuidados de enfermagem também escondendo as informações do cliente.

Diante desse quadro, enquanto se pretendia formar grupos para a implantação do método, escasseavam, a cada busca, os clientes sabedores do seu diagnóstico.

Assim, na Instituição onde pôde ser realizado o trabalho, um médico atua na área de oncologia clínica com a postura de dizer a verdade aos clientes, muitas vezes de forma gradativa e com preparo prévio. É um trabalho quase isolado e, segundo ele, tem sido gratificante. Conforme exposto anteriormente, de 53 clientes atendidos por este médico, 13 sabiam que tinham câncer. Uns talvez não ficassem sabendo, pela gravidade da situação; outros estavam sendo preparados para sabê-lo.

Por fim, devido aos diversos empecilhos, apenas 4 pessoas puderam participar do trabalho. Podem ser, portanto, consideradas como pertencentes a um grupo homogêneo, enquanto sabedores de suas situações de saúde-doenças, o que parece ser coerente com suas manifestações como "agentes de autocuidado".

A questão da participação de clientes em ações de saúde esbarra em diversos fatores e a ver-

dade tem significação destacada, por interferir em todo o equilíbrio da pessoa em pauta. O tratamento do câncer provoca reações adversas demais para que a pessoa não o questione. Uma outra situação menos dolorosa talvez não provoque tantas interrogações, não por ser menos importante, mas sim pelas implicações e principalmente por muitas vezes levar o cliente a ter que superar seu limite de resistência. A dúvida corrói a pessoa e gera desconfiança e insegurança capazes de provocar um nível elevado de *stress* e até mesmo de influenciar no sistema imunológico do organismo e, conseqüentemente na defesa contra o câncer e, além disso, ninguém pode lutar por uma causa que desconhece. Segundo estudos citados por BOND², na ausência de informações claras, adicionadas às limitações do que se aprende, os clientes adquirem, por outros meios, informações errôneas acerca da doença, o que pode ser até perigoso, inclusive, podendo ser fonte de tensão, com tendência a não se acreditar mais na verdade, quando esta for revelada.

Isto quer dizer que a fonte de informação tem que ser a mais fidedigna possível para que não gere mais problemas no já conflitado cliente. Maguire e Weissman, citados por BOND², assinalam que quando um diagnóstico é fornecido, embora possam ocorrer sobressaltos e choque iniciais, em geral os doentes afirmam que saber a verdade ajuda a compreender o tratamento, planejar o futuro e ajustar-se à situação; os problemas surgem quando eles se sentem incapazes de vencer as implicações do câncer.

Neste item foram apresentados os conceitos básicos extraídos do referencial teórico consultado, os quais serviram de guia para a interpretação dos resultados obtidos pelos clientes com a adoção do método. Ao lado disso, foram discutidos e analisados os temas norteadores do método, o desenvolvimento do processo e a trajetória de participação dos clientes.

Os temas propostos se encadeiam num crescendo, tendo como elo principal e como desfecho o autocuidado e numa tentativa de facilitar o desenrolar das idéias, o item foi subdividido de acordo com os temas, sendo apresentado um perfil das pessoas que foram a razão principal do estudo. As fontes para análise foram os tetemunhos dos clientes.

CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Este trabalho constitui uma tentativa de avançar na compreensão das questões que envolvem a participação de pessoas em ações de saúde como fenômeno e em sua concretização mais ampla, que se dá para além das formas de transmissão de conhecimentos técnicos.

Com a intenção de emprestar a estas considerações conclusivas mais um caráter de reflexão do

que de ponto final do estudo, elas foram apresentadas dentro de duas perspectivas: aquela que se refere à metodologia, suas linhas de pensamento e ao método desenvolvido neste trabalho e a outra, que ficou por conta das questões e perspectivas que envolvem a concepção teórica adotada e suas relações, inclusive no que se refere à saúde num macrocontexto.

1 – Do método:

A complexidade da visão participativa e a intenção de promover o cliente como o sujeito do estudo, ajudando-o e estimulando a auto e heteroajuda, requerem uma investigação em profundidade, com a implementação de recursos que garantam a aproximação e o envolvimento do pesquisador e pesquisados. Assim, foram associados, no presente trabalho, o estudo de caso e a pesquisa participante, de tal modo que pudesse ser atingido também o objetivo de utilidade, isto é, servir de ajuda às pessoas envolvidas e não haver prejuízo por causa da não continuidade gerada por um trabalho de cunho acadêmico.

Assim, foi criado o método de mobilização de clientes para o autocuidado. A idéia central foi de humanizar a assistência de enfermagem. Para isto se faz necessário um estudo com ação qualitativa. O grupo não pôde ser grande, nem ser extenso o programa, dadas as limitações temporais de um trabalho dessa natureza. Como na Enfermagem as investigações, em sua maioria, não se têm ocupado de muitas alternativas metodológicas, a exemplo do que se buscou neste trabalho, surgiram alguns dilemas a serem considerados, como a cientificidade, a extrapolação para outros grupos ou a generalização do conhecimento, a subjetividade, o ecletismo das estratégias e o espontaneísmo.

Limitações também podem ser encontradas e a principal parece ser de ordem estrutural. A Enfermagem está inserida num contexto ideologicamente conservador e o saber, que vem sendo por ela reproduzido, está atrelado às características tecnicistas e de medicalização, onde é muito mais importante curar do que prevenir. O preparo de clientes para assumir decisões em saúde nem sempre é valorizado. Por outro lado, o efeito das raízes autoritárias historicamente se reflete no ensino de graduação e pós-graduação em Enfermagem, que não prepara criticamente seus estudantes para atuarem de forma engajada num processo de mudança: “a formação de uma consciência crítica em educação e saúde não tem sido objeto de reflexão por parte dos intelectuais de Enfermagem” (GERMANO⁸). Portanto, certamente um lastro de interpretações filosóficas poderia ter facilitado a descrição e a análise das relações que se apresentaram no conteúdo do presente estudo. A limitação da continuidade do trabalho iniciado, como um traba-

lho acadêmico, foi vencida pelos participantes do grupo que se mostraram mobilizados para dar continuidade às sessões. Isto, porém, pode determinar outro tipo de limitação, pois sem a presença do enfermeiro como mediador entre os conhecimentos populares e eruditos, o espontaneísmo pode vir a diluir ou destruir as raízes das propostas de mudança.

Outra limitação da implementação do método em pauta residiu no número reduzido de pessoas para a composição do grupo. Isto se deu devido à exigência de que os clientes, para serem incluídos, precisavam estar cientes do diagnóstico médico e das suas situações de saúde, já que ficou entendido que para participar e decidir é preciso conhecer.

2 – Do autocuidado:

O presente estudo pretendeu, através da experiência aqui vivenciada, mobilizar pessoas com câncer para o autocuidado, as quais se mostraram capazes de atuar como agentes de autocuidado. Durante o desenrolar das atividades puderam ser observados fatores intervenientes, as fontes motivadoras, as condições de aplicabilidade e o próprio desencadear da consciência crítica para o autocuidado. Também, conforme ficou patente neste trabalho, a decisão, a liberdade e participação, que são os pontos fundamentais para o desempenho do autocuidado, constituem direitos inalienáveis das pessoas e o impedimento da satisfação destas necessidades só acontece em circunstâncias extremas. Então, poderia ser dito que apenas em algumas situações não pode haver a tomada de decisão do cliente, ficando aí uma questão para mais profunda reflexão, ou seja, as razões que realmente impedem o exercício do autocuidado, já que, em princípio, todos podem se cuidar. Nem mesmo o câncer parece representar um impedimento incontornável. Talvez os impedimentos psicofisiológicos apareçam como fundamentais, se forem consideradas as situações de saúde de complexidade de terceiro nível, que representam uma parcela pequena dos problemas de saúde, se comparadas às do nível primário.

Pela perspectiva do presente estudo, o autocuidado está a serviço da libertação. O cliente representa o sujeito do seu processo, com vistas ao próprio bem-estar e ao da coletividade. Assim, no âmbito do pretendido aqui, o grupo atuou numa relação de “alteridade” o que foi testemunhado pela satisfação alcançada pelos participantes.

As questões aqui discutidas e analisadas sugerem a relevância do uso de teorias e processos de autocuidado para a prática de Enfermagem, para clientes e coletividade, visto que este processo de autocuidado não se faz isoladamente. É um processo, e como tal, é determinado e produzido. Nele, a conscientização crítica aparece como fator pri-

mordial para que possa se realizar na prática. O enfermeiro aparece como pessoa-recurso ou como mediador. Nesse estudo, se consolidou esse papel e ficou demonstrado ainda que o autocuidado não é uma prática individualista, nem exclusiva do profissional ou do cliente; consiste numa interação entre pessoas, envolvendo diversos profissionais, a família e a coletividade.

Depreende-se também, no presente estudo, um entrelaçamento entre as concepções teóricas que serviram de suporte, a metodologia adotada e a interpretação dos aspectos significativos dos testemunhos dos clientes. A situação desafiadora que se entendeu ser a da pessoa com câncer, decorrente do fato de quase sempre conhecer "meias-verdades" a respeito de sua saúde, colocada como um dos fatores para a escolha do tema, não interferiu na mobilização para o autocuidado, por se tratar de um grupo que contraria essa situação (todos tinham conhecimento dos seus diagnósticos). Não se exacerbou o aspecto do câncer como uma questão negativa e geradora de crise, possivelmente porque o grupo tinha outra característica, o que, paradoxalmente, parece ter permitido, segundo seus membros, o vislumbrar de um mundo novo, cheio de valores desconhecidos.

Diante da experiência vivida neste trabalho, destaca-se, especialmente, a mais gratificante resposta, que foi a de ter visto a construção de uma relação de "alteridade", na qual o cliente participou de um processo de ajuda a si mesmo e aos outros e ver pessoas em liberdade serem sujeitos dos seus próprios processos.

CONCLUSÕES

A experiência vivenciada no contexto do presente estudo oferece, à guisa de conclusões, as seguintes declarações:

- 1 – a metodologia adotada foi considerada adequada aos intentos do estudo;
- 2 – foram identificados diversos fatores exercendo forças positivas e negativas. Dentre as positivas, houve destaque para a mobilização de motivações e dentre as negativas, para a abordagem ilusiva artificiosa de omissão com que vêm sendo atendidos os clientes portadores de câncer;
- 3 – a utilização, pelos enfermeiros, de um método de mobilização da consciência crítica é viável, benéfica, transformadora e preparatória para a assunção do autocuidado, mesmo na presença de situações antes consideradas impeditivas, como aconteceu no caso deste estudo;
- 4 – a análise qualitativa dos dados indica a existência de outras questões de ordem

estrutural ainda não resolvidas, e que funcionam como fatores interferentes a uma prática mais aprofundada do autocuidado;

- 5 – foram beneficiados todos os envolvidos no processo, objeto do presente estudo.

SUGESTÕES

Diante dos resultados, das limitações e perspectivas do presente estudo, algumas sugestões poderão servir para trabalhos posteriores:

- 1 – formação de grupos como este, por iniciativa de enfermeiros, a fim de se reafirmar a viabilidade da participação de clientes com câncer no próprio processo de saúde/doença;
- 2 – com base em um método como este, estudar outros grupos de clientes, com outros motivos de saúde para exploração das potencialidades de autocuidado;
- 3 – estudar grupos que nada ou pouco saibam sobre seu estado de saúde, a fim de explorar a viabilização de se implementar um método de autocuidado para esses clientes;
- 4 – estudos das relações estruturais identificadas, neste trabalho, como fatores impeditivos a uma prática mais aprofundada do autocuidado, a fim de que um método como este possa alcançar resultados mais abrangentes.

NORONHA, R. Mobilizing participative experience of nursing – previous conditions for self-care. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 39 (1): 34-43, jan./mar., 1986.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BELAND, I. L. & PASSOS, J. Y. Enfermagem do paciente com problemas na regulação da proliferação e maturação de células. In: _____. *Enfermagem clínica; aspectos fisiopatológicos e psicossociais* São Paulo, EPU/EDUSP, 1979. v. 3, p.33-88.
02. BOND, S. Comunicações em enfermagem oncológica. In: CAHOON, M. C *Enfermagem oncológica*. Lisboa, Europa-América, 1982.
03. COSTA, L. A. T. *Situações vida-morte – participação do enfermeiro*. Rio de Janeiro, 1977. Tese (Mestrado) – UFRJ. Escola da Enfermagem Ana Nery.
04. DICKSON, L. G & LEE-VILLASENOR, H. Nursing theory and practice. a self-care approach. *Advance Nurs. Sci.*, 5 (1): 29-40, Oct. 1982.
05. FALS BORDA, O. Aspectos teóricos da pesquisa participante, considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In:

- BRANDAO, C. R. org. *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, 1981.
06. FREIRE, P. Conscientizar para libertar. In: TORRES, C. A. *A práxis educativa de Paulo Freire*. São Paulo, Loyola, 1979.
07. _____. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
08. GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1983.
09. GUIMARÃES, N. O. et alii. Morte: um desafio de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. *Anais*. . . Fortaleza, ABEn, 1979. p.127-37.
10. HAMACHEK, D. E. *Encontros com o "self"*. Rio de Janeiro Interamericana, 1979.
11. JORGE, J. S. *A ideologia de Paulo Freire*, São Paulo, Loyola 1979.
12. LUZ, M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. IN: GUIMARÃES, R. org. *Saúde e medicina no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. p.165-67.
13. OREM D. E. *Nursing: concepts of practice*. New York, Mc Graw-Hill, 1971.
14. PAIM, L. *A prescrição de enfermagem – unidade valorativa do cuidado de enfermagem*. Rio de Janeiro 1975. Tese (Mestrado) – UFRJ. Escola de Enfermagem Ana Neri.