

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

**A CONSCIENTIZAÇÃO COMO FUNDAMENTO DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS HOSPITALIZADAS
COM TUBERCULOSE PULMONAR**

FLORIANÓPOLIS

1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A CONSCIENTIZAÇÃO COMO FUNDAMENTO DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS HOSPITALIZADAS
COM TUBERCULOSE PULMONAR**

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Dra. ROSITA SAUPE
CO-ORIENTADORA: Dra. VALÉRIA LERCH LUNARDI**

FLORIANÓPOLIS

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

TÍTULO: A CONSCIENTIZAÇÃO COMO FUNDAMENTO DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS HOSPITALIZADAS COM
TUBERCULOSE PULMONAR

Por:

Lita Miriam Moore Espinoza

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Aprovada em 11 de Dezembro de 1998.



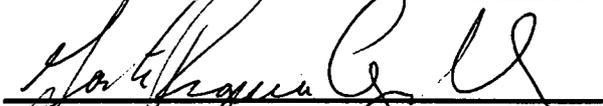
Dra. Rosita Saupe - Presidente



Dda. Fátima Buchele - Membro



Dra. Mercedes Trentini - Membro



Dra. Marta Regina Cezar Vaz - Membro

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann -Suplente

(in memorian)

À minha mãe, Eda Julia, mulher exemplar e primeira mestre de minha vida,
por dar-me a existência, força, confiança, apoio, o seu amor e conselhos até seus últimos
minutos nesta vida, meu agradecimento eterno de inesgotável afeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me confiança e luz nesta desafiadora caminhada, por, através desse processo de viver, permitir meu crescimento pessoal, fortalecimento espiritual e amadurecimento profissional. Muito obrigada, Pai Celestial, pelos ensinamentos e coragem. A Ti, meu eterno louvor e adoração.

Ao meu filho, Juan Ernesto, meu anjo e tesouro, a quem amo e que, apesar de sua pouca idade, soube entender minha ausência em função do estudo e trabalho.

Ao meu adorado Pai, Juan, pelo exemplo de luta e trabalho, pelo incentivo, apoio, amor e por acreditar em mim. Agradeço por toda a dedicação amiga e carinhosa de todos esses anos.

À Nancy Eda, minha única irmã e primeira amiga, pela compreensão, carinho e solidariedade. Agradeço a ela por me valorizar e confiar em mim. Sei que deste processo, nossas aproximações e diferenças, nosso laço de afeto e carinho se fortaleceu ainda mais.

À Dra. Rosita Saupe, orientadora e amiga, minha gratidão pela confiança que depositou na minha pessoa desde o momento em que me aceitou como orientanda, privilégio imensurável, pois fui sua primeira mestranda estrangeira. Agradeço por ter ela, através da Educação, tornado possível o compromisso com minha libertação. Obrigada pela compreensão, diálogo, amor e respeito percebidos no instante em que tive o imenso prazer de conhecê-la. Ainda, agradeço pela disponibilidade e competência, pela oportunidade de poder construir e aprofundar meus conhecimentos, por desenvolver meu espírito criativo e uma consciência crítica, durante a trajetória deste trabalho, na busca de ser sempre mais.

Existem pessoas singulares e especiais em minha vida. Tive o prazer e a honra de conhecer uma mulher amiga, mãe, educadora, profissional e que, acredito eu, com certeza, ser meu anjo da guarda. À Dra. Valéria Lerch Lunardi, minha co-orientadora, que, desde o primeiro semestre acadêmico, deu-me apoio e constante estímulo, incentivando-me a continuar esta caminhada. Estou ciente de que minhas palavras são poucas para expressar

todo o meu reconhecimento, gratidão e admiração. Agradeço os momentos de comunhão, o amparo amigo, os abraços carinhosos e fraternos com que me brindou nas horas em que as dúvidas e as lágrimas pareciam inundar meus passos. Agradeço, também, e principalmente, pelo auxílio prestado, tanto na construção deste estudo, como nas dificuldades em que tive com a Língua Portuguesa.

À Dra. Mercedes Trentini, professora que sempre esteve disposta a me receber, meu obrigada pelo prazer de tê-la como membro da Banca, pelo interesse, competência e contribuição autêntica em minha caminhada.

À Dra. Martha Vaz, pela disponibilidade e competência, por me permitir identificar e reforçar meus conhecimentos e ideais através da concepção dialética como pista de interpretação social. Obrigada por tê-la como integrante de minha Banca.

À Dra. Maria de Lourdes de Souza meu sincero agradecimento por sua disposição, estímulo, incentivo e por ensinar-me que a melhor escola é a própria vida. Muito obrigada por ajudar-me na obtenção da bolsa de estudos, pela amizade, confiança e respeito à minha pessoa.

À Cristina Lerch Lunardi, pela sua amizade e por poder contar com sua contribuição durante toda e cada uma das etapas deste processo de construção.

À professora Dra. Nora Veiga, por seu incentivo, força, apoio e amizade, meu eterno agradecimento e carinho.

À Dda. Fátima Büchele que, com muito carinho e simpatia, auxiliou-me a desvendar muitos aspectos de minha vida, que, sem dúvida, enfrentei e superei. Obrigada por ter sido amiga nesta caminhada e por ter aceitado ser membro da Banca.

À Karen, colega do Mestrado, com quem, neste último semestre, compartilhei minhas alegrias, desabafos e expectativas, meu reconhecimento e gratidão.

Ao Hospital Nereu Ramos que me deu a oportunidade de nele atuar; à chefe de enfermagem da instituição e às colegas da Unidade de Tisiologia; obrigada pelo estímulo, confiança e por nos permitir o intercâmbio cultural, através da troca de experiências e conhecimentos, enquanto profissionais integrantes da equipe de saúde.

Aos clientes portadores de tuberculose da Unidade de Tisiologia, com o qual compartilhei esta proposta educativa inovadora, eixo principal para a realização do estudo.

Às colegas de Mestrado pela amizade e pelos grandes momentos de contribuição neste processo de construção, meu muito obrigada.

À CAPES – PEC/PG (Programa de Estudantes de Convênio/Pós-Graduação) que me proporcionou a bolsa de estudos e fez possível a culminação deste trabalho.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a construção deste processo se tornasse prazeroso e gratificante.

SABER - IGNORÂNCIA

A educação tem caráter histórico, contínuo, dinâmico e permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. O homem, por ser inacabado, incompleto inconcluso, transcendente, ontológico, não sabe de maneira absoluta. A sabedoria parte da ignorância. Não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, há encontros de homens que, em comunhão, buscam saber mais e ser mais. O saber se faz através de uma superação constante dessa contradição, na qual o homem percebe sua realidade criticamente.

Paulo Freire

Minha admiração e gratidão a este mestre pedagogo (in memoriam) brasileiro que, através dos conteúdos e metodologia da Educação Libertadora, inspirou-me e auxiliou-me a desvelar a importância do “papel de Educadora” na enfermagem, como instrumento de transformação social, despertando minha consciência na perspectiva humanística. Auxiliou-me a perceber, também, que é preciso libertar o pensar, o sentir, o atuar e a palavra dos homens uns com os outros, para desvelarem sua realidade e refazerem o mundo, tornando-os mais humanos, num processo de conscientização, base para sua libertação e para a prática da liberdade no cotidiano.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo implementar uma metodologia de educação em saúde participativa, numa perspectiva humanista, para o atendimento a clientes hospitalizados portadores de tuberculose pulmonar, tendo como base um marco referencial fundamentado na Educação Libertadora de Paulo Freire, que contempla os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação (conscientização) e transformação. Estudos nesta área são fundamentais, principalmente porque nestes programas consta, apenas, o conteúdo a ser desenvolvido, sem ser apresentado nem trabalhado o método de sua implementação e socialização. Este estudo foi desenvolvido no Hospital Nereu Ramos de Florianópolis, Unidade de Tisiologia, no período de abril a junho de 1997, utilizando-se como metodologia o processo educativo participativo em grupo. Constituiu-se de quinze encontros com a participação de oito clientes. Este processo foi construído a partir da interação e troca de saberes entre clientes e enfermeira. Compreendeu três etapas: entrosamento ou aceitação; o caminhar e desligamento do grupo. Nos encontros, a partir do diálogo dos clientes e enfermeira, emergiram os seguintes temas: o processo de conscientização em relação à tuberculose e o seu tratamento; conhecimentos e sentimentos sobre a mesma; e, vivenciando o processo educativo na hospitalização. O estudo possibilitou concluir que a educação em grupo é um suporte apropriado para a conscientização dos portadores de tuberculose, permitindo-os a compreensão e (re)conhecimento da doença. Bem como uma relação mais consciente com a tuberculose, promovendo mudanças adequadas de conhecimentos, atitudes e comportamentos referentes ao estigma, além de contribuir para a possibilidade de diminuição do abandono ou evasão ao tratamento.

ABSTRACT

The present paper aims at implementing a methodology of education in participative health, within a humanistic perspective, in order to help hospitalized customers who have lung tuberculosis, having as background a referential mark based on the freedom education of Paulo Freire, who contemplates concepts of participation, self-reflection, consciousness and transformation. Studies in this area are imperative, strongly because these programs encapsulate, only the content to be developed, but not the method of its implementation and socialization. This study was developed in Nereu Ramos Hospital of Florianópolis, Tisiologia's Unit, from April to June/1997, employing the participative educative process in-group. Thus, it's made of fifteen meetings with the participation of eight clients. This process was built from the interaction and exchange of knowledge between customers and nurse. This study is composed of three phases: relationship or acceptance; the development na throughout the meetings. Thus, the following themes emerged: the consciousness process in relation to tuberculosis and treatment; knowledges and feelings about the disease and experiencing the education's process in the hospitalization. The study made possible to conclude that education in-groups is na appropriate means for the consciousness raising of tuberculosis carriers on allowing them to comprehend and recognize the disease, as well as a relation of consciousness with the disease, promoting adequate changes of knowledge, attitudes and behaviours in relation to the stigma. Besides contributing to the subtraction of the abandon or flight of the treatment.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO: DA TRAJETÓRIA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	13
CAPÍTULO II - O TEMA TUBERCULOSE PULMONAR	22
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
3.1 LINHA TEÓRICO-FILOSÓFICA DE PAULO FREIRE	33
3.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	39
3.3 PRESSUPOSTOS	43
3.4 CONCEITOS	44
3.4.1 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS CONCEITOS E MÉTODO	50
3.5 CAMINHO METODOLÓGICO	51
3.5.1 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROCESSO EDUCATIVO PARTICIPATIVO EM GRUPO	57
CAPÍTULO IV - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA VIVÊNCIA	58
4.1 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS IMPLEMENTADAS	60
4.1.1 PRIMEIRA ETAPA - ENTROSAMENTO OU ACEITAÇÃO	60
4.1.2 SEGUNDA ETAPA - O CAMINHAR	69
4.1.3 TERCEIRA ETAPA - DESLIGAMENTO DO GRUPO	79

CAPÍTULO V - AVALIAÇÃO E REFLEXÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	101

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO: DA TRAJETÓRIA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

... Os cientistas e filósofos da educação, sensibilizados pelos nossos problemas que a educação lhes oferece, deveriam abrir novas frentes de investigação científica e filosófica, instaurar novos debates, mesmo através das disciplinas tradicionais. Essa postura da instituição e dos profissionais que lhes dão vida e estatura possibilitaria um avanço considerável no conhecimento do fenômeno da educação. Donde a necessidade de um diálogo constante e de uma interdisciplinariedade que não fique apenas nas intenções. As ciências da educação têm, antes de mais nada, um interesse prático: ajudar a prática da educação em qualquer nível em que possa situar-se.

A tuberculose (TB) foi introduzida no Brasil, segundo todas as evidências, pelos colonizadores europeus. Tribos indígenas, como dos Yanomami, têm sofrido, drasticamente, pelo contato com doenças como a tuberculose, até então desconhecida entre eles (Brasil, 1993).

No início do século XIX, a tuberculose era a primeira causa de mortalidade no Rio de Janeiro. Na década de 30, o governo reconheceu o caráter social da doença e propôs, para combatê-la, em 1941, a criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT); e, em 1946, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT). O combate à tuberculose sofreu profundas alterações com a descoberta da estreptomicina, em 1944, e o grande problema, no final do século XIX, foi a resistência aos quimioterápicos para o tratamento dessa enfermidade (Brasil, 1993).

Em 1964, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a definição de que “*casos de tuberculose*”, para fins epidemiológicos, seriam os doentes confirmados bacteriologicamente. Em 1970, foi implantada a vacinação Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), intradérmica e sua obrigatoriedade para menores de um ano deu-se a partir de 1976; em 1979, faz-se a padronização do esquema de tratamento de curta duração - seis meses - este esquema de maior eficácia e menor toxicidade. Mas, apesar de todo esse esforço do programa: vacinação de 90% dos menores de um ano, descoberta de 75% da estimativa de casos, resultados favoráveis de 75% dos pacientes que iniciam tratamento, a tuberculose ainda persiste como importante problema de saúde pública. Segundo a Coordenação de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, entre 35 - 45 milhões de habitantes estavam infectados pelo bacilo, representado por cerca de 90.000 casos novos e mais de 5.000 mortes anuais pela doença no Brasil (Brasil, 1995).

A situação de saúde e a qualidade de vida da população, conseqüente à crise e à degradação das condições sócio-econômicas, que se agravam no final da década, assim como a deterioração dos serviços de assistência pública, a implantação desordenada do Sistema Único de Saúde (SUS) pela progressiva diminuição dos investimentos no setor saúde, comprometem, de modo crescente, o quadro da tuberculose no país. Torna-se ainda mais preocupante quando se tem presente que a tuberculose constitui um grave problema de saúde pública. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium Tuberculosis* (Veronesi e Focaccia, 1997).

Considera-se a tuberculose um problema social e nacional, para o qual a resposta racional esteve e está, hoje, vigente no fortalecimento e desenvolvimento de um Programa

Social de Luta Antituberculosa, que contribua ao objetivo de controle e diminuição dos sofrimentos humanos daqueles que sofrem este dano (OMS, 1993).

Atualmente no Peru, meu país de origem, encontramos-nos em fase de severa epidemia da tuberculose, como consequência do processo histórico da crise estrutural, econômica e social das últimas três décadas. Historicamente, o Peru sofreu um grande dano com esta doença, sendo que a deterioração da situação econômica, social e política determinou um incremento da severidade dos fatores de risco ligados à transmissão e aparição da tuberculose. Esta doença afeta, primordialmente, os países em desenvolvimento e tem alto impacto negativo ao atacar, principalmente, jovens e adultos e, basicamente, a população paupérrima, com suas características condicionantes, tais como: péssimas condições de habitação, aglomeração¹, déficit de saneamento ambiental, desnutrição, pouca acessibilidade aos serviços de saúde, reduzidos programas de educação em saúde, estresse social, coletivo e individual.

Na década de 80, a situação supracitada repercutiu de forma negativa sobre a estruturação e a administração de saúde no Peru. Durante este período, houve mudanças no direcionamento do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), com limitação no apoio político e nos recursos disponíveis. Assim, diminuiu a importância e prioridade do PNCT, em termos operacionais, determinando a restrição na cobertura de localização de casos, com uma deficiente qualidade diagnóstica.

Segundo uma análise da situação epidemiológica no Peru, foram identificados, em 1989, 20.000 (vinte mil) doentes bacilíferos, com uma incidência de 100 x 100.000 hab. A eficiência do tratamento foi considerada pobre, já que apenas ao redor de um caso em cada dois melhorava (OMS, 1993). Tudo isto deu origem a um enorme número de mortes e incapacidades físicas na década passada, assim como à acumulação e persistência de numerosas fontes de infecção e à produção de centenas de infecções tuberculosas, as quais, pelas características próprias de sua epidemiologia e patogenia, castigaram o futuro da condição sanitária do Peru (OMS, 1993).

O processo de mudança, ocorrido com o Programa de Controle da Tuberculose (PCTB) do Peru, tem sido produto de uma decisão política de conferir ao problema da tuberculose a mais alta prioridade e constituir-se uma “*emergência mundial*” ou “*estado*

¹ AGLOMERAÇÃO: acumulação e amontoamento por excesso de pessoas sem ordem, ocupando uma área física reduzida. A aglomeração de pessoas em casas ou em locais de trabalho com pouco espaço aumenta a contaminação.

de urgência” em todo o mundo (Peru, 1995). A perspectiva de aumento no número de casos de pacientes com tuberculose, em decorrência dos bolsões de pobreza e ampliação da miséria das populações desfavorecidas, da sua integração e relação com a pandemia do HIV, a possibilidade do aparecimento de cepas bacilares poliresistentes às drogas usuais, devido a *tratamentos inadequados* ou *incompletos*, gerando um crescente número de casos crônicos incuráveis, o mau uso das drogas, a falta de controle e a autoadministração do tratamento constituem-se em elementos que impõem aprimoramento das práticas que vêm sendo utilizadas.

Segundo dados estatísticos do Peru (Peru, 1995), em 1989, verificou-se um total de 20.000 enfermos bacilíferos; em 1992, 55.336 casos; e em 1995, havia 62.800 casos. Tendo em vista o quadro epidemiológico, a tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública. Esse panorama tende a agravar-se, destacando a crise econômica, a desestruturação dos serviços de saúde, as altas taxas de abandono do tratamento, além da epidemia da AIDS.

De acordo com o quadro epidemiológico da Fundação Nacional de Saúde (FNS), no **Brasil**, 1995 esteve representado por 90.000 casos novos, aproximadamente, dez novos casos de tuberculose e morte de cerca de 15 doentes por dia no país, dos quais, 43.2 mil na região Sudeste; 28.4 mil no Nordeste; 8.6 mil no Sul; 6.7 mil na região Norte e 3.9 mil no Centro-Oeste. Neste ano, ainda, constatarem-se mais de 5000 mortes por tuberculose, sendo pouco expressiva a redução da taxa de incidência (2% ao ano para a forma pulmonar positiva). Com esse resultado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa, hoje, o sexto lugar em número de casos notificados no mundo, atrás apenas da Índia, Indonésia, China, Filipinas e Paquistão (Brasil, 1997).

Na América Latina, os 230.000 casos notificados anualmente devem corresponder a menos da metade dos realmente existentes, além de um número indeterminado de casos crônicos.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com base na análise conjugada da incidência de casos bacilíferos, sua tendência e a eficiência das medidas de controle, o Brasil ocupa uma posição intermediária descrita como *severa*. A classificação comporta situações de *extrema gravidade* como a Bolívia, Peru e Haiti, e *moderada* como a Argentina, Chile e Uruguai (Veronesi e Focaccia, 1997).

Estes dados mostram a importância de focalizar a tuberculose na problemática de saúde e a necessidade de ser dada uma maior atenção para esta situação. A escolha do tema para a elaboração do presente estudo baseou-se na preocupação, no interesse, assim como na minha experiência profissional com portadores de tuberculose, já a partir de 1987, quando prestei assistência de enfermagem a doentes do Programa de Tuberculose do Hospital “Gustavo Lanatta Luján”, do Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), Huacho-Peru. Depois, trabalhei, também, no Serviço de Pneumologia, do mencionado nosocômio. Naquela época, trabalhando como enfermeira assistencial, tinha muito contato com portadores de tuberculose, sendo que, pessoalmente, vivenciei Tuberculose Extrapulmonar durante meu exercício profissional e, sem dúvida, toda esta situação dolorosa tornou-se uma experiência marcante em minha vida.

Posteriormente, no ano de 1993, fui designada a ocupar o cargo de subchefe no “Posta Médica Humaya”, localizado na periferia de Huacho (Peru), durante um período de 22 (vinte e dois) meses, onde, novamente, tive, sob minha responsabilidade, o Programa de Tuberculose, entre outros. Este contato levou-me a conhecer, ainda mais de perto, as vivências específicas de pessoas com tuberculose.

Logo, realizei um curso de especialização em Saúde Pública, o qual forneceu subsídios muito importantes, referentes aos aspectos teóricos, científicos, clínicos, práticos, estatísticos e técnicos, relacionados à saúde pública, e especificamente, ao Programa de Tuberculose. Estas experiências incentivaram-me a continuar desenvolvendo trabalhos nesta área de interesse. Ao mesmo tempo, surgiam novas questões e novas expectativas eram colocadas em relação às minhas perspectivas pessoais, decorrentes das relações criadas no contato com outros profissionais de saúde e, ainda, em relação ao papel da Enfermagem nos aspectos educativos com doentes tuberculosos.

Nesta trajetória, vivenciando diretamente os problemas existenciais junto aos portadores de tuberculose, compartilhando suas experiências e observando as dificuldades que nós, profissionais de Enfermagem, temos para ajudá-los a enfrentar e superar a doença, senti a necessidade de aprofundar os meus estudos sobre a temática. Ressalto, ainda, que na literatura, todas as apresentações que abordam o tema tuberculose, somente encontrei no que se refere a aspectos epidemiológicos, diagnóstico, de tratamento ou prevenção, mas nunca uma metodologia de educação em saúde participativa, própria de enfermagem, a partir da formação de grupo, para o atendimento a este tipo de clientes.

Saliento que nestes programas de tuberculose constam, apenas, normas, ações de controle e procedimentos a serem desenvolvidos, sem ser apresentado, nem trabalhado o método de sua implementação e socialização. No entanto, tenho a percepção de que o método de trabalhar tais conteúdos pode ser fundamental ou muito significativo para a adesão ou não do cliente com tuberculose ao tratamento completo, alcançando-se, deste modo, a redução nas taxas de evasão e abandono, bem como a diminuição dos tratamentos inadequados ou incompletos e a redução dos fracassos nos esquemas terapêuticos.

Segundo a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (1997), um dos maiores problemas para controlar a endemia da tuberculose é a alta taxa de abandono do tratamento: 14% dos pacientes não completam a moderna quimioterapia Antituberculosa² prevista para seis meses. As causas apontadas de insucesso no tratamento da tuberculose são: a) a interrupção prematura do tratamento pelo abandono, por toxicidade medicamentosa e intolerância a medicamentos ou reações indesejáveis; b) falência³ do tratamento por ingestão irregular da medicação, tratamentos inadequados pela falta de controle e mau uso da droga. Tais causas, predominantemente, estão associadas a problemas sociais graves (desempregados, sem residência fixa, abandonados pelos familiares), pacientes alcoolistas, com distúrbios psiquiátricos, receio do diagnóstico, estigma social, assim como discriminação e marginalização; sentimentos de temor, angústia, isolamento e vergonha (Dornelles e Rizzon, 1993).

Porém, o tratamento correto dos bacilíferos é a atividade prioritária para o controle da doença, constituindo-se na base fundamental do Programa de Controle da Tuberculose, já que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção e a possibilidade de se reduzir o problema, obedecendo os princípios da moderna terapia. Assim, considera-se a possibilidade de se reduzir o problema da tuberculose com um programa efetivo de diagnóstico e tratamento correto dos bacilíferos, sendo esta a atividade prioritária para o controle da doença.

Frente a esta problemática e análise epidemiológica, reforça-se a necessidade e o interesse de contribuir na diminuição da incidência e prevalência da doença, sabendo-se

² ANTITUBERCULOSA: esquema de tratamento farmacológico de tuberculose com associação de medicamentos de alta eficácia. Antibióticos como a rifampicina, isoniazida e pirazinamida são receitados por seis meses, para a maioria dos casos, o prolongamento para nove ou mais meses deve ser para situações especiais; com reações adversas mínimas e administração correta; curável em 100% dos casos novos e constitui a base fundamental do programa de controle da tuberculose.

³ FALÊNCIA: a persistência da positividade do escarro ao final do tratamento.

que o êxito da cura não depende somente da eficácia da quimioterapia, sendo necessário obter a colaboração do cliente e de seus familiares, para que se possa alcançar o resultado esperado.

Na literatura pesquisada, principalmente estrangeira, encontrei trabalhos realizados com relação à tuberculose e a evasão ao seu tratamento. Ferrer e Kirschbaum (1991), em Santiago de Chile, através de estudo prospectivo sobre a aderência ao tratamento antituberculoso, o grau de abandono, as características das pessoas que abandonaram e as causas deste abandono, constataram que a porcentagem de abandono do tratamento foi de 11,5%. O perfil dos clientes que abandonaram foi o seguinte: homem, idade inferior a 45 anos, baixa escolaridade, sem trabalho estável, sem residência fixa e alcoolista. As variáveis associadas ao abandono foram o alcoolismo e a intolerância aos medicamentos. Mejia (1995), no México, também em relação ao abandono do tratamento antituberculoso e aos fatores associados, verificou que o desconhecimento do paciente sobre a tuberculose associa-se, significativamente, ao abandono do tratamento. O perfil do paciente caracteriza-se pela ausência de residência fixa, falta de apoio familiar e a desconfiança no médico quanto ao acerto para curar a enfermidade.

Portanto, encontram-se, na literatura, achados com relação ao conhecimento do perfil e das características dos clientes com tuberculose que abandonaram o tratamento. Daí, ser necessário buscar soluções e tomar medidas preventivas para evitar esta ocorrência, tão danosa ao prognóstico da doença.

Tais causas justificam, a meu ver, a perspectiva e a possibilidade da construção de uma prática educativa diferente e inovadora, como participante da equipe de saúde e, especificamente, de uma Enfermagem que busque a **Conscientização**, tendo como ponto central da educação ao paciente, a importância da sua participação, do diálogo, da ação-reflexão e da transformação, para alcançar a sua colaboração e adesão no tratamento. Procurando um referencial que desse suporte as minhas intenções, encontrei, em Paulo Freire, pressupostos sobre conceitos de educação que apontam para uma linha participativa e humanista.

Frente à ausência de uma proposta metodológica, já definida, de como trabalhar os conteúdos dos programas com clientes portadores de tuberculose, a relevância da problemática e análise epidemiológica desta doença, as altas taxas de abandono do tratamento como causas de insucesso no tratamento, além da preocupação e do compromisso profissional em contribuir para amenizar tal problemática, decidi trabalhar

com o tema: *“A Conscientização como fundamento da educação em saúde às pessoas hospitalizadas com tuberculose pulmonar”*.

Para tanto, optei por desenvolver minha prática assistencial na área de Educação em Saúde com portadores de tuberculose. O perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose pulmonar, internados na Unidade de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos (HNR), confirma os dados anteriormente mencionados, uma vez que os pacientes em retratamento por abandono ficam entre 40-60% (HNR, 1997). Acredito na possibilidade de tais portadores conhecerem e implementarem novas relações consigo mesmo e com outros indivíduos, dado que a doença existe, propriamente dita, no corpo do indivíduo, bem como, em potência nas estruturas e agrupações coletivas.

Acredito que se faça necessário o reconhecimento da doença e do seu tratamento, através do processo educativo, do diálogo, da participação, da ação-reflexão, da transformação e valores morais de aceitação, respeito, responsabilidade, compromisso consigo e com o outro, sem imposições, porém buscando contribuir na diminuição ou na prevenção do abandono do tratamento.

Tenho como proposta contribuir para a prática de enfermagem, mediante o desenvolvimento de uma metodologia de educação para o atendimento a portadores de tuberculose pulmonar, tendo em vista a possibilidade de se reduzir o problema da

dialética, na qual ambos, cliente e enfermeiro, aprendem juntos. O saber tem um papel emancipador, na medida em que permite ao homem conscientizar-se de seus problemas, colocando-se como sujeito, capaz de criar, de recriar, de fazer, de refazer, de tomar decisões e *SER MAIS*.

Minha reflexão leva-me à necessidade de que os próprios clientes com tuberculose assumam sua produção humana, para terem consciência de sua própria vida e alcancem uma relação mais consciente, a partir do conhecimento de sua doença e seu tratamento, promovendo mudanças adequadas. Conscientizar e enfrentar sua realidade possibilitará sua instrumentalização para tomar novas atitudes, condutas, conhecimentos e, até, se o desejarem, repadronizar suas vidas e valores.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo geral **“Implementar uma metodologia de educação em saúde participativa numa perspectiva humanista, a partir da proposta pedagógica de Freire, para o atendimento a grupos de clientes hospitalizados portadores de tuberculose pulmonar”**.

Especificamente, o meu trabalho abrangeu os seguintes objetivos:

- **Operacionalizar a proposta pedagógica de Paulo Freire na assistência de Enfermagem, a grupo de clientes hospitalizados com tuberculose pulmonar.**
- **Identificar os conhecimentos e sentimentos sobre a tuberculose expressos pelos clientes hospitalizados portadores da doença, emergidos durante a dinâmica grupal.**
- **Socializar e refletir informações com os clientes em relação ao conhecimento e sentimento da tuberculose e seu tratamento, expressas pelos clientes hospitalizados portadores da doença.**
- **Avaliar a experiência vivenciada, quanto à utilização e aplicação do marco conceitual e da metodologia empregada, pela própria experiência desenvolvida em grupo, bem como, da sua importância na educação para a saúde.**

CAPÍTULO II

O TEMA TUBERCULOSE PULMONAR

A pesquisa social que se vem realizando ainda sob a influência do Positivismo, em geral, não tem levado a resultados que ajudem a descobrir soluções para os problemas prementes que se acumulam na área da educação, especialmente em nossos países. O processo da pesquisa qualitativa (ação, participante...) é muito importante pois, neste caso, pode gerar mudanças de comportamento, atitudes, conhecimentos, em relação ao cliente .*

* Reflexão da autora

A tuberculose, como entidade patológica transmissível, tem uma história antiga, pois, além de ser uma das doenças mais comuns da humanidade, ainda constitui-se um sério problema de saúde pública. Endêmica na Antiguidade, conhecida pelos egípcios, gregos, árabes e entre os povos do oriente, permaneceu como uma doença sem importância durante o Feudalismo, até sua explosão como a *grande peste branca* da urbanização capitalista no século passado. Disseminou-se pelo mundo todo com o colonialismo e a expansão comercial.

Nem sempre foi assim. Nos seus primórdios, a tuberculose atingiu os animais antes de alcançar os homens, provavelmente por uma variante que antecedeu o *Mycobacterium bovis*. “Os primeiros humanos possivelmente se infectaram por ingestão de carne ou leite contaminados ou por via aerógena. Aos poucos, bacilos mutantes, de localização pulmonar e melhor transmissão aerógena, com virulência atenuada, o que favorecia a sua disseminação, conseguem se firmar como parasita da espécie humana” (Veronesi e Focaccia, 1997, p.914).

Embora comprovada na América pré-colombiana, as indicações pelos relatos históricos da época, são de que não havia tuberculose entre os nativos brasileiros antes da chegada dos portugueses. Assim, a doença foi introduzida pelos colonizadores europeus, alguns tuberculosos, atraídos pelas qualidades climáticas tropicais, na época consideradas como saudáveis para cura do mal. Foi o que aconteceu com a vinda dos padres jesuítas que, com a missão de catequese, mantinham contato constante com as populações indígenas, facilitando a sua transmissão. Um dos mais famosos, o padre Manoel da Nóbrega, destacou-se por seus sermões e pela sua tísica (Brasil, 1993).

Da colonização ao Império, os relatos dão conta de altos índices de morbidade e mortalidade da doença na área urbana do Rio de Janeiro. Um quinto dos doentes internados em hospitais, em 1855, sofria de tuberculose. A mortalidade específica por tuberculose, na segunda metade do século passado, ficava em torno de 700 por 100.000 habitantes (Veronesi e Focaccia, 1997).

Foi possível, graças ao estudo das curvas de mortalidade, descrever o que se viria a chamar “*o gênio epidêmico da tuberculose*”, ou seja, o comportamento peculiar para caracterizar o conjunto de atributos e particularidades que conferem à doença o selo de especificidade (Silva, 1981).

Mas, também, a tuberculose possui, em sua marcha no organismo humano, um *ciclo* próprio, no modo como se sucedem, no tempo, as diferentes localizações da doença (Aloysio, 1984).

É impossível entender a tuberculose, tanto como doença de massa como do indivíduo, sem se levar em conta, a partir da epidemiologia e da clínica, um perfil único, na maneira como a doença vem se comportando desde que o agente tuberculoso se adaptou ao organismo humano.

Entretanto, em algumas linhas gerais, os estágios e processo da *História Natural da Tuberculose* devem ser lembrados.

A tuberculose pode ser definida como uma doença infecto-contagiosa produzida por um agente específico, o *Mycobacterium tuberculosis*. Este microorganismo, um bacilo gram-positivo fraco, responsável pela tuberculose humana, que cresce lentamente e possui uma cápsula que o protege dos agentes químicos, foi descoberto em 1882 por Robert Koch (Silveira, 1985).

É, porém, facilmente destruído por agentes físicos como o calor, os raios ultravioleta da luz solar e radiações ionizantes, não sobrevivendo longo tempo fora do organismo humano. Duplica sua população em 18 a 48 horas, dependendo da maior ou menor oferta de oxigênio, para crescer e se multiplicar, do pH do meio e da facilidade de nutrientes. Este crescimento lento do bacilo condiciona um curso lento e uma evolução crônica para a doença (Veronesi e Focaccia, 1997).

Não consegue sobreviver no meio externo, a não ser por algumas horas fora do organismo que parasita, onde cresce e se multiplica. Por ser um aeróbio estrito, infecta os pulmões e aí se localiza preferencialmente - a presença de oxigênio facilita sua multiplicação e a ligação do órgão com o meio externo favorece sua transmissão (Veronesi e Focaccia, 1997).

O *contágio* e a *transmissão* em cadeia da tuberculose, de um indivíduo doente para seus contatos, já era conhecida pelos egípcios, que os isolavam. A natureza infecciosa da doença fica mais clara apenas no século XVI, pois reconheceu-se que se transmitia por via aérea, sendo responsável um agente vivo, eliminado pelos doentes (Veronesi e Focaccia, 1997).

Segundo Newton (1996), a única via de importância na *transmissão* da tuberculose é a via respiratória e depende da contaminação do meio aéreo ambiente. A transmissão se

dá a partir de um paciente portador de tuberculose pulmonar e que apresenta bacilos no escarro. No ato de falar, tossir ou espirrar, estes bacilos são atomizados em gotículas microscópicas, as gotículas de Pfeügge, que, para se manterem em suspensão no ar, têm que sofrer imediata evaporação, restando um núcleo infeccioso-gotícula-núcleo de Wells-composto por um ou dois bacilos de Koch. Este núcleo apresenta 2 a 10 μ de diâmetro e, ao ser aspirado por pessoa sadia, ultrapassa os mecanismos de defesa da árvore respiratória e se deposita no alvéolo, onde inicia o processo patológico. Outras vias de transmissão são possíveis, como a via digestiva, que assume papel preferencial na tuberculose pelo bacilo bovino, a cutânea e outras, porém, são muito raras e sem importância, do ponto de vista epidemiológico (Newton, 1996).

As características dos focos (doentes eliminadores de bacilo) e dos comunicantes (contatos), bem como o ambiente e a maneira como ocorrem suas relações, interferem na transmissão da tuberculose. Os doentes com a forma pulmonar bacilífera, especialmente as cavitárias, constituem a fonte principal de disseminação da doença. Diversas observações prospectivas e retrospectivas mostram uma maior *transmissibilidade* dos pacientes com tuberculose pulmonar e escarro direto positivo sobre os pacientes com escarro negativo e com cultura positiva ou com ambos exames negativos (Dornelles e Rizzon, 1993).

O estado bacteriológico do doente tem influência na transmissão e no adoecimento dos comunicantes. As pessoas que têm maior risco de adoecer são: as que vivem com o doente de tuberculose pulmonar em lugares fechados, habitações pequenas, mal ventiladas e úmidas, e em condições de alimentação e saúde precárias. A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja tão associada à população de baixa renda; nesta camada social, famílias numerosas convivem muito próximas em casas pequenas (Brasil, 1995).

Os *comunicantes* intradomiciliares são mais infectados do que os extradomiciliares, sendo que a proximidade (mesma cama, mesmo quarto, mesma casa) e o parentesco (mãe, pai, irmãos e outros parentes) guarda uma relação direta e estatisticamente significativa com a infecção e a doença entre os comunicantes. Quanto mais íntima e demorada a convivência, maior a possibilidade de transmissão, daí a necessidade de investigar os comunicantes mais próximos no rastreamento da doença, assim o tempo de exposição necessário para uma infecção bem-sucedida foi calculado por probabilidades, entre 100 e 200 horas, dependendo das características do foco e da intensidade do contato (Melo e Hijjar, 1997).

A probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado e de que esta infecção evolua para a doença depende de múltiplas causas. As condições sócio-econômicas são essenciais, esta evolução depende também de o indivíduo estar sendo infectado pela primeira vez (primo-infecção) ou sendo reinfectado (reinfecção exógena) (Brasil, 1989).

Portanto, para a questão - *por que a tuberculose volta a ganhar força?*, já que estava sob controle desde o início desta década, poder-se-ia apontar como principais razões: o empobrecimento da população, com diminuição da sua resistência associada à aglomeração de pessoas em casas ou locais de trabalho com pouco espaço aumenta a contaminação; pacientes com AIDS têm o sistema imunológico enfraquecido, o que os deixa mais suscetíveis a contrair a infecção e a disseminá-la; o uso inadequado de antibióticos.

No que se refere à *clínica*, sendo uma doença de evolução crônica ou subaguda, a sintomatologia tende a ser insidiosa e de intensidade crescente e as queixas mais freqüentemente são: *sintomas respiratórios*; a *tosse*, está presente em praticamente todos os pacientes, no início é seca, podendo acompanhar-se na evolução da doença de expectoração mucosa ou purulenta, por mais de quatro semanas, valendo lembrar que a tosse tende a ser ignorada ou minimizada pelos fumantes; *dor torácica*, aparece quando há comprometimento da pleura, geralmente de pequena intensidade, desaparecendo com o tratamento eficaz; *hemoptise*, a presença de escarros hemoptóicos é pouco freqüente, acontecendo em função da extensão do processo patológico, com comprometimento dos vasos pulmonares, por esta razão, o sangue, na tuberculose, tende a assumir coloração vermelho-brilhante, o volume sendo variável; *dispnéia*, é um sintoma pouco comum, aparecendo sobretudo, nas lesões mais avançadas. *Rouquidão*, embora não se trate propriamente de sintoma respiratório, nas formas de doença com comprometimento de laringe, ela é muito freqüente (Veronesi e Focaccia, 1997).

Os *sintomas gerais* costumam ser a *febre* e a *sudorese*. A febre acontece à tarde e a sudorese aparece à noite. *Anorexia* e *perda ponderal* são fenômenos freqüentes, sendo proporcionais ao tempo de existência e à extensão da doença; assim, conseqüentemente emagrecimento, astenia e cansaço fácil (Veronesi e Focaccia, 1997).

A etapa *diagnóstica* da tuberculose se faz pela clínica, pela radiologia e achados laboratoriais. Na *clínica*, a abordagem do paciente com suspeita da doença deve iniciar-se com anamnese completa, buscando-se a presença dos sintomas clássicos. O exame físico permitirá a descoberta de sinais físicos que, na tuberculose, são proporcionais à extensão

do processo, ao tempo de duração da doença e a sua forma de apresentação. A **radiologia** do tórax é, ainda, o mais importante método de diagnóstico no estudo das doenças pulmonares; o exame radiológico, nesses grupos, permite a seleção de portadores de imagens com suspeita precoce de tuberculose e, portanto, uma terapêutica mais eficaz (Veronesi e Focaccia, 1997).

As provas de **laboratório**, no estudo bacteriológico das secreções pulmonares e de outros fluidos orgânicos, objetivam a pesquisa e identificação do *Mycobacterium tuberculosis*, que se faz pelo **exame microscópico direto do escarro**, porque permite descobrir as fontes de infecção: os casos bacilíferos; por ser um método simples e seguro, é praticado em todos os serviços de saúde. A pesquisa bacteriológica é o método mais importante, tanto para o diagnóstico, como para o controle do tratamento e pela cultura (Aloysio, 1984).

Diagnosticada a tuberculose, importa sem perda de tempo, iniciar-se o **tratamento**, que é fundamentalmente quimioterápico, pois com o aparecimento das drogas antituberculosas, nas décadas de 40 e 50, realmente se estabeleceu um conceito real de cura para o mal. Apesar da descoberta de tratamento específico, o repouso, principal medida terapêutica pré-quimioterápica, continuava sendo indicado como indispensável para a cura da doença; porém, a partir de 1956, estudos controlados, realizados tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, demonstravam que o repouso, as dietas enriquecedoras, acomodações e cuidados especiais não eram necessários, constituindo-se a **quimioterapia** na única medida importante para a cura (Aloysio, 1984).

A **quimioterapia** diminui drasticamente a mortalidade, reduz o período de transmissibilidade e, quando usada profilaticamente, previne o adoecimento, constituindo, assim, a ferramenta mais importante no controle da doença. De acordo com sua absorção, as drogas podem ser administradas por via oral ou parenteral, o que tem importância pela longa duração do tratamento e a comodidade de uso para uma boa adesão ao esquema (Melo e Hijjar, 1997).

Define-se como indispensável no tratamento da tuberculose a dupla rifampicina (RMP) e isoniazida (INH), drogas bactericidas de maior potência, as mais seguras e as de maior amplitude de ação. Administradas por um tempo adequado, evitam a falência do tratamento por germens resistentes e persistentes; assim, pode-se enumerar três regras fundamentais na quimioterapia antituberculosa: *uma boa associação medicamentosa, tempo de tratamento adequado e regularidade no uso das drogas*. O tratamento será

desenvolvido em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo da residência do doente, seja qual for a entidade mantenedora ou a complexidade desse serviço. A hospitalização é admitida somente em casos especiais (Veronesi e Focaccia, 1997).

Em relação aos esquemas associando RMP+INH e uma terceira droga (pirazinamida ou etambutol), são suficientes seis meses de tratamento para a maioria dos casos. O prolongamento para nove ou mais meses deve ser reservado para situações especiais, como em imunodeprimidos, em algumas formas extrapulmonares e como decisão individualizada, baseada na clínica radiológica e bacteriológica.

Seja o tratamento diário ou intermitente, as drogas devem ser tomadas em forma regular, evitando-se sua interrupção precoce (abandono). Devem ser tomadas preferencialmente, de forma conjunta e nas primeiras horas da manhã. Sempre que possível, realizar terapia supervisionada, direta ou indiretamente, em especial na fase inicial (Melo e Hijjar, 1997).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde normatiza dois esquemas básicos de tratamento. Um esquema de **primeira-linha** - o esquema I⁴, e um outro de reserva ou alternativo, para casos de falência do primeiro; devendo ser prolongados por pelo menos doze ou seis meses após a negatificação do escarro, o esquema IR⁵ e II⁶; e o esquema III, indicado nos casos de falência de tratamento com os esquemas I, IR e II (Brasil, 1995).

O tratamento da tuberculose é longo e, como se evidencia uma melhora clínica no primeiro ou segundo mês, ocorre com certa frequência a interrupção do mesmo (abandono), antes de uma completa esterilização bacteriológica. Como os regimes recomendados são ambulatoriais e auto-administrados, torna-se difícil o controle do uso das drogas, sendo comuns as irregularidades e os abandonos. Para o controle do tratamento, os pacientes com tuberculose bacilífera devem ser acompanhados através do exame baciloscópico mensal do escarro, permitindo, assim, a elaboração da curva baciloscópica (Veronesi e Focaccia, 1997).

⁴ Esquema I: indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, exceto meningite.

⁵ Esquema IR: indicado nos casos de retratamento em recidivantes e retorno após abandono do esquema I.

⁶ Esquema II: indicado na meningite tuberculosa.

No aspecto de **prevenção**, temos que, entre as ações básicas de prevenção da tuberculose duas são primárias: a **vacinação BCG**, ao nascer e ao revacinar na idade escolar, sendo obrigatória a vacinação dos menores de um ano. O bacilo de Calmette e Guérin (BCG) deve ser administrado sem prova tuberculínica prévia, na dose de 0,1 ml, aplicado por via intradérmica, no braço direito, na altura da inserção do músculo deltóide; a eficácia da vacinação, é amplamente aceita, já que ela protege contra as formas graves na infância; e a **busca ativa de casos**, como ação preventiva da tuberculose, deve ser realizada nos grupos com maior probabilidade de adoecimento: comunicantes de foco bacilífero, sintomáticos respiratórios (com tosse e expectoração por quatro semanas ou mais), pessoas com condição sócio-econômica que predisponha à tuberculose, grupos de risco como pacientes internados em hospitais, casas de repouso, presídios e profissionais de saúde, com um diagnóstico precoce. A vacinação BCG e a busca ativa de casos tem como objetivo evitar o aparecimento de novas infecções. Uma terceira, a **quimioprofilaxia**, com INH é indicada para os comunicantes intradomiciliares de focos bacilíferos, sendo recomendada, no país, por um período de seis meses, em infectados pelo bacilo (quimioprofilaxia secundária) ou não (quimioprofilaxia primária), na dose de 10 mg por quilo de peso por dia, até o máximo de 400 mg (Veronesi e Focaccia, 1997).

A prevenção está na cura total do doente, pois se ele transmitir menos, a incidência da doença diminui.

O paciente pode levar uma vida normal, mas as medidas de cuidados necessárias e as recomendações a seguir são: nos dez primeiros dias de tratamento - quando o antibiótico apenas começou a agir -, o paciente deve dormir sozinho num quarto arejado; o doente deve colocar a mão na boca sempre que tossir e não cuspir no chão, já que, além de mostrar boa educação, é uma das melhores maneiras de não disseminar a doença; não é necessário separar objetos como talheres, copos e pratos, pois só há contaminação quando se aspiram as gotículas de escarro com o bacilo; alimentação boa, não tanto em quantidade, mas em qualidade; não fumar, não consumir álcool, nem drogas; habitações com higiene e boa ventilação, controles médicos periódicos (FNS, 1997).

Segundo Veronesi e Focaccia (1997), as **causas de insucesso no tratamento da tuberculose** são distribuídas, fundamentalmente: interrupção prematura da medicação, em que o abandono de tratamento é a mais importante; falência do esquema, principalmente por ingestão irregular dos tuberculostáticos; conseqüentemente o óbito, geralmente, em decorrência das primeiras causas, pela evolução da doença em conseqüência do tratamento

inadequado, mas pode depender de outros fatores, tais como a extensão e a localização da tuberculose.

Podem decorrer, também, problemas vinculados ao serviço assistencial, ao paciente ou a ambos.

Como **problemas do serviço**, muitas causas podem ser assinaladas, tais como, dificuldades de acesso do paciente ao serviço pela má localização da unidade, horário e atendimento inadequado, falta de meio de transporte e problemas que dizem respeito ao seu funcionamento, ou seja, o modo como os pacientes são recebidos e tratados, serviço de diagnóstico não funcionando com presteza, atendimento médico inadequado, falta de orientação dos pacientes com relação à doença e ao tratamento, programas de visita domiciliária deficientes (Veronesi e Focaccia, 1997). Os melhores resultados são alcançados por Unidades de Saúde mais organizadas, pois problemas organizacionais, tensões e conflitos que, habitualmente, surgem no relacionamento interpessoal, resultam num trabalho individual e não integrado.

Como **problemas do paciente**, verificam-se que pacientes alcoolistas com problemas sociais graves (desempregados, sem residência fixa, abandonados pelos familiares), com distúrbios psiquiátricos, apresentam um prognóstico sombrio quanto à possibilidade de um resultado favorável do tratamento.

Em relação à **toxicidade medicamentosa**, observa-se que um paciente pode “cronificar” por apresentar efeitos adversos a um medicamento ou a um esquema de tratamento como no caso de vômitos incontroláveis. A presença desse efeito indesejável por tempo demasiado prolongado acabará determinando irregularidade, e poderá acarretar a falência de esquema.

A **prescrição incorreta de tuberculostáticos** pela prescrição de esquemas terapêuticos inadequados (erro terapêutico) é uma causa de falência inadmissível. Sua ocorrência reflete o desconhecimento dos princípios básicos do tratamento para a tuberculose ou, em alguns casos, uma precária relação médico-paciente, que culmina com a não realização da história terapêutica (Dornelles e Rizzon, 1993).

Há que se destacar, no entanto, a importância do caráter social presente na tuberculose, já que as pessoas desenvolvem a doença em decorrência de suas condições pessoais e sociais de vida, ou seja, de alimentação, de trabalho, de repouso, de moradia, dentre outros elementos que poderiam ser apontados.

Nesse sentido, medidas preventivas, assim como o tratamento quimioterápico, são importantes. Entretanto, para o controle da doença, necessário se fazem, fundamentalmente, políticas públicas realmente preocupadas com as condições de vida da população, e que os profissionais de saúde estejam, também, conscientes do caráter social da tuberculose.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A proposta ou concepção libertadora-inovadora se apresenta como um desafio para o investigador; é um desafio no sentido positivo de convidá-lo a engajar-se num projeto político-pedagógico e assistencial de transformação de sua própria prática... Desafio no sentido de exorcizar o autoritarismo que permeia Instituições e Costumes em direção ao fortalecimento da consciência e da capacidade de iniciativa transformadora de grupos antes que de indivíduos isoladamente .*

* Reflexão da autora

Apresento, a seguir, uma revisão teórico-filosófica a qual subsidia a elaboração e a compreensão de minha proposta que procura promover o processo de conscientização, através da linha participativa, para o desenvolvimento da educação em saúde, a partir da formação de grupos e, assim, contribuir para a assistência ao cliente com tuberculose e um melhor enfrentamento da doença.

O conceito de Conscientização, fundamentado nas concepções do educador Paulo Freire, apresentou-se como central e orientou a opção metodológica para a realização deste estudo.

3.1 LINHA TEÓRICO-FILOSÓFICA DE PAULO FREIRE

Falar de Paulo Freire é algo muito complexo e abstrato, bem como conhecer sua filosofia que tem origem no pensamento social humanista, já que Freire utilizou uma metodologia com interpretação marxista, numa perspectiva dialética, tendo assimilado elementos do pragmatismo e do existencialismo. Ele não é um mágico, portador de receitas, técnicas ou prescrições, aplicáveis em qualquer tempo e lugar, mas, sim, um investigador pedagogo, com uma proposta de pedagogia inovadora. É um pensador da práxis, um pedagogo da consciência; é um crítico que questiona sua própria práxis docente (Freire, 1978, 1980, 1981).

A escolha deste referencial deu-se pela proposta inovadora e dinâmica presente na metodologia de educação problematizadora, que possibilita a construção de um conhecimento importante para a enfermagem, na perspectiva de transformação do próprio processo de trabalho em saúde.

Busca-se ressaltar, neste trabalho, a dimensão educativo-assistencial, inseparável e inerente do seu caráter profissionalizante, levando a enfermeira a perceber o compromisso social, além de salientar a importância da postura e consciência crítica no processo saúde-doença, como elemento de transformação social e profissional a partir da Pedagogia Libertadora.

A educação é percebida, por Freire (1983, p.31), como um processo permanente, dinâmico, inacabado e inconcluso; ninguém sabe de maneira absoluta, portanto, não há saber nem ignorância absolutas; não há educação sem amor; não há educação verdadeira

quando imposta; uma educação sem esperança não é educação, “ a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade ”, mas deve participar e transformar sua realidade para “*ser mais* ”, e não fazer dele um objeto, um mero espectador passivo e oprimido.

Freire ressalta a importância de desenvolver, no processo educativo, o diálogo, a participação, a ação-reflexão, a mudança, “um desenvolvimento individual, uma libertação coletiva, de modo a combater a alienação escolar e propor a redescoberta de uma autonomia criadora ” (Gadotti, 1989, p.109).

Outro aspecto importante, destacado por Freire (1983), é que o homem é um “*ser de relações* ”, e que estas não se dão apenas com os outros, mas se dão no mundo, com o mundo e pelo mundo. O ato de refletir é essencial a esta relação, própria de todos os homens e não só privilégio de alguns. Por isso, a consciência reflexiva deve ser estimulada, de modo a que o educando reflita sobre sua própria realidade, já que o homem, compreendendo a sua realidade, levanta hipóteses sobre os desafios propostos pela mesma e procura alternativas para enfrentá-los.

Para Brandão (1992, p.29), cujas idéias aproximam-se às de Freire, “não há uma forma única nem um único modelo de educação ”, esta pode desenvolver-se livremente, e pode ser uma das maneiras que as pessoas utilizam para tornar comum, como saber, aquilo que é comunitário e coletivo, transformando sujeitos e mundos em alguma coisa melhor. Destaca a educação como processo histórico, como fenômeno inerente a todo ser humano, como “a vida que transporta de uma espécie para a outra, dentro da história da natureza, e de uma geração a outra de viventes, os princípios através dos quais a própria vida aprende e ensina a sobreviver e a evoluir em cada tipo de ser ” (Brandão, 1992, p.13).

3.1.1 COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO LIBERTADORA

É com o surgimento da escola, do aluno e do professor, numa perspectiva de veiculação do ensino formal, que encontramos o momento em que a educação se sujeita à pedagogia, cria situações próprias para o seu exercício, produz os seus métodos, estabelece suas regras e tempos, e constitui executores especializados. Ao longo da história, a educação tem-se delineado de acordo com a própria evolução do mundo e dos homens, influenciada por concepções filosóficas das mais variadas.

No terreno em que se analisam as possibilidades e as limitações da educação, nasce um pensamento pedagógico. Porém, existe a necessidade de associar o papel da educação - da conscientização - nesse processo de mudança, sendo esta a preocupação básica da Pedagogia Libertadora, com respeito à utilização da educação como dinamizadora e humanizadora, por meio de um método ativo, dialógico e participativo. A Pedagogia Libertadora pretende combater a concepção ingênua e oposta à pedagogia transmissora (tradicional) que se fundamenta na reprodução mecânica da sociedade vigente.

Assim, a educação não é vista como um privilégio da burocracia, da elite, como apenas um meio de adaptação da pessoa, que transforma suas exigências em preferências, mas passa a ser compreendida como um espaço para a libertação do homem. Neste sentido, **Freire faz a crítica da educação bancária ou da educação do opressor**, como contraponto da educação libertadora e humanista, que se centra na igualdade essencial entre os homens, numa pedagogia revolucionária.

Freire (1978) apresenta a educação “*problematizadora*” como a que se contrapõe à “*bancária*”, na qual, numa visão distorcida da educação, não há diálogo, não há criatividade, não há respeito à autonomia, não há transformação, não há saber, podendo ser reconhecida na “*cultura do silêncio*”, na qual os homens são vistos, apenas, como simples seres de adaptação. Neste sentido, a **educação problematizadora**, para Gadotti (1989, p.151), seguidor de Freire, funda-se, justamente, na relação dialógico-dialética entre educador e educando; ambos aprendem juntos, “baseia-se na criatividade e possibilita uma reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometidos com a transformação social”.

Gadotti (1989) deixa claro que os homens não têm simplesmente a função de escutarem docilmente ou seguirem uma prescrição, sendo só meros **objetos** desse processo. Eles têm um objetivo maior: tornarem-se “*sujeitos*” do processo que rompe com esquemas verticais, característicos de uma educação conservadora ou tradicional, para, assim, superarem essa contradição e permitirem uma relação de diálogo, de caráter autenticamente reflexivo, crítico e, na qual a pessoa se perceba como responsável por sua realidade.

A concepção libertadora afirma a dialogicidade. Através do diálogo, dá-se a superação que resulta num termo novo: educador-educando com educando-educador, ambos tornam-se sujeitos do processo em que crescem juntos; “já agora ninguém educa

ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo; os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo ” (Freire, 1978, p.78).

Para Freire (1978, p.77), não podemos aceitar uma concepção mecânica da consciência, ou seja,

a educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres (vazios) a quem o mundo (encha) de conteúdos, não pode se basear numa consciência espacializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como (corpos) conscientes e na consciência como consciência intencionada ao mundo, onde na educação problematizadora responde à essência do ser da sua consciência, que é sua intencionalidade,

e o respeito à liberdade dos educandos é condição essencial para essa tarefa.

Numa concepção de educação libertadora, a educação já não pode ser só o ato de depositar, narrar ou de transferir e transmitir conhecimentos e valores aos educandos, meros clientes, à maneira da bancária, que serve à dominação do outro. A educação problematizadora coloca a exigência da superação da contradição educador-educando, tornando possível a relação dialógica como essência da educação que serve à libertação. Na medida em que os homens, simultaneamente, vão refletindo sobre si e sobre o mundo, vão aumentando o campo de sua percepção, sendo que, a partir deste momento, o “*percebido destacado*” já é objeto da admiração dos homens e, como tal, de sua ação e de seu conhecimento, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo, com um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo sua realidade criticamente (Freire, 1978).

Já a educação bancária, diferentemente, mantém ocultas certas razões que explicam a maneira como estão os homens no mundo. Para isto, mistifica a realidade, na medida em que, servindo à dominação, inibe a criatividade, impedindo a intencionalidade da consciência como um desprender-se do mundo; tende a domesticá-la, negando aos homens a vocação ontológica e histórica de humanizar-se. Já a concepção problematizadora, comprometida com a libertação, desmistifica a realidade, critica, funda-se na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeiras dos homens sobre a realidade e a possibilidade de transformação criadora. A prática problematizadora parte exatamente do caráter histórico dos homens e, por isto mesmo, reconhece-os como seres inacabados, inconclusos, em e com uma realidade. Na verdade, eles têm a consciência de sua inconclusão.

A concepção de uma educação libertadora reforça a mudança, como possibilidade de uma educação transformadora, ligada à ação e à reflexão, enquanto um quefazer humanista e problematizador. O importante está em que os homens lutem por sua emancipação, superando o autoritarismo do educador, assim como a falsa consciência do mundo. Como se realiza esta educação? Somente com um método que privilegie a ação-reflexão e o diálogo. Freire (1983) menciona que em todo diálogo, como fenômeno humano, cabe a necessidade de analisar a palavra, constando de duas dimensões: *ação* e *reflexão*, ambas em interação, onde a palavra é práxis transformadora.

Segundo Freire (1978, p.92), “a existência, por que humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo”. Porém, os homens, como sujeitos, devem problematizar sua realidade, no seu aqui e no seu agora que constituem a situação em que se encontram, imersos e inseridos, já que dizer a palavra não é privilégio de alguns, mas direito de todos os homens; não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. É por isto que ninguém pode, sozinho, dizer e ter a palavra verdadeira, como num ato de prescrição.

O diálogo é aquele encontro em que se solidariza o refletir e o agir dos sujeitos, como uma exigência existencial; assim, a palavra nutre-se de amor, porque é um ato de coragem e valentia, sendo o compromisso com os homens, com sua causa de libertação. O diálogo fundamenta-se, ainda, na humildade, pois como posso dialogar se vejo sempre, no outro, a ignorância, e nunca em mim? Não há também diálogo se não há fé nos homens, em seu poder de fazer e de refazer, de criar e recriar, fé na sua vocação de *ser mais*, provocando um clima de confiança, esperança, cooperação e solidariedade, onde o diálogo se faz numa relação horizontal.

3.1.2 ENTENDENDO A CONSCIENTIZAÇÃO

Saupe, Brito e Giorgi (1996), ao focalizarem o uso da concepção educadora de Paulo Freire na enfermagem, ressaltam a *consciência* como termo gerador de muitas interpretações, como indicadora do estado de lucidez, da capacidade de percepção do eu e do outro, do tempo e do espaço, como capacidade de perceber-se oprimido ou opressor. No

entanto, reconhecem a conscientização como um processo que acontece de forma individual, mas que é nutrido e afirma-se no coletivo.

Para Freire (1980), a *conscientização* é o conceito central sobre a “*educação libertadora-humanista*”, porque esta, como prática da liberdade, é ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, com o compromisso e ação necessária para transformá-la. A conscientização que se apresenta como um processo contínuo, permanente, infinito, que passa, antes de mais nada, pela prática diária, de nosso cotidiano e nosso trabalho profissional, assim como na práxis do ser, está baseada na relação consciência-mundo e implica em traçar passos para sua compreensão.

Freire (1980) destaca que na prática da *conscientização*, o homem, inicialmente, faz uma aproximação espontânea (posição ingênua) da situação concreta (realidade). Ao ultrapassar isto, chega a experienciar, apreender e desvelar essa realidade, através de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetrando no fenômeno e analisando-o. A *conscientização* está implícita no desvelamento da realidade através do ato de educar; esta não pode existir fora da práxis do ser, sem ato de ação-reflexão e de compromisso com a transformação social. É preciso possibilitar a libertação, tanto de oprimidos quanto de opressores, assim como uma atitude crítica na qual se esclarecerão os mitos que enganam, para dar lugar a uma nova realidade: “quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos” (Freire, 1980, p.28).

Gadotti (1989) destaca que a *conscientização* é uma palavra utilizada por Freire, apesar de ter seu sentido já adulterado por muita gente, enfatizando que uma pessoa ou um grupo de pessoas que se conscientizam, são capazes de descobrir a razão de ser das coisas, a relação que deve existir entre o pensar e o atuar (ação-reflexão); essa descoberta deve ser acompanhada de uma ação transformadora.

A conscientização é possível, como um processo no qual enfermeiro-cliente, educador-educando no compromisso histórico, conscientizam-se através do movimento dialético presente no diálogo e na reflexão crítica sobre a contradição dos homens no antidiálogo, na adaptação, na passividade, na situação de **objetos**, assim como da concepção mecânica da consciência sobre a sua realidade e sua problemática.

A profissional de enfermagem, através da implementação de um processo de educar-assistir, numa proposta da educação libertadora-conscientizadora, poderá facilitar e

favorecer ao cliente com tuberculose, o tomar consciência de sua realidade, um melhor (re)conhecimento de sua doença, do seu tratamento, do seu contexto e vida social, para, assim, enfrentar, integrar e superar situações de vida cotidiana.

3.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Pretendo destacar alguns aspectos relevantes sobre a educação e sua relação com a enfermagem e a saúde, assim como o trabalho assistencial junto a grupos de clientes.

Saube (1992), ao descrever o enfermeiro, enfatiza que, para o desenvolvimento intelectual, é necessário incluir o exercício de pensar, buscar, perceber, refletir, criticar, imaginar, criar, investigar e compartilhar soluções, adquirir conhecimentos científicos básicos, sustentado por uma política de saúde e por uma realidade social na qual se insere. Analisando os dados da prática real e concreta, conclui que o enfermeiro, descrito acima, pode estar bastante distante da realidade, mas acredita que a sua formação profissional possa mover-se no sentido de desenvolver, nos educandos, uma maior consciência individual e ação coletiva dos profissionais.

Minha proposta de prática assistencial é elaborada a partir de uma visão do processo educativo participativo-inovador em grupo, pois acredito que as relações educativas que se dão no grupo constituído pelo profissional enfermeiro e por clientes portadores de tuberculose, são capazes de contribuir para a transformação da qualidade de assistência, da qualidade de vida das pessoas e de sua saúde. Na minha trajetória de experiência profissional junto às pessoas com tuberculose, no Peru, observei algumas dificuldades que nós, profissionais de enfermagem, temos para ajudá-los a enfrentarem e superarem sua doença, considerando, freqüentemente, nosso dever feito uma vez que cumprimos o protocolo e “*passamos as informações*”, mediante uma ação educativa individualizada ou em grupo. Junto ao cliente, efetivamos as disposições normativas e procedimentos do programa, entretanto frustramo-nos ao perceber que tais orientações não foram cumpridas.

Uma abordagem pedagógica, assim como o método para sua implementação e socialização são necessários, reforçando-se que a problematização parte do individual, pois a curiosidade (dúvida, desconhecimento, questionamento) parte de cada cliente participante da dinâmica, podendo ser socializada no grupo.

Para Lunardi (1993), a docilização, o conformismo, a obediência e a submissão, “*impostas*” aos pacientes nas relações cotidianas dentro da unidade, reforçam uma aprendizagem da dependência que busca submeter os indivíduos a um jogo de dominação. Por outro lado, pode ser que a resistência, gerada e construída nesta relação, possibilite um aprendizado de luta e emancipação, e uma conscientização crítica e desveladora. Há que acrescentar que nós, profissionais de enfermagem, também, assumimos uma condição de submissão ao modelo biomédico, na compreensão de Lunardi (1995), mas temos potenciais de auto-reflexão e crítica, os quais devem ser utilizados nesse processo de insubordinação, de modo a podermos participar, no coletivo, para a transformação das condições institucionais e de vida da população.

Considerando-se a educação como prática social e ressaltando o compromisso social do enfermeiro, acredito que nós, como agentes críticos, através de uma postura transformadora em nossa prática de trabalho profissional, podemos fazer frente à educação formal-autoritária, que oculta a realidade da população (mistifica) e a desumaniza.

Segundo Nascimento e Rezende (1992, p.11),

a educação em saúde sempre foi vista como um conjunto de medidas que deve induzir as pessoas a atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e prevenção da doença, no qual as estratégias utilizadas eram basicamente orientações, aulas e demonstrações.

Nessa educação clássica, o pressuposto básico é que o profissional de saúde detém o saber, enquanto a população é ignorante desses princípios.

Portanto, minha opção por uma forma participativa e crítica de educação para a saúde respalda-se não só na predominante inoperância dos métodos tradicionais. Mais que isso, comprometo-me com uma visão diferente do mundo e da inserção do homem na sociedade, em função do compromisso com a coerência entre realidade e a educação em saúde, visualizando-se o caminho da práxis através da proposta de educação libertadora-conscientizadora como fundamento da mesma.

Segundo Nascimento e Rezende (1992), o desvendamento das condições objetivas de vida constitui uma práxis que deve ser exercitada, tanto pelo cliente quanto pelo educador em saúde. O caráter paternalista e autoritário da tradicional educação em saúde, freqüentemente, não é uma atitude consciente do educador, já que ele ainda não atingiu a passagem da consciência ingênua à consciência crítica, de uma ótica diferente do mundo e da inclusão do homem no contexto social, sendo que, com este trabalho, pretendo

desenvolver uma prática assistencial, mais contextualizada e libertadora, através da proposta de uma educação participativa.

Considero que a prática educativa, predominantemente feita de maneira individualizada na área de assistência à saúde, pode mudar e deva ser mudada, pois pode desempenhar um papel importante na transformação de nosso trabalho profissional. Para isso, acredito que o primeiro passo seja a “*conscientização*”, sendo muito importante que já se faça a partir da formação do enfermeiro.

3.2.1 BUSCANDO A COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO EM GRUPO

A proposta do processo educativo em grupo teve a intenção de romper com uma postura tradicional da educação em saúde, na qual predominam ações assistencialistas, centradas no antidiálogo, na passividade, no mutismo, na docilidade, na obediência, na qual não há clareza acerca das responsabilidades e possibilidades de decisão dos integrantes do grupo. A educação aparece mais como uma necessidade operacional da ação do profissional no exercício da assistência, do que como um processo no qual enfermeira e pacientes trocam saberes, sendo que esta postura é muitas vezes influenciada pela instituição. A enfermeira pode participar de um processo de docilização ou de libertação, dependendo do seu compromisso com a conservação ou a transformação da sociedade. A educação para a saúde em grupo, com uma proposta da pedagogia humanista, assumida como um processo de trabalho assistencial, vai exigir a ruptura de muitas concepções arraigadas no poder médico-institucional da saúde e da profissão, de modo que o cliente possa ter a oportunidade de participar ativamente de sua própria recuperação.

De um modo geral, a palavra grupo é utilizada para designar um conjunto de pessoas que estão envolvidas para alcançar um objetivo. Atkinson e Murray (1989, p.67) referem-se ao grupo como “a formação por quaisquer três ou mais pessoas interdependentes que compartilham um objetivo comum, do qual todos estão cientes”.

A educação em saúde, em grupo, tem sido utilizada por alguns profissionais como um instrumento, com o intuito de contribuir para a tomada de consciência crítica de seus integrantes frente aos seus problemas, tanto no plano individual como no coletivo, permitindo reflexões conjuntas entre o profissional e os clientes.

Segundo Mailhiot (1976), partindo da premissa de que o líder é educador por excelência em grupos de indivíduos, surge o líder democrático, que é capaz de assumir a função de coordenação dos trabalhos, assegurando a participação de todos os membros, em todos os momentos de discussão, decisão e execução. O papel do educador consiste em facilitar esse processo, diferente do papel tradicional em que o professor ensina e o educando aprende; aqui, ambos, neste processo, educando-educador, cliente-enfermeiro, constróem as oportunidades de ensinar-aprender, a partir da concretude das atividades que emergem diariamente na prática assistencial.

Nesta proposta pedagógica, duas coisas se destacam com relação ao papel do educador-facilitador: ele não é infalível e precisa confessar o que não sabe e oferecer ao educando caminhos que devem trilhar para buscarem, juntos, as respostas de que precisam. Isto não quer dizer que ele fica isento de ser competente, ele precisa conhecer muito bem sua matéria, inclusive seus limites. Como resultado, o professor, como ensina Freire (1997), ensina aprendendo e o aluno aprende ensinando.

O educador é um criador de oportunidades para as situações, a vivência de experiências é o motor central na mudança desejada no processo educativo, pois, suficientemente intensa e adequada, desperta as potencialidades e a capacidade de re-intervenção na realidade. Coerente com esta visão de educação, esta metodologia problematizadora instrumentaliza o educador-enfermeiro para viver, com os clientes-educandos, experiências mobilizadoras de situações de aprendizagem, dos conteúdos e da realimentação dessa aprendizagem.

Reconhecer a problemática e as necessidades do cliente é uma das formas de motivá-lo, considerando que o interesse e participação pela sua aprendizagem está relacionada a sua necessidade ou desejo de aprender. O enfermeiro facilitador representa mais uma força motivadora no processo, uma vez que tem uma história de experiências compartilhadas. Assim, desenvolver a função de facilitador significa ampliar a consciência de seu papel como educador e assumir a co-responsabilidade nesta construção prática, dando concretude do aspecto educativo no exercício profissional ou de trabalho.

3.3 PRESSUPOSTOS

Baseiam-se em minhas crenças, valores, vivência pessoal, experiência profissional no Programa de Tuberculose, no Serviço de Pneumologia e na revisão da literatura.

- A *Conscientização*, como fundamento forte, é um processo apropriado para desenvolver a educação em saúde numa perspectiva humanista com clientes portadores de tuberculose;
- A *Conscientização* em grupo é um processo contínuo, no qual a pessoa assume a capacidade de desvelar sua realidade, a partir do conhecimento da sua doença, e, onde o cliente com tuberculose dialoga, participa, pensa, age e reflete, em comunhão, suas questões de saúde e vida;
- O processo de *educação em saúde*, a partir da formação de grupo, dá-se na interação enfermeiro-cliente, cliente-cliente, cliente-enfermeiro, sendo vivenciado através da troca de saberes e experiências, na qual o saber popular e o saber profissional são valorizados para solucionar problemas. A educação em saúde deve ser um ato coletivo, de comunhão, humildade, confiança, fé, amor, conhecimento e ensino-aprendizagem; assim, o saber é uma tarefa de troca entre ambos: o ser que cuida e o ser que é cuidado;
- A *educação em grupo* auxilia o homem sobre a importância de tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la, através do desenvolvimento de uma postura crítica sobre a realidade vivida, na qual o cliente e o profissional aprendem a dialogar e analisar sua prática e a atuar sobre ela;
- O *cliente com tuberculose*, além das características gerais, é aquele que, por determinadas circunstâncias vivenciadas, é estigmatizado, marginalizado, isolado e discriminado socialmente, por apresentar uma doença transmissível, sendo que pode procurar “*ser mais*” do que isso, dialogar, participar, pensar, agir e conscientizar-se para transformar-se no mundo a partir de sua própria vivência. Mesmo com tuberculose, as pessoas podem ter uma vida normal, reincorporar-se à sociedade, sentirem-se gente novamente ante o mundo, crescendo com sua vivência ou experiência de estar com tuberculose;
- A *Enfermeira*, como facilitadora ou mediadora, pode propiciar uma dimensão educativo-humanista, estimulando a capacidade reflexiva do grupo de clientes com

tuberculose a tomarem consciência de suas potencialidades e a enfrentarem as situações da vida cotidiana, desenvolvendo sua vocação ontológica, porque o cliente é um “*ser real*”;

- A *Enfermagem* na prática assistencial exige coragem, criatividade, disponibilidade, flexibilidade, humildade, interesse, perseverança e compromisso no estudo, no trabalho profissional, a fim de adquirir mais conhecimento e capacidade para interagir e auxiliar na prática de educar-assistir, em que a postura crítica e o entendimento do processo educativo é uma ação inerente do enfermeiro, voltado para uma concepção de educação transformadora-libertadora e permitindo uma transformação social;

Acredito que os profissionais de enfermagem, com toda a sua capacidade e potencialidade, necessitam rever a sua prática assistencial, recriar seu papel profissional, romper com práticas classistas, conservadoras, rígidas e mecânicas, através de uma formação e proposta pedagógica inovadora.

3.4 CONCEITOS

A partir dos pressupostos firmados, apresento os conceitos selecionados e que, para esta proposta, apresentam o seguinte entendimento, cada um deles de modo separado, embora na realidade, estejam permanentemente, durante todo o processo, inter-relacionados, segundo o demonstrado na figura 1 (p.50).

HOMEM / MULHER

Um ser autônomo possui uma vocação ontológica para ser sujeito e não objeto; *autônomo*, pois tem capacidade de agir e refletir e, por isso, comprometer-se. É um ser *inconcluso* que é e está sendo no tempo que é o seu; um ser histórico e, como tal, contextualizado; vocacionado para *ser mais*, que educa e é educado, que aprende e ensina. Este homem inconcluso, entendendo-se como um ser cultural, que usa o diálogo nas suas relações, trilha o caminho em busca da *conscientização*, processo este que requer uma reflexão e que, exatamente por desenvolver a consciência crítica, é capaz de transformar a si e ao seu meio. O homem está no mundo e com o mundo é capaz de relacionar-se, de projetar-se nos outros, de transcender. O homem é um “*ser de relações*”, é capaz de

transformar a realidade que o cerca, é um ser de integração. Em todo homem existe um ímpeto criador que nasce da sua inconclusão (Freire, 1980, 1983).

Concordo com Freire em seu conceito de homem e acredito que, independentemente de qualquer discriminação, o homem é um “*ser*” que existe, é real, é sujeito e que pode estar em constante comunicação, com capacidade de relacionar-se, projetar-se, realizar-se, sendo visto como um ser social, histórico e comprometido.

SAÚDE-DOENÇA

É um processo contínuo, dinâmico e influenciado pelas inter-relações do ser humano com o ambiente, consigo mesmo e com outros seres humanos.

Define-se como uma síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades características, por sua vez, manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Certamente, a qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente sua exposição ao processo de risco que produz o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida (Granda e Breilh, 1989).

A saúde é uma experiência pela qual passam os seres humanos e que, na maioria das vezes, só é percebida quando está ameaçada ou ausente. Para o cliente com tuberculose, a vivência da doença pode ser um período de revolta, de questionamentos a respeito de si, do mundo; para alguns, pode ser um período de valorização, de aceitação; para outros, de enfrentamento e até de negação do estado de sua saúde e do risco de vida.

AMBIENTE

O ambiente significa o espaço/tempo físico, social, psíquico e cultural no qual o ser se encontra mergulhado e, através do qual, mantém constantes interações consigo mesmo e com os demais seres, em um processo recíproco de influências. Em seu aspecto físico, o ambiente representa um espaço, lugar, condições geográficas, gerenciador de recursos, possibilidades ou limitações entre os seres que, naquela determinada vibração espaço/temporal, existem e permutam energias.

O ambiente social afeta a sociedade e ela oferece valores que determinam a maneira como alguém deve-se comportar e as metas pelas quais deve lutar. Esses valores são afetados por mudanças nas áreas social, cultural e espiritual que, em contrapartida, afetam a percepção da pessoa e podem levar ao seu estresse (Brandão, 1992). São condições históricas, sociais, políticas e econômicas em que o homem está em permanente e recíproco progresso e transformação.

Para o cliente com tuberculose, a doença é um fator que determina, na maioria das vezes, o seu afastamento, mesmo que de modo temporário, da realidade do ambiente material de trabalho, da realidade afetiva do seu grupo de amigos, de seu lar e de sua família. Isto ocorre pela necessidade de buscar um tratamento em uma instituição de saúde ou pelo “*estigma social*” que a doença transmissível causa ao ser portador de tuberculose, em nossa sociedade.

Neste referencial, o espaço físico dos portadores de tuberculose, é um desafio para ele e para os profissionais de saúde que atuam na unidade, onde o cliente com a sua doença se integra, participa e toma consciência da realidade que o cerca e da sua própria realidade, no qual o homem entra em contato com os objetos e materiais.

Acredito que cabe ao enfermeiro, junto ao cliente, facilitar condições favoráveis para que ele possa se sentir mais confortável, apoiado, respeitado e seguro, o que, sem dúvida, facilitará a assistência de modo que se possa conseguir a sua aderência e sua contribuição ao esquema do tratamento completo.

ENFERMAGEM

É uma profissão que tem uma formação técnico-científica, filosófico-humanística, com bases para atuar no processo saúde-doença, com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde do ser humano. Em nível hospitalar, a Enfermagem presta assistência ao paciente, de forma ininterrupta, durante sua internação, tornando-se relevante, na sua função, o *processo educativo*, o qual, através do diálogo, da participação, do processo ensino-aprendizagem, possibilita compartilhar o saber do cliente com o saber do enfermeiro, promovendo a reflexão mútua e o desenvolvimento crítico para sua *conscientização* e, assim, desvelar a realidade.

No exercício profissional, intervêm os seguintes aspectos éticos que a assistência exige: compromisso profissional, disponibilidade e flexibilidade na relação com o cliente;

respeito à individualidade; sigilo às informações; capacidade para enfrentar e superar as dificuldades e desafios.

A Enfermagem é uma prática, com embasamento teórico, que desenvolve suas atividades considerando a dimensão biológico-psico-social e espiritual do paciente, oferecendo-lhe apoio e espaço para verbalizar suas angústias, inquietações e dúvidas; que se articula às questões sociais, valorizando a participação do cliente e que, através do processo educativo-assistencial, pode identificar as necessidades, problemáticas e expectativas do paciente.

Neste trabalho, o profissional assume a função de enfermeiro facilitador, na qual os clientes participam necessariamente na dinâmica. Assim, seu papel consiste em facilitar esse processo de *conscientização* através da reflexão-ação-reflexão, a partir da troca de experiências, do compartilhar de saberes, a fim de desvelar a realidade e promover mudanças e ter a convicção de que a mudança é possível num processo contínuo de construção.

EDUCAÇÃO

A educação é um elemento inerente a todo ser humano, é um processo permanente, dinâmico de descoberta; ela tem um caráter político. Baseada numa visão humanista, libertadora, contribui para a humanização dos homens, mediante a superação da contradição educador-educando; numa relação horizontal, através do diálogo, da participação, da ação-reflexão-ação, objetivando, sempre, a transformação da educação tradicional e conservadora.

O processo de educação é possível para o homem, pois, como um ser inacabado, pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade, na busca de “*ser mais*”, com outros seres que também procuram ser mais e em comunhão.

Baseado no caminho metodológico da prática profissional, através da pedagogia problematizadora e da utilização da educação como dinamizadora e humanizadora por meio de um método ativo, participativo e que se funda numa relação dialógico-dialética através da dinâmica de grupo com clientes portadores de tuberculose.

A educação para a saúde significa compartilhar o saber popular e o saber técnico, assegurando sua vocação ontológica, o diálogo e o caráter reflexivo e crítico sobre a realidade, comprometidos ambos, enfermeiro-cliente, com a transformação social.

Nesta concepção, o enfermeiro facilitador compromete-se com o cliente e ambos são sujeitos do processo educativo e constroem as oportunidades de ensinar-aprender; portanto, o papel do enfermeiro é diferente do papel conservador e classista, onde o enfermeiro-educador transmite, preenche de conteúdo e só “ensina”; e o cliente-educando ouve passivamente e só “aprende”.

CONSCIENTIZAÇÃO

É um processo que implica a ultrapassagem da esfera espontâneo-ingênuo de apreensão da realidade e o alcance de uma esfera crítica. Permite mostrar a relação que deve existir entre o pensar e o atuar, em que um grupo de pessoas que se conscientiza é capaz de descobrir a razão de ser das coisas; essa descoberta deve ser acompanhada de uma ação transformadora.

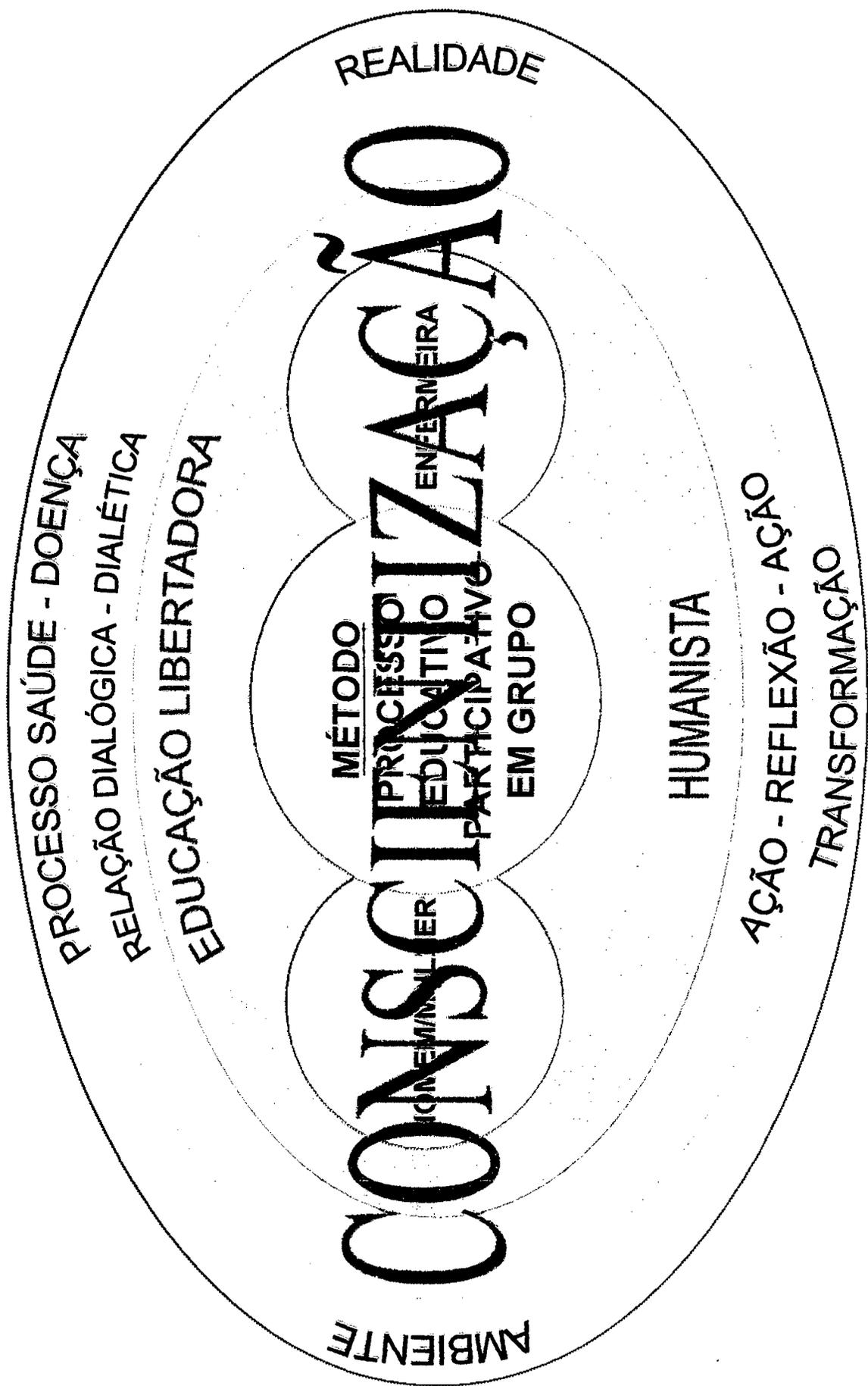
É um processo no qual educador e educando se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente no processo de luta pela libertação do indivíduo e transformação da realidade, aqui é importante o respeito da liberdade dos educandos-clientes, sendo essencial para esta tarefa processual. Esta conscientização do indivíduo com tuberculose faz-se frente à sua realidade, já que deve nascer do cotidiano, da prática assistencial, respondendo às exigências e aspirações dos clientes em relação a sua situação concreta.

Conscientização percebida como processo de ação-reflexão-ação a partir de seus (des)conhecimentos, sentimentos, problemática, de descoberta, no qual os clientes devem ser sujeitos de sua própria conscientização, onde a problematização parte do individual, podendo ser socializada no coletivo e comunitário e, assim promover mudanças dessa realidade (conhecimento, atitude, comportamento, atitude) através da *ação refletida*.

INTER-RELAÇÃO DOS CONCEITOS

A *enfermeira* e o *cliente*, num *ambiente* hospitalar, desenvolvem a *educação libertadora-humanista* em grupo, com portadores de tuberculose, mediados pelo diálogo, participação, pensamento e reflexões, na procura de estimular e promover o processo de *conscientização* do homem/mulher, influenciados pelos seus conhecimentos, problemas, necessidades, percepções, sentimentos e interesses frente a sua realidade concreta, para enfrentar e superar o fenômeno da tuberculose e desencadear uma ação conscientizadora e transformadora na prática social.

Fig. 1 - Representação Gráfica dos Conceitos e Método



3.5 CAMINHO METODOLÓGICO

Este item apresenta a metodologia implementada para o exercício de uma prática educativo-assistencial, a partir do desenvolvimento grupal, com clientes da Unidade de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos. Pretendeu-se criar e desenvolver uma prática educativa de enfermagem participativa, inovadora e humanista, para assim alcançar a *conscientização* acerca do conhecimento da tuberculose e seu tratamento, a partir da percepção dos clientes, com a intenção de diminuir ou evitar o abandono precoce do tratamento.

Assim, objetivando-se garantir o sigilo profissional, os clientes são identificados usando nomes de “INCAS”, título dos antigos soberanos do Peru, meu país de origem, pertencentes ao nosso *Império Incaico*. Destacam-se oito dos catorze incas famosos e reconhecidos na história do Peru e história Universal; guerreiros, lutadores que exerceram um poder supremo e contribuíram em nossa cultura e arquitetura incaica.

Como nos contam as lendas, saindo do Lago Titicaca, no ano 1.200 d.C:

- Manco Capac:** fundou o Império Incaico que originou a cidade de Cuzco;
- Sinchi Roca:** deu o nome de Cuzco à cidade;
- Yahuar Huaca:** fundador de Arequipa e Moquegua, foi o primeiro inca a chegar ao mar;
- Lloque Yupanqui:** viveu em constante luta tentando manter seu território inca;
- Huiracocha:** é o último dos incas legendários;
- Pachacutec:** organizou o corpo político e iniciou a expansão do império. Seu nome significa “*transformador do mundo*”;
- Huáscar:** foi herdeiro legítimo do trono e o primeiro inca a ter notícia dos espanhóis;
- Atahualpa:** governou entre 1532 e 1533; foi prisioneiro dos espanhóis que o executaram na cidade de Cajamarca.

Assim, estes guerreiros contribuíram nas obras públicas do império incaico, no seu sistema de trabalho, de comunicações, estabelecendo o culto ao sol, dando início à fortaleza do Cuzco, erguendo grandes templos cuja construção constitui-se em um grande mistério, até hoje, pela inexistência de tecnologia moderna naquela época.

Na sua dinâmica, eu, como enfermeira, participei, no papel de facilitadora, durante a experiência do processo, aceitando e respeitando seus conhecimentos, suas crenças, sentimentos, valores pessoais, compartilhando essa troca de saberes; enfim, utilizando a prática educativa como processo conscientizador e de transformação, através do uso do diálogo, da participação, da ação-reflexão-ação, do desvelamento, favorecendo e permitindo o desenvolvimento da consciência crítica, com vistas à conscientização do cliente sobre a situação concreta ou real do fenômeno de estar com tuberculose. A dinâmica do trabalho, a partir da formação do grupo, com base na linha participativa, caracteriza-se pela construção do processo educativo, a partir das necessidades, dos interesses e situações problematizadoras que poderão dar indícios acerca do processo de conscientização do cliente sobre o processo vivido e, principalmente, em relação ao cumprimento do tratamento completo.

3.5.1 DESCRREVENDO O LOCAL E OS INTEGRANTES DO GRUPO

O local selecionado para o desenvolvimento da prática educativo-assistencial, com o grupo de clientes hospitalizados com tuberculose, como já referido anteriormente, é o Hospital Nereu Ramos, situado em Florianópolis. A justificativa da escolha do local deu-se por diferentes razões: por ser a internação hospitalar um espaço onde desenvolvi experiência profissional com doenças transmissíveis, em meu país de origem; por serem considerados os clientes internados como grupos especiais com maior possibilidade de abandono e, ainda, por ser a instituição um lugar acessível.

A idéia da criação de um local de isolamento, nesta instituição, surgiu em 1940 com o objetivo de separar os pacientes adultos e crianças acometidos por doenças transmissíveis, em um espaço onde pudessem receber tratamento sanatorial.

O hospital é uma instituição que, atualmente, está dividida nas especialidades de Pneumologia, Tisiologia e Infectologia. Atua como centro de referência no Estado de Santa Catarina em doenças infecto-contagiosas e nas áreas de tratamento de pneumologia e no controle e tratamento do indivíduo portador do HIV/AIDS, referendado pelo Ministério da Saúde.

Hoje, o hospital conta com 114 leitos de internação, cabendo salientar que vem prestando atendimento especializado, priorizando o atendimento público e gratuito,

conforme preconiza o Sistema Único de Saúde - SUS. O hospital tem como finalidades a assistência, o ensino e a pesquisa, e serve de campo de estágio para estudantes de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, odontologia, farmácia e bioquímica, como também para Residência Médica.

A Unidade de Tisiologia, na qual realizou-se o presente estudo, dispõe de quinze leitos para hospitalização, dos quais oito são para homens e sete para mulheres. A área física da unidade dispõe de duas salas para internação, um hall de entrada com televisão para os clientes internados, posto de enfermagem, depósito de roupa usada, copa descentralizada e corredores. O quadro de funcionários desta unidade é formado por três enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e um escriturário. Os funcionários estão distribuídos em três turnos - manhã, tarde e noite -, com exceção do escriturário que trabalha somente no turno da manhã.

Para a implementação da proposta de assistência em grupo, com portadores de tuberculose pulmonar, internados na Unidade de Tisiologia, considerou-se, na escolha dos clientes, os seguintes critérios: ser portador de tuberculose; qualquer sexo; qualquer faixa etária; estar lúcido, orientado, conseguir comunicar-se, viabilizando o processo educativo; ser cliente caso novo, em retratamento por falência, recidiva ou retorno após abandono; aceitar participar.

Considereei necessário, para a coleta de dados, a utilização de outros recursos e instrumentos, sendo que tive acesso à *leitura do prontuário* de todos os clientes para a obtenção de dados pessoais, confirmação do diagnóstico e esquema do tratamento; a aplicação de um *questionário estruturado* que inclui dados e características dos clientes em relação a seus conhecimentos acerca da doença, sua problemática, seus sentimentos, seus interesses e necessidades concretas do grupo em relação à compreensão e significado da tuberculose e seu tratamento como uma realidade concreta e existencial.

A escolha da linha teórica de Paulo Freire, através da educação libertadora, deu-se como opção metodológica porque se traduz numa perspectiva e na possibilidade de transformar uma realidade em saúde, que se caracteriza pela ênfase em normas, procedimentos e programas estabelecidos, em que a enfermagem, predominantemente, vem realizando um trabalho mecânico e rotineiro, o que não lhe tem permitido um desenvolvimento crítico, nem transformador.

Neste sentido, espera-se que as enfermeiras criem uma consciência e postura crítica, não como pessoas passivas, acomodadas ou ajustadas às situações, mas como alguém com capacidade geradora e renovadora.

3.5.2 ETAPAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Para fornecer concretude ao conhecimento teórico apreendido, verificou-se a necessidade da utilização de um processo de enfermagem para organizar e direcionar o meu trabalho junto ao cliente. Elaborou-se, para minha prática, um processo educativo-participativo, de uma maneira ordenada e sistemática, no qual a enfermeira pode demonstrar valores humanísticos, a pertinência, a competência, a confiança, a consciência, o compromisso e a responsabilidade de suas ações junto ao cliente, assim como uma arte na qual se expressam as suas habilidades da prática educativa, podendo avançar, gradualmente, nas mudanças de algo para se conseguir um determinado resultado.

A construção do processo educativo, a partir da formação de grupo, compreendeu três etapas, sendo estas o núcleo do estudo na prática assistencial.

I PRIMEIRA ETAPA: ENTROSAMENTO OU ACEITAÇÃO

(Entrando na prática e conhecimento da proposta)

- Esta etapa realizou-se através da entrada no campo, a partir da minha apresentação e o primeiro encontro entre a profissional enfermeira e o cliente internado na unidade, tendo como objetivo estabelecer uma relação interpessoal com portadores de tuberculose, facilitadora da implementação de uma prática assistencial;
- Aproveitando-se o momento de aproximação com os clientes portadores na unidade, foi divulgada a proposta de trabalho, explicando-se todas as etapas que compreendiam o desenvolvimento da prática, assim como um breve relato de minha experiência profissional;
- Após a apresentação, procedeu-se à constituição do grupo de clientes participantes para a dinâmica grupal;
- A descontração ou “a quebra do gelo” fez-se através de dois momentos: a integração da mestrandia com os integrantes do grupo individualmente e a integração entre os membros, no grupo.

II SEGUNDA ETAPA: O CAMINHAR

(Atuando na prática e compreensão da realidade)

- Constituído o grupo, depois da primeira etapa, após exposição da proposta, foram esclarecidos e reforçados os aspectos éticos que envolvem este trabalho, tais como: o respeito ao sigilo, o comparecimento e a participação nos encontros, assim como a liberdade de desistir, a qualquer momento, de participar do grupo;
- Foi explicado e enfatizado ao grupo que o assunto central das dinâmicas e dos encontros, espaço de reflexão, seria a prática educativa da assistência de enfermagem em relação ao *Processo de Conscientização sobre a Tuberculose e o seu tratamento*. Através deste convívio e interação, espontaneamente afloraram, a partir do tema central, os temas do estudo, propiciando a descoberta das crenças, dos interesses, dos sentimentos, das percepções, dos (des)conhecimentos do cliente sobre sua doença e tratamento. A partir da emersão desses dados, deu-se o processo reflexivo e participativo do grupo;
- Com os membros do grupo, planejaram-se e programaram-se as datas, horário e local dos encontros para o processo educativo;
- Foram utilizadas algumas estratégias como o que denominei de Oficina de Saúde e técnicas de motivação, tais como: cartazes, desenhos, colagens e outros, indicados para estimular o clima ou espírito criativo do grupo;
- Foram feitas anotações e registros em cada um dos encontros, dos conteúdos, das dinâmicas e discussões no grupo;
- Ao término de cada encontro, as idéias registradas foram expostas e, também, algumas propostas de solução e encaminhamento, bem como a definição do tema agendado para o encontro seguinte;
- A cada encontro, lembrou-se o objetivo da experiência em grupo, de desvelamento crítico grupal, da participação e troca de saberes;

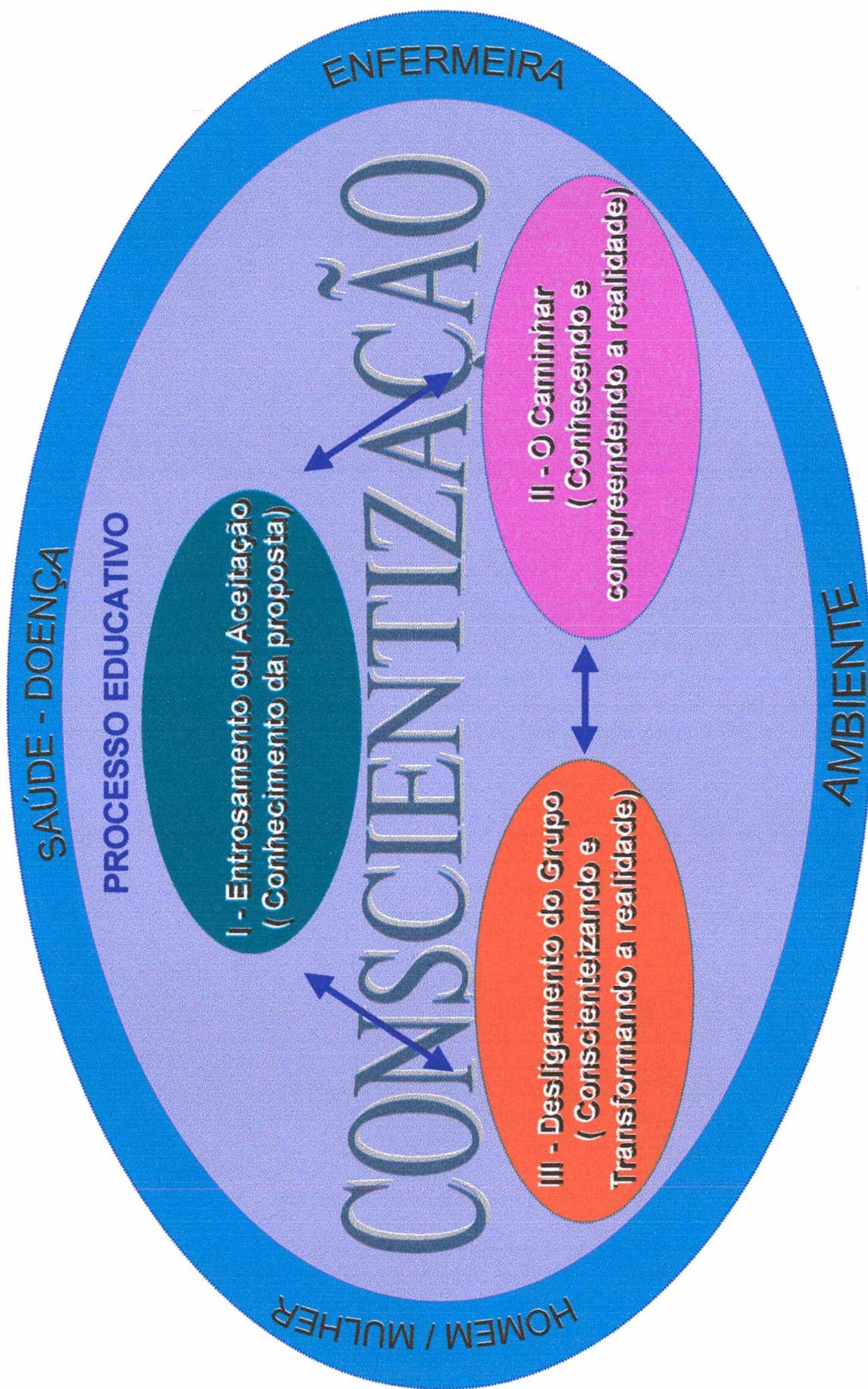
Os resultados obtidos foram validados e discutidos nos posteriores encontros grupais.

III TERCEIRA ETAPA: DESLIGAMENTO DO GRUPO

(Saindo da prática e transformando a realidade)

- Pretendeu-se avaliar e reavaliar cada atividade da prática educativa e o processo de interação nos encontros grupais, objetivando a descrição, interpretação e análise dos dados colhidos na realidade encontrada, possibilitando a organização e a apresentação dos resultados;
- Aplicou-se um questionário (Anexo 1) a cada cliente participante, focalizando-se os temas dialogados e discutidos durante as dinâmicas;
- Procurou-se resgatar, no grupo, todos os temas abordados ao longo da prática assistencial;
- Favoreceu-se o esclarecimento de dúvidas e incertezas, de modo a verificar a clareza e a compreensão da tuberculose e seu tratamento, assim como objetivos da proposta educativa;
- O desligamento fez-se de modo progressivo;
- Momento correspondente à conclusão da prática educativa e apresentação dos resultados na dissertação.

Fig. 2 - Representação Gráfica do Processo Educativo em Grupo



CAPÍTULO IV

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA VIVÊNCIA

A teoria sugere uma prática, assim como a prática sempre expressa uma teoria. A práxis, no entanto, é a aproximação e a união que se procura estabelecer entre o que se faz (prática) e o que se pensa acerca do que se faz (teoria); assim, a conscientização passa, antes de mais nada, pela prática refletida, com maior possibilidade de transformação de si, dos que estão ao nosso redor e do mundo .*

* Reflexão da autora

A vivência, a partir do desenvolvimento grupal com clientes portadores de tuberculose foi, desde seu começo, uma caminhada construtiva e gratificante, pois desenvolver atividades educativas em grupo era uma experiência nova em minha trajetória como enfermeira.

Na minha percepção, o privilégio de compartilhar uma prática grupal, participativa e de cunho conscientizador constituiu-se num desafio estimulante; não só em relação à doença, pela ampliação do conhecimento e do significado sobre o fenômeno da tuberculose e do seu esquema de tratamento, mas, também, pelo processo de conscientização aí presente. A conscientização em relação à importância e à necessidade do diálogo, da interação entre as pessoas, do respeito, do enfrentamento e da superação da doença como estigma social, assim como de algumas das implicações sociais geradas pela tuberculose como doença transmissível. Enfim, um desafio como profissional de enfermagem por permitir uma mudança na minha maneira de pensar e de agir na prática assistencial.

A tuberculose pulmonar, ainda, é um dos graves problemas de saúde no Brasil e no Peru, não por ineficácia das drogas, mas pela inadequação da metodologia de luta empregada para o seu enfrentamento. Isto já se evidenciou, há anos; desde então, os organismos internacionais vêm propondo uma política de luta antituberculosa. No entanto, a incidência e a transmissão da doença está ligada diretamente aos aspectos sócio-econômicos e culturais das nações, aos bolsões de pobreza, à epidemia da AIDS e à deterioração dos serviços de saúde que, visto do ângulo destas dimensões, é a tônica dominante nos países do mundo subdesenvolvido e em desenvolvimento.

Esta proposta fez-se numa perspectiva de que os próprios clientes com tuberculose assumissem o processo educativo, a partir da problematização do significado da doença frente a sua realidade concreta e existencial.

Para o desenvolvimento da prática educativo-assistencial proposta, contei com um total de oito clientes portadores de tuberculose, internados na Unidade de Tisiologia, no período de abril a junho de 1997, no Hospital Nereu Ramos. É importante ressaltar que, apesar de, no projeto, pretender selecionar a clientela apenas com o diagnóstico de tuberculose, isto não se fez possível, pois durante seu desenvolvimento, deu-se a integração de clientes portadores de HIV/AIDS, os quais não podiam ser deixados de lado, evitando-se, assim, sua discriminação.

4.1 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS IMPLEMENTADAS

O caminho para a construção do processo educativo permitiu-me organizar e direcionar o meu trabalho junto ao grupo de clientes, de maneira sistemática, constituindo-se no instrumento metodológico para a operacionalização da proposta de prática educativa, embasada no diálogo, na participação em dinâmicas de grupo e na busca da conscientização. Compreendeu, então, três etapas diferentes: a primeira denominada Entrosamento ou Aceitação; a segunda do Caminhar e a última, Desligamento do Grupo. Durante toda a implementação do processo educativo-assistencial, ocorreram quinze encontros grupais.

4.1.1 PRIMEIRA ETAPA - ENTROSAMENTO OU ACEITAÇÃO

Esta etapa realizou-se a partir da minha apresentação na instituição, e do primeiro encontro entre o profissional enfermeiro e o cliente internado na unidade, tendo como objetivo estabelecer uma relação interpessoal inicial com portadores de tuberculose. Esta é a etapa em que se dá a conquista do espaço, tendo se desenvolvido durante os três primeiros encontros em grupo com os clientes.

4.1.1.1 ENTRADA NO CAMPO

Início relatando, de forma resumida e limitada, a minha entrada na Unidade de Internação, para o desenvolvimento e exercício de uma prática educativa. É o momento de descrever o meu ingresso na instituição, quando entrei em contato com a administração - chefia geral do Serviço de Enfermagem do hospital -, apresentei-me e entreguei uma carta de solicitação para o desenvolvimento do estudo nessa instituição, a qual foi emitida pela Pós-Graduação em Enfermagem. Desta forma, em linhas gerais, expus verbalmente a minha proposta, objetivos do trabalho, possível contribuição para enfermagem, assim como, a metodologia a ser aplicada, tendo obtido permissão.

A Chefia de Enfermagem solicitou-me que fizesse uma apresentação geral do projeto aos profissionais de enfermagem e à equipe de saúde no auditório do hospital, com dia e horário estabelecidos previamente. O grupo participou com algumas manifestações, sugestões e finalizando, deu-me boas-vindas, referindo acreditar que o meu projeto era interessante.

Portanto, após minha apresentação geral, ingressei pela primeira vez na Sala de Tisiologia deste hospital, novo cenário de meu estudo. Entrei otimista, entusiasmada e desafiada com a proposta educativa a ser desenvolvida. Dirigi-me ao serviço acompanhada da chefia da Unidade de Tisiologia, a qual apresentou-me, formalmente, à equipe de enfermagem que se encontrava naquele instante: enfermeira, técnicos, auxiliares de enfermagem e escriturário, comunicando que iria desenvolver uma prática junto aos clientes portadores de tuberculose.

A enfermeira assistencial da unidade, particularmente, deu-me boas-vindas e, logo após a sua recepção, apresentou-me a cada um dos clientes da unidade em seus respectivos quartos. Este primeiro contato com os clientes foi importante e significativo para mim. Tive como objetivo estabelecer uma relação interpessoal inicial com portadores de tuberculose, facilitadora da implementação da prática assistencial.

Percebi que ficaram tanto interessados quanto surpreendidos e, até atemorizados, quando eu era apresentada como uma mestrande de enfermagem, de nacionalidade peruana e com uma proposta de trabalho a ser realizada. O fato de um dos clientes hospitalizados dar-me boas-vindas foi estimulador, principalmente, porque verbalizou que “eu seria de grande ajuda”.

À medida que ia sendo apresentada, convidava-os a participar de uma reunião, naquela mesma manhã, no hall de entrada da unidade, quando pretendia explicar, com mais detalhes, a proposta que propunha implementar.

Estando consciente da adoção de uma proposta diferente da tradicional, mas inovadora e participativa, a postura, como profissional que adotei, a partir do início da entrada na prática, revestiu-se de amabilidade num desejo de demonstrar-lhes sua valorização, respeito e aceitação, tentando não lhes impor ou lhes pressionar nas suas participações.

Infiro que esta maneira de agir e intervir, através de uma relação e perspectiva humanista, foi fundamental e essencial para a decisão e participação de cada um deles em nossas reuniões grupais.

4.1.1.2 CONSTITUIÇÃO DO GRUPO

Após o término desta apresentação individual, ao retornar pelos corredores, até o hall de entrada da unidade, os clientes davam-se conta e percebiam a minha presença. Eu os convidava com um gesto e com o olhar, até um sorriso, de modo a que os oito clientes

internados, tendo concordado em participar, dirigiram-se até o hall e, ali, fizemos nossa primeira reunião de grupo. Um dos clientes encontrava-se em cadeira de rodas e com suporte para tratamento parenteral, o que não significou uma limitação para sua presença, sendo acompanhado e apoiado por seu parceiro de quarto para participar de nosso encontro.

Portanto, para que o processo educativo iniciasse e se desenvolvesse de forma adequada, acreditando que ambos, enfermeira-cliente, caminham juntos, comprometidos com a realidade, o diálogo foi a base desse processo, a comunicação foi fundamental, o que os estimulava a conversar, deixando-os mais à vontade para falar de si mesmos e dos seus problemas para que realmente chegássemos à interação.

Aproveitando-se o momento em que todos se encontravam reunidos, neste primeiro encontro, foram reservados alguns minutos para um bate-papo informal, para favorecer e desenvolver uma relação de proximidade, um clima agradável de descontração entre a enfermeira e os clientes, permitindo-se uma troca de idéias, em assuntos diferentes. Com a presença de todos, formou-se um círculo, de modo que ficássemos frente a frente.

Foi o momento em que os clientes tiveram, nesse contato, sua primeira participação em grupo, com liberdade de expressão, quando houve troca de olhares, de gestos, de sentimentos, de percepções. Observava e percebia, ao mesmo tempo, que existia retração ou inibição por parte de alguns dos membros em expor-se ao grupo.

Neste momento, de conhecimento mútuo, o propósito era favorecer o entrosamento e engajamento de todos os integrantes, com o fim de estabelecer uma interação e relação acessível, etapa em que se dá a conquista do espaço e de aceitação pelo grupo, para assim, emergir o acontecer de todos os dias, ponto vital para meu papel como facilitadora.

Durante o desenvolvimento deste momento no processo, tive dúvidas, medo, insegurança, mas mantive confiança, acreditando na validade de prosseguir esta prática. Apesar de ter elaborado esta proposta de trabalho embasada num referencial teórico emancipatório, a experiência de compartilhar e desenvolver, pela primeira vez, esta metodologia do processo educativo em grupo, diferente dos métodos rígidos e das práticas conservadoras, requeria mudanças de atitudes, de conhecimentos, de padrões de comportamentos e de hábitos arraigados, de modo que pudesse contribuir para o desenvolvimento do processo de saúde-doença e do processo de viver dos portadores de tuberculose.

Percebi, também, que minha insegurança e temor se dava, possivelmente, em razão de falar o idioma espanhol, um idioma diferente dos pacientes. Minha grande preocupação, antes de dar início ao processo educativo, era: *será que os clientes vão entender o que estou falando?* Entendi que era o momento certo para explicar-lhes e esclarecer que ia falar e conversar com o grupo, em todo instante, devagar. Pretendia que minhas falas no grupo permitissem ser ouvida e compreendida por todos e cada um dos participantes.

Portanto, a prática educativa e as atividades propostas foram desenvolvidas com clientes portadores de tuberculose, em sua maioria (sete), e um cliente portador de tuberculose com AIDS, constituindo-se em um grupo de nove pessoas, e eu como educadora, como disse anteriormente, sendo sete clientes homens, uma cliente mulher e, eu, enfermeira. Cabe, inicialmente apresentar, de acordo com o Quadro 1, informações a respeito dos clientes sujeitos do estudo que fizeram parte do processo educativo-assistencial, apontando algumas das suas características como nome, idade, sexo, diagnóstico, ter terapia e dependências químicas.

Pelos dados destacados no quadro I, constata-se a heterogeneidade dos participantes do grupo, e o dado comum partilhado por todos os membros, ou seja, ser portador de tuberculose.

Do total de oito clientes, sete eram do sexo masculino (87,5%) e um do sexo feminino (12,5%), havendo um predomínio, portanto, do sexo masculino. Quanto ao estado civil: quatro clientes eram solteiros (50%), três clientes casados (37,5%) e uma cliente viúva (12,5%). Quanto à escolaridade, uma era analfabeta (12,5%), cinco tinham o primário incompleto (62,5%), um o colegial e outro apresentava formação universitária em Antropologia.

Todos residiam em Florianópolis e os casos de internação foram transferências provenientes de diversas instituições: cinco do Hospital Universitário, dois do Hospital Governador Celso Ramos e um do Hospital de Florianópolis.

A renda familiar mostrava-se bastante variável: sete dos membros exercviam algum tipo de atividade informal que contribuía para o rendimento familiar (agricultor, pintor, motorista, doméstica, ambulante) e um era professor.

Através de consulta aos prontuários, verifiquei que, dos oito internados, três estavam com BAAR⁷ +++ (42,9%); três tinham BAAR ++ (42,9%); um com BAAR + (14,2%) e um com tuberculose miliar. Constatei, ainda, que sua hospitalização estava justificada por retratamento por abandono (25%) e os demais (75%), sendo casos novos, apresentavam condições sociais desfavoráveis, como ausência de residência fixa e desemprego.

⁷ BAAR: Bacilo álcool-ácido-resistente, técnica de Ziehl Neelsen, resultado da baciloscopia, da leitura de lâminas, baar/campo: Mais de 10/campo, em 20 campo. obs (+++); De 1 a 10/campo, em 50 campo. obs (++); menos de 1/campo, em 100 campo. obs (+); nenhum, em 100 campo. obs (-).

Quadro 1 – Caracterização dos Clientes

DADOS PESSOAIS										DADOS CLÍNICOS		
Nome	Idade	Sexo	Procedência	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Religião	Dependência	Diagnóstico	Baciloscopia	Resolução	Retratamento
Yahuar Huaca	66	Fem.	Hosp. Universit.	Viúva	Analf.	Agricult.	Católico		T. Miliar	-	E.Q.A*-I	-
Pachacutec	36	Masc.	Hosp. Universit.	Cas.	Primário	Auxiliar Prod.	Católico	Tabagismo, Ex-etilista	Tb. Pulmon.	BAAR +++	E.Q.A-I	-
Huáscar	41	Masc.	Hosp. Universit.	Solt.	Primário	Pintor	Evangél.	Tabagismo, Etilismo	Tb. Pulmon.	BAAR ++	E.Q.A-I	-
Manco Cápac	28	Masc.	Hosp. Florianop.	Cas.	Primário	Servente	Católico	Etilismo, Ex-tabagista	Tb. Pulmon.	BAAR ++	E.Q.A-I	Por Abandono
Sinchi Roca	43	Masc.	Hosp. Universit.	Solt.	Universit.	Prof. (antropólogo)	Católico	Tabagismo, Etilismo	Tb. Pulmon.	BAAR +++	E.-Q.A-I	-
Atahualpa	34	Masc.	Hosp. Universit.	Cas.	Primário	Ambulante	-	Tabagismo, Drogas Ex-etilista	Tb. Pulmon. HIV/AIDS	BAAR +	E.Q.A-III	Por Abandono
Huiracocha	30	Masc.	Hosp. Gov. Celso Ramos	Solt.	Primário	Pintor	Católico	Tabagismo, Etilismo	Tb. Pulmon.	BAAR ++	E.Q.A-I	-
Lloque Yupanqui	43	Masc.	Hosp. Gov. Celso Ramos	Solt.	Ginásio Incompl.	Motorista	-	Tabagismo, Etilismo	Tb. Pulmon.	BAAR +++	E.Q.A-I	-

*E.Q.A. – Esquema Quimioterapia Antituberculosa

Fonte: Espinoza, 1998

Considera-se como atividade do programa de Controle de Tuberculose, uma vez confirmado o diagnóstico, e como atividade e responsabilidade da enfermeira ou de outro profissional existente, orientar sobre o tratamento completo que se fará em regime ambulatorial. Porém, compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que o cliente possa ser adequadamente tratado.

Os clientes sujeitos do estudo, como demonstra o seu perfil, pela condição de hospitalizados, são considerados como **casos especiais ou de alto risco de abandono**, justamente por apresentarem, segundo as fontes bibliográficas, características como intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório; problemas sociais como ausência de residência fixa, caracterizando-se como um grupo com maior possibilidade de abandono. Se for caso de retratamento ou falência, o período de internação deve ser o suficiente para garantir e atender às razões que determinaram sua indicação, lembrando que a cura dos casos bacilíferos continua sendo a melhor prevenção da doença e a melhor perspectiva de se reduzir este problema (Brasil, 1995).

Iniciando a participação dos oito clientes no grupo, tive a oportunidade de me apresentar, fazendo um breve relato de minha experiência profissional e do conteúdo da proposta de trabalho, de modo a ficarem mais familiarizados em relação à proposta. Destaquei que o objetivo era favorecer uma relação horizontal, cliente-enfermeira; enfermeira-cliente; cliente-cliente, assim, constituída pelo diálogo, pela participação, pelo compartilhar, pela reflexão-ação-reflexão, desvelamento, troca de experiência, socialização de conhecimentos, de crenças, de sentimentos em relação à tuberculose e ao seu tratamento.

Meu propósito era que, através dessa dinâmica grupal, eles alcançassem uma relação mais consciente com a tuberculose e seu tratamento, que cada membro do grupo conhecesse mais sobre sua doença, a partir da sua própria percepção. Acredito que este conhecimento auxiliou a problematização da situação concreta dos sujeitos, de modo a completarem o tratamento, contribuindo para diminuir as taxas de abandono do mesmo.

Foram, também, estabelecidos e enfocados os aspectos éticos que envolvem este trabalho: respeito mútuo, respeito à dignidade da pessoa, compromisso com o sigilo e anonimato, comparecimento e participação nos encontros, assim como a liberdade de desistir, a qualquer momento, de participar do grupo, assim, como a permissão e consentimento dos clientes quanto às anotações e registros das reuniões.

Portanto, tendo solicitado e proposto aos clientes a sua participação no desenvolvimento do processo educativo, salientei que pretendia uma participação livre, não imposta. Freire (1980) destaca que a educação libertadora-humanista propõe a emancipação, na qual, educando, neste caso, o cliente, tem liberdade de diálogo, de participação, de comunicação, de ação-reflexão, de pensamento, de decisão e participa de todo o processo educativo.

Continuou-se esta etapa de conhecimento mútuo entre todos e cada um dos integrantes, através da apresentação individual dos participantes, com o objetivo de conhecê-los e conhecer-se, expressando seu nome, idade, doença de que era portador (a) e tempo de permanência no hospital. Cada um, no encontro grupal, expressou e relatou sua vivência de **estar com tuberculose**, tendo em vista que este era um dos elementos que todos tinham em comum.

Além de estabelecer essas interação com os clientes, pretendi e busquei, a partir das manifestações e verbalização sobre a sua realidade, conhecê-los, identificar e compreender os seus conhecimentos, suas percepções, crenças e sentimentos que tinham sobre a tuberculose e o seu tratamento.

Além disso, considerou-se necessário nesta etapa, para a coleta de dados, a leitura do prontuário de modo a conhecê-los, ou seja, a confirmação do seu diagnóstico e esquema de tratamento, dados pessoais referentes à caracterização e perfil das pessoas pertencentes ao grupo de vivência. Esta estratégia, por sua vez, foi um elemento que, de certo modo, também instrumentalizou-me.

4.1.1.3 DESCONTRAÇÃO OU “A QUEBRA DO GELO”

Esta fase aconteceu em dois momentos, com a finalidade de que os clientes e eu fôssemos nos conhecendo e se desse a minha integração, como mestranda, com os integrantes do grupo e a integração entre os membros do grupo.

A integração da mestranda com os participantes do grupo individualmente, fez-se durante oito semanas, às terças, quartas e sextas-feiras, das 8 às 12, e às segundas e quintas, das 8 às 10:30, quando prestava assistência aos clientes portadores de tuberculose internados na unidade, dialogando informal e freqüentemente com eles. Participava na rotina das atividades assistenciais do serviço, tais como, controle na administração dos medicamentos, segundo seu horário e esquema de tratamento. Comunicava-me com os clientes, perguntando-lhes, dentre outras, se já haviam sido avaliados pelo médico, se

tinham tomado o café da manhã, se haviam apresentado alguma moléstia ou mal-estar, como tinham passado a noite e se tiveram na tarde anterior, visita de seus familiares. Avaliava, também, as condições clínicas de cada cliente, suas possibilidades de participação, com o fim de compartilhar o planejamento das atividades educativas que se poderiam desenvolver no processo.

Estas primeiras comunicações e interações foram muito importantes, pois foi como pude comprovar que o fato de falar em espanhol não significava uma limitação para a interação com os sujeitos do trabalho proposto. Assim, deu-se a construção de uma “base cultural comum”, mesmo com as diferentes características do grupo, incluindo os diferentes idiomas, para o início e a continuidade da prática educativa.

Apesar de ter explicitado este primeiro momento no item Descontração ou “a quebra do gelo”- é importante destacar que esta integração da mestrandia com os integrantes do grupo individualmente, desenvolveu-se durante as oito semanas em que a proposta educativa foi construída.

No que denominei de segundo momento de descontração, a integração entre os membros do grupo dava-se no encontro que acontecia às segundas e quintas, a partir das 10:30, quando se desenvolvia a dinâmica de grupo.

No próprio grupo, neste período, retomamos as vivências apresentadas, procedendo a uma síntese da reunião anterior com o objetivo de resgatar aspectos importantes do encontro, que servia de guia para a abordagem de nossos temas seguintes.

Observava como os clientes pareciam estar se sentindo em grupo. Estimulava os participantes a expressarem novas vivências e percepções em relação ao que conheciam e sentiam frente à tuberculose; também, serviu para a identificação e emersão de sentimentos, crenças, (des)conhecimentos e características dos clientes, assim como para a ampliação e compreensão sobre a tuberculose.

Definiu-se com o grupo que, além de eu prestar assistência diariamente na Unidade de Tisiologia de segunda até sexta-feira, nossas reuniões se realizariam duas vezes por semana, às segundas e quintas, a partir das 10:30. O tempo para cada encontro seria de uma hora ou mais com um recesso de 10 a 15 minutos.

Tendo comprovado o interesse dos clientes em participar desta etapa, eu os convidei a compartilhar da etapa seguinte.

4.1.2 SEGUNDA ETAPA - O CAMINHAR

Esta etapa realizou-se em seis encontros. No primeiro deles, houve a participação integral dos oito clientes, aproveitando-se, então, para reforçar os aspectos éticos do trabalho e enfatizar o tema central proposto.

Nesta etapa, efetivou-se e desenvolveu-se o tema central - “**O processo de conscientização em relação à tuberculose e o seu tratamento**” com o grupo de clientes com tuberculose pulmonar, a partir de uma linha participativa, problematizando a tuberculose, e desencadeando um processo educativo em busca da conscientização sobre a doença.

Expus como elemento motivador, a participação e contribuição de cada integrante do grupo através da exposição de suas idéias, colocações, manifestações e reflexões a serem expressas e compartilhadas por todos. Foi aceita pelo grupo a proposta de, num primeiro momento, cada membro apresentar suas experiências de forma livre.

Aqui, os participantes apresentaram e expressaram a vivência de seu dia-a-dia, durante a fase de hospitalização, no contexto da realidade do grupo. Deu-se o relato e a revelação de cada um dos integrantes da **situação vivenciada frente à tuberculose**, quando se estimulou o grupo, através de questionamentos e pelo diálogo, a descrever e explicar como ele se percebia ou não, parte do seu próprio processo de educação e conscientização.

Com a intenção de implementar uma ação transformadora, desencadeou-se o processo pedagógico focalizando a vivência, ou seja, o fenômeno da tuberculose, numa abordagem participativa e apoiada em Freire. Busquei problematizar o vivido pelos portadores de tuberculose, evidenciando seus interesses e necessidades, de modo a, através da reflexão dialógica, ampliarem o conhecimento sobre o seu processo vivenciado em relação à doença e o tratamento, assumindo uma melhor relação com a tuberculose, assim como uma mudança de atitudes, de crenças e de comportamentos.

No sentido de motivá-los, a partir de algumas questões que ia apresentando, aos poucos, comecei o diálogo:

“Neste instante nós gostaríamos de ouvir, através do diálogo, da participação, compartilhando com cada um dos nove membros do grupo a vivência de vocês frente à tuberculose, por ser uma doença que todos têm em comum, motivo pelo qual se encontram internados, alguns mais tempo do que outros.”

Eu gostaria de saber o que vocês pensam do fato de estarem com tuberculose? O que sentem frente à vivência da tuberculose? O que conhecem sobre a sua doença? O que significa para vocês estar com a doença?”

A partir de então, os integrantes do grupo passaram a manifestar suas percepções e colocações sobre a questão apresentada, permitindo uma interação tanto individual como coletivamente.

Ao longo de suas manifestações, então, diferentes *sentimentos* foram expressos em relação ao tratamento:

“Eu sinto vergonha por ter emagrecido, perdi 8 kg de peso em três meses”
(Manco Capac)

“Sinto desgosto e raiva pela doença, não posso trabalhar porque ela é contagiosa, medo que a família também tenha tuberculose”(Huascar)

“Desde que adoeci, sinto vergonha pelo rechaço dos amigos, minhas irmãs não me procuravam mais”(Atahualpa)

“Me senti ruim, tinha desejo de tomar álcool, fiquei bravo e com muita raiva, ameacei matar a assistente social por divulgar minha doença na comunidade onde morava, ela contou o resultado do exame para todos, meus amigos me negaram licor, meu patrão negou-me o carro para trabalhar”(Lloque Yupanqui)

“Eu, desesperado, negava a tuberculose, tinha vontade e queria me matar, me alarmei muito”(Pachacutec).

Os seus depoimentos permitiram apreender estes **conhecimentos** dos clientes sobre a doença:

“Eu adoeci com tuberculose porque pegava o sereno, quando saía cedo de casa para trabalhar”(Yahuar Huaca).

“Só sei que a tuberculose mata, mais nada, eu perdi 17 kg, achavam que eu tinha AIDS”(Pachacutec).

“Não tenho conhecimento sobre a doença, ninguém me orientou sobre a tuberculose, acho que é ruim, e não sei que tempo vou ficar no hospital”(Sinchi Roca).

“Só que é uma doença, que é perigosa, quando me interei da tuberculose, me senti ruim, porque pensei ter anemia, porque como é que vou pegar a doença, se eu não moro com tuberculosos”(Atahualpa).

Apresentando e demonstrando alguns elementos que evidenciam o **processo de conscientização**, trago a fala de **Huiracocha**:

“Não sei se a doença tem cura, não, só sei que é por um vírus, só”.

Como **enfermeira-facilitadora**, perguntei-lhe:

“O que acha disto?”

Assim, **Huiracocha**, respondeu:

“É por isso que estou hospitalizado, no início estive ruim, agora melhorei, já não sinto falta de ar, não sinto tontura, não tenho fraqueza, acho que estou me recuperando”.

Então, à medida que **Huiracocha** expunha sua resposta diante da questão proposta, o grupo e eu refletíamos sobre a sua exposição e a vivência de cada um. Ao longo desta interação, fazia algumas intervenções, como a que segue:

“O que vocês acham sobre a colocação e vivência de Huiracocha? O que vocês acham: a tuberculose tem cura? Será que a tuberculose se produz por um vírus? Será que a doença é contagiosa? Será que é porque pegou sereno? O que vocês acham sobre a doença, alguém orientou-lhes ou informou-lhes sobre a tuberculose?”

Um dos membros do grupo expressou sua opinião:

“Acho que ela tem cura sim, mas a primeira vez eu abandonei o tratamento por medo dos familiares, por isso estou aqui”. (Manco Capac)

Huiracocha questionou esta afirmação”

“Será mesmo que tem cura?”.

A partir da manifestação de **Huiracocha**, entendida como uma expressão de dúvida, de insegurança ou de incerteza, identificou-se esta questão como um possível (des)conhecimento que este cliente tinha sobre a doença. Percebia que o grupo, ou alguns participantes do grupo, ao manifestarem suas percepções, refletiram sobre as manifestações dos colegas, questionando-as, demonstrando estarem inseridos num processo educativo, refletindo e confrontando suas certezas e incertezas ou percepções e as percepções dos outros.

Então, eu (**enfermeira-facilitadora**) disse:

“É necessário que todos nós, integrantes do grupo, depois de ouvir algumas colocações e dúvidas sobre a tuberculose, é importante que conheçamos que a doença tem tratamento. Ela tem cura, combate-se com antibióticos, e o tempo que dura o tratamento completo, para casos novos ou para a pessoa que adoece pela primeira vez, é de seis meses. Para casos de falência ou recidiva, o tempo de tratamento é mais prolongado, entre 9 até 12 meses, assim como a administração de outras drogas. É importante que lembremos que a prevenção de outros casos está na cura total do doente. Se ele transmitir menos, a incidência, o número de casos, diminui. Cerca de 30% dos clientes com a doença abandonam o medicamento antes da cura total, porque se sentem melhor após quinze dias de tratamento. Isso faz com que as recaídas se tornem

freqüentes e mais graves. Vale lembrar que, enquanto a pessoa não se curar definitivamente, poderá transmitir o bacilo. O Brasil ocupa, hoje, o sexto lugar entre os países com maior incidência de tuberculose no mundo. A doença pode atacar outras partes do corpo, como: ossos, rins, cérebro, intestino e outros”.

Percebi que os clientes revelaram e expressaram o que acontecia no seu interior; alguns pareciam atemorizados, envergonhados e com receio de participar. Exteriorizaram ser esta a primeira vez que apresentaram e expuseram sua vivência em grupo. Declararam, assim, que o processo permitia-lhes compartilhar sua própria experiência em grupo, numa oportunidade de manifestar para outros suas percepções, sentimentos, preocupações e dificuldades.

Durante o desenvolvimento do processo educativo, pude identificar e analisar, junto com o grupo, o conhecimento sobre a doença, enquanto esclarecia algumas dúvidas e questionamentos, por se estar recém dando início a este processo. Assim, procurei respeitar o saber do grupo, sua linguagem, seu nível de compreensão, estimulando que, através da reflexão, cada integrante se percebesse mais instrumentalizado para incrementar o conhecimento da doença, de modo a contribuir para diminuir a incidência de abandono ao tratamento na tuberculose.

Para dar continuidade ao processo de motivação, desenvolvi a **técnica de Oficina de Saúde: Conhecimento e Sentimentos sobre a Tuberculose e seu Tratamento**, mostrando que cada participante poderia contribuir com o grupo, através de seu diálogo e experiências. Os objetivos traçados foram: discutir e ampliar o (re)conhecimento sobre a doença; estimulando e favorecendo a problematização da situação concreta de estar com tuberculose, expressa pelos portadores e possibilitando a emergência de outros temas, de modo a permitir o esclarecimento de dúvidas.

Através da reflexão dialógica com o grupo, utilizou-se esta técnica da **Oficina de Saúde** para desenvolver o tema proposto, por ser uma estratégia de trabalho em grupo, permitindo e facilitando a liberdade de expressão dos membros ou participantes (saber popular) estimulando a conscientização através do desenvolvimento do processo reflexão-ação-reflexão, a qual se estabelece num contínuo dentro da práxis do ser. Este processo educativo, conforme considera Freire, permite a descoberta de temas que auxiliarão a problematização da situação concreta dos sujeitos (processo da educação problematizadora), o educador enquanto facilitador desvela a realidade que cerca os

educandos, onde o objetivo máximo no processo pedagógico de Freire está no caráter transformador e a estruturar atos de mudança”.

Assim, no desenvolvimento deste momento em que dialogávamos e participávamos com o grupo de portadores, sobre o tema citado, expus ao grupo:

“Podemos, neste instante, dar início a nossa oficina de saúde, a qual consta de três momentos”.

Expliquei em que consistia cada um dos momentos e o seu tempo de duração.

Inicialmente, foram lançadas algumas perguntas para encaminhar o trabalho, tais como:

“O que vocês acham da tuberculose? O que conhecem sobre a doença? Que é a tuberculose? O que vocês podem fazer para contribuir para a cura da doença?”

Dando início ao **primeiro momento da técnica: a palavra**, incentivei que cada participante pegasse uma folha e uma caneta hidrocor, que tinham sido distribuídos minutos antes, e que expressasse, através de uma palavra oral ou frase escrita, sua percepção e conhecimento em relação à tuberculose.

Eles, num **segundo momento**, depois de vários minutos, apresentaram a sua elaboração do trabalho para o grupo, com uma riqueza de idéias, oportunizando uma troca de saberes e de experiências sobre a forma como percebiam o seu mundo, particularmente, a realidade dos portadores de tuberculose.

Dando continuidade à técnica, num **terceiro momento**, incentivei o processo de reflexão-ação-reflexão, estimulando a reflexão em relação à questão apresentada sobre o problema ou assunto exposto:

“Eu só tenho água no pulmão e dor nas costas, eu não estou com tuberculose”, afirma Yahuar Huaca.

Então, perguntei-lhe:

“O que você pensa disto?”.

Yahuar Huaca respondeu:

“A médica vai tirar a água, o líquido todo de minhas costas, só isso, tenho inflamação e depois vou embora do hospital”.

À medida que **Yahuar Huaca** expunha sua percepção frente à questão problematizada, eu e, aparentemente, o grupo refletíamos sobre a situação. Fiz uma nova intervenção e continuei o diálogo:

“O que vocês acham sobre a vivência da Yahuar Huaca? Será que a médica falou para você, Yahuar Huaca, que não tem tuberculose? Ou você ainda vai fazer os exames? Pode manifestar-nos que outros sintomas apresentou?”

Um dos integrantes do grupo participou assim:

“Mas me falaram que todas as pessoas daqui têm tuberculose, porque esta é a sala de ... (não recordava o termo fisiologia), é só para doentes disso, e tem outra sala que é para AIDS, é assim”(Atahualpa).

Yahuar Huaca reafirmou sua fala anterior:

“Eu não estou com tuberculose”.

Compreendendo as manifestações de Yahuar Huaca como expressão de sua negação, do não reconhecimento e aceitação da doença, entendi que não deveria forçar ou impor meu saber. Reconheci que ela necessitava de tempo e, talvez, de uma maior vivência com o grupo, no processo educativo, de modo a alcançar uma nova relação com a doença. Então, como **enfermeira-facilitadora**, disse-lhe:

“É importante que você continue realizando os exames pedidos por sua médica...”.

Prosseguindo na dinâmica proposta, dirigi-me ao grupo:

“Alguém de vocês gostaria de fazer alguma colocação?”

No transcorrer desta oficina, todos os integrantes fizeram alguma manifestação em relação a sua vivência frente à doença e a sua possibilidade ou não de cura. À medida que os clientes expressavam seus sentimentos, percepções, conhecimentos, procurava ouvi-los. Mesmo que as manifestações apresentassem conceitos inadequados ou impróprios, evitava fazer censura ou julgamento ou expressar minha discordância sobre os mesmos. No entanto, aproveitava praticamente todas as situações em que os clientes demonstravam ter alguma dúvida ou incerteza, requerendo esclarecimentos em relação a suas concepções. Daí, solicitava autorização e licença ao grupo para esclarecer as dúvidas apresentadas, pois percebia que precisavam de tempo e, possivelmente, de alguma outra técnica para estimular, demonstrar e possibilitar a sua compreensão e ampliação sobre o conhecimento

da tuberculose e o seu tratamento. Foi como combinamos o nosso próximo encontro, quando utilizaríamos ajudas audiovisuais para abordar o tema: a Tuberculose.

Deste modo, a cada encontro, lembrava-se o objetivo da vivência em grupo, assim como o tema proposto para aquele momento: **“O processo de conscientização em relação a conhecimentos e sentimentos sobre a tuberculose e seu tratamento”**, destacando-se a importância de cada cliente ampliar sua compreensão e reconhecimento da tuberculose, de maneira a assumir uma relação mais consciente com sua doença, tendo em vista o que todos tinham em comum, o estar com tuberculose, para assim, enfrentarem-na e a superarem como tal.

Cabe destacar que, no desenvolvimento dos encontros, geralmente, participavam entre seis e oito pessoas, havendo uma troca de experiências entre todos os participantes do grupo. Pude perceber que a socialização do saber e o processo de educação em saúde, através da **educação libertadora-humanista**, parecia estar acontecendo.

Executava o meu papel de educadora ouvindo os participantes do grupo, conduzindo a dinâmica, por vezes, permanecendo em silêncio, ou, discutindo e tomando decisões junto com eles, de modo a desenvolver a proposta pretendida. Procurava estimular e reforçar a importância de suas participações.

Conforme Freire (1980), o diálogo oportuniza, a si e ao outro, a palavra, busca desvendar significados, gera a crítica e a problematização, nutre-se da confiança, da humildade, da esperança, do amor e da fé. Este entendimento de diálogo facilitou o levantamento de seus problemas e necessidades, assim como de oportunidades, incentivando e propiciando o reconhecimento e a expressão de seus potenciais, mobilizando o grupo para um trabalho participativo, criativo e um convívio prazeroso.

Neste período de convívio e interação, então, pude confirmar que, no caminhar do processo educativo-assistencial, deu-se a adoção de uma atitude empática que, conforme Dall'agnol (1994, p.32), *“é troca de sentimento, experiência, do que os outros sentem, experimentam e extrapolam a racionalidade prática. E oportuniza localizar pontos de sintonia que favorecem o processo interativo entre si”*.

Gradativamente, foram-se percebendo as crenças, conhecimentos, sentimentos e suas percepções, desencadeando um processo educativo de caráter participativo, favorecendo a tomada de consciência para a sua realidade de saúde, o que confirmou e ampliou meus pressupostos.

A enfermagem deve afastar-se de uma atuação mecânica e rotineira, doméstica, repetitiva em que as nossas preocupações predominantes, fundamentalmente, referiam-se às condições físicas e clínicas, enfatizando-se, nos dias atuais, uma assistência em que o cliente seja visto e respeitado como uma pessoa, e não apenas como um corpo doente, o que se assemelha a reconhecê-lo como uma coisa.

Prosseguindo os encontros, com a finalidade de continuar com o processo educativo, motivar e estimular o espírito criativo do grupo, que criei a **técnica do pulmão: conheça a tuberculose, seu tratamento e complicações**. Considerou-se este conteúdo como fundamental ou básico para o grupo de clientes. Assim, utilizando-me de papel craft e pincel atômico, iniciei a desenhar um pulmão sadio e outro doente. Percebi que alguns ficaram surpresos e interessados e, com o propósito de restabelecer o diálogo, no desenvolvimento da técnica, apresentava algumas questões, como:

“Alguém de vocês já imaginou o seu pulmão assim, pelo fato de estar com a doença? Será que vocês já perceberam um desenho do pulmão doente atacado pela tuberculose? Alguém pode nos dizer como ingressa o micróbio ou bacilo no corpo da pessoa sadia? Quais os sintomas e como se transmite? Quais as complicações do portador com tuberculose que não cumpre com o tratamento completo? Como vocês contribuem no processo de viver durante a hospitalização? Vocês acham que é necessário e importante ou não conhecer estes conteúdos?”.

Imediatamente, obtive resposta e percebi que, novamente, alguns deles ficaram preocupados e expressaram suas percepções. Assim, **Manco Capac** participou do grupo, manifestando:

“Eu fiquei nervoso ao ver o desenho do pulmão que você fez. Será que tenho buracos no meu pulmão? Será que o meu pulmão está assim?”.

Então, perguntei-lhe:

“O que você acha disto?”

Ao que **Manco Capac** respondeu e acrescentou:

“Eu fiquei muito preocupado mesmo, morro de medo, agora que conheço mais sobre a tuberculose. Aprendi o que é a doença e, agora sim, vou completar meu tratamento, se Deus quiser...” (Retratamento por abandono – Manco Capac)

Manco Capac explicava e revelava sua participação frente à situação e eu e, aparentemente, o grupo, refletíamos a respeito. Fiz uma nova intervenção:

“Vocês, o que acham sobre a experiência de Manco Capac?”.

Um dos membros do grupo colocou:

“Aprendi e muito, quando a doença está tomada no corpo da pessoa. Nunca ninguém passou nada assim com desenho, como é a doença no pulmão. Agora sei que, tomando remédio direitinho, tem cura. Obrigado” (Huascar).

Entendendo a manifestação de Manco Capac como expressão de sua aceitação e reconhecimento da doença, compreendi quão importante estava sendo a contribuição do conhecimento sobre a doença e seu tratamento através do processo educativo e do uso de técnicas diversas, ou seja, compartilhar, com o grupo, o próprio processo de conscientização, a necessidade da reflexão que se permitia fazer, a partir de uma problemática concreta e de um conhecimento que, muitas vezes, estava errado ou era inadequado, requerendo uma outra ação e nossa reflexão.

Durante o desenvolvimento do processo educativo e, especificamente, deste encontro de grupo, reforçou-se mais a socialização de informações com os clientes em relação ao conhecimento e sentimento da doença e seu tratamento. Percebi que parecia ter ajudado a compreensão da importância de completar o tratamento, além de uma possível conscientização para a necessidade do cumprimento da terapia.

No que diz respeito ao exemplo anteriormente citado, um dos participantes do grupo tinha abandonado o tratamento uma primeira vez (retratamento por abandono). Foi interessante ouvir que, com decisão e alívio, pretendia cumprir seu tratamento. O grupo todo ouvia sua manifestação e eu reforçava, com os demais integrantes, a mudança de atitude e ampliação de conhecimento sobre a tuberculose, que parecia estar acontecendo com Manco Capac, assim como com outros membros.

Um dos depoimentos que me tocou e foi muito significativo desde o início do processo, incentivando-me a continuar este caminho metodológico, foi a manifestação de **Yahuar Huaca**, que se recusara, inicialmente, a aceitar a sua doença. Depois de vários encontros grupais, porém, assumiu e afirmou o seguinte:

“Estou decidida a fazer o tratamento para me curar da doença e não contagiar as minhas netas... a pequeninha, às vezes, vai a minha cama para dormir”.

Depois de ter conhecimento da opinião do grupo, aproveitei para explicar o próprio **processo da tuberculose**:

“A nossa problemática e minha preocupação foi dialogar e discutir aquilo que o grande grupo vivenciava, a doença da tuberculose. Assim, eu só estava

fazendo os encaminhamentos sobre o tema central: O processo de conscientização em relação à tuberculose e o seu tratamento.

Agora, nossa aprendizagem e a nossa reflexão vai ser sobre: Tuberculose? O que é? Doença infecto-contagiosa, causada pelo bacilo de Koch, que tem preferência pelo pulmão e se torna grave se você não tratar. Como se transmite? De pessoa a pessoa através do ar que respiramos (tosse e espirro). As pessoas que têm maior risco de adoecer são: as que vivem com o doente de tuberculose pulmonar em lugares fechados com pouca ventilação, e aquelas em condições de alimentação, habitação e saúde precárias. Sintomas? Podemos suspeitar de tuberculose pulmonar quando a pessoa apresenta: tosse seca ou com escarro por mais de quatro semanas, falta de apetite, emagrecimento, dor no peito, suores noturnos, cansaço fácil, febre baixa, geralmente, à tarde. Complicações e conseqüências graves? Após o contágio, o microorganismo se aloja nos pulmões e, se o sistema de defesa não consegue detê-lo, abrem-se pequenas cavidades, causando hemorragias e insuficiência respiratória. Cura-se a tuberculose? Sim, tem cura, lembremos os nossos conhecimentos da dinâmica anterior, a doença tem tratamento quando o portador toma seus medicamentos por 6 meses, para casos novos, e, para retratamentos, entre 9 e 12 meses. Estes antibióticos só são eficazes quando: o doente toma os remédios todos os dias, ele não interrompe, não abandona o tratamento, até que esteja curado. Importante: todos estes exames são realizados nas Unidades de Saúde; exame médico, exame de escarro, raio-x e o tratamento completo para a tuberculose são distribuídos gratuitamente”.

No desenvolvimento deste momento, no qual se dialogava e participava com o grupo de clientes, foi necessário explicitar cada aspecto com a finalidade de que compreendessem sobre o que me referia. Nosso relacionamento era sujeito a sujeito, enfermeiro-cliente, cliente-enfermeiro, de modo a promover o processo de conscientização e a compreensão da doença.

Dando continuidade a nossa dinâmica de grupo, utilizando a técnica do desenho, solicitei aos integrantes a apresentação de suas ilustrações sobre o pulmão, suas falas e colocações sobre o processo educativo, ou seja, uma troca de vivências e de experiências. Refletimos sobre o fenômeno da tuberculose e a maneira de conviver com a doença e enfrentá-la.

Então, Lloque Yupanqui, ao fazer seu desenho, exclamou:

“Nunca fiz isto, é a primeira vez e foi legal. Gostaria que continuassem outros encontros”.

Já, outros membros, colocaram sua expectativa em relação à dinâmica grupal:

“Foi muito bom, nunca tivemos reuniões assim, precisamos de apoio e afeto em nossa doença e não só a parte clínica, que saibam ouvir. Agora esclareci mais a doença” (Sinchi Roca).

“Que respeite a dor que nós estamos sentindo, que seja compreensivo e nos trate bem. Agradeço a você pela preocupação”(Atahualpa).

Pude observar, no decorrer da vivência, que os profissionais de enfermagem da unidade pareciam dedicar pouco tempo para a educação dos clientes e que os enfermeiros da unidade, entretanto, percebiam o quanto poderiam auxiliar o cliente nesse processo de educar-assistir. A justificativa dada pelos enfermeiros para a sua pequena atuação, na função educativa, direcionou-se para a falta de recursos humanos, especificamente, de profissionais de enfermagem.

Entretanto, infiro que a consciência crítica do profissional de enfermagem é indispensável para o entendimento do processo educativo, além do crescimento pessoal e profissional, como ação própria do enfermeiro na sua prática assistencial, de modo a que desmistifiquemos alguns aspectos da enfermagem, o que depende de nossa postura crítica em relação à profissão e de como percebemos o processo ensinar-aprender como ato contínuo, dinâmico do processo de viver.

4.1.3 TERCEIRA ETAPA – DESLIGAMENTO DO GRUPO

O desligamento do grupo fez-se de maneira muito progressiva, ao longo de seis encontros, correspondendo à seqüência de nossos momentos finais, de modo a interromper-se, gradativamente, o espaço construído coletivamente. Deu-se, assim, a saída da prática educativa ao término da implementação da proposta pedagógica e metodológica, através das dinâmicas grupais.

Como se combinou desde a primeira etapa, durante a exposição da proposta, isto foi aceito pelos integrantes do grupo, os quais concordaram com o processo, o propósito do trabalho e a sua forma de participação.

Pude perceber que os clientes mostravam disponibilidade, vontade, dedicação, interesse e preocupação com o trabalho desenvolvido, com o encerramento ou desligamento do grupo, assim como para dar continuidade à hospitalização ou diante da possibilidade de alta.

Esta terceira etapa corresponde, então, à conclusão do trabalho, apresentação dos resultados e da congruência entre expectativas e realizações no plano individual e coletivo.

Procurou-se resgatar, no grupo, todos os temas abordados ao longo da dinâmica, de modo a verificar, novamente, a clareza e compreensão, assim como suas possíveis indagações, acerca da tuberculose, do seu tratamento e dos objetivos da proposta educativa em construção.

Os participantes do grupo encontravam-se em um processo de interação bastante afetivo, expressavam, espontaneamente, tanto sua análise e avaliação da experiência vivida, quanto suas necessidades de reforço sobre algum tema já abordado. Ao manifestarem questionamentos e incertezas, coerente com a proposta de Freire, inicialmente, estimulava o grupo a dirimir as dúvidas, interferindo sempre que entendesse necessário.

Comprovou-se, também que, após todo o período de convivência e interação prazerosa, esta etapa de desligamento estava sendo acompanhada de sentimentos antecipados de saudade e tristeza. Durante todo o processo, desenvolveu-se um relacionamento de confiança, afeto, respeito, liberdade, solidariedade, diálogo e participação.

Com a intenção de dar continuidade ao diálogo, nesta etapa, também, efetuou-se a aplicação de um questionário (Anexo 1), a cada cliente participante do grupo, focalizando-se os sub-temas dialogados e discutidos durante o processo de reflexão-ação-reflexão nos encontros. Estes questionários foram preenchidos, na sua maioria, pelo próprio cliente, em encontros individuais, durante um período aproximado de 20 até 30 minutos, de modo a possibilitar uma avaliação mais precisa, permitindo-me verificar, não só a ampliação do seu conhecimento sobre a tuberculose e o seu tratamento, mas, também, que tivesse a oportunidade de expressar como havia percebido esta vivência.

Nestes encontros realizados, entre a enfermeira educadora e o cliente, à medida que o questionário ia sendo preenchido, sempre que necessário, faziam-se esclarecimentos na tentativa de responder aos questionamentos e dúvidas apresentadas.

Foi validado com o cliente, os resultados obtidos, sobre a experiência vivida na dinâmica, através da leitura e discussão dos dados registrados no questionário.

Para a análise dos resultados colhidos destes encontros, a partir da vivência da etapa individual com o cliente, através do questionário, fez-se uma síntese das respostas dos clientes sobre os temas abordados na etapa anterior (o caminhar), o que permitiu uma avaliação da sua apreensão de toda a temática desenvolvida neste processo.

O total dos participantes ao responder ao questionamento sobre *Que doença você tem?* apontam que é a tuberculose, reconhecendo e reafirmando a doença.

Expressam que a tuberculose é uma doença contagiosa, produzida por um micróbio, transmitida através do contágio de uma pessoa doente a outra sadia, através do ar que respiramos, porque eliminam secreções sem os devidos cuidados.

Destacam que a tuberculose é temporária, e tem cura, cumprindo o esquema de tratamento; que qualquer pessoa pode adoecer, desde que esteja predisposta pela baixa defesa, pois há situações em que o indivíduo está em contato com o portador de tuberculose, sem ter as medidas necessárias de cuidado.

Sobre o questionamento *A tuberculose tem cura?*. Em relação a este tema, todos abordaram que sim, levando com isso a um (re)conhecimento da terapia. Assim, alguns referem que a tuberculose antes não tinha cura e que muitas pessoas morriam. Ainda, expressam que existe falha no cumprimento do tratamento, o que pode ser melhorado inclusive ao sentirem-se apoiados pelos familiares e amigos. Desejam ter uma relação terapêutica no serviço, em que exista respeito e compreensão para vivenciar seu processo de tuberculose. Entretanto, colocam que ainda existem, em muitos casos, pouco interesse por parte do cliente em contribuir no seu tratamento, e que a enfermeira educadora-facilitadora, agora, motivou-os mais, sobre a importância da colaboração em sua recuperação e a sua compreensão da contribuição no tratamento completo.

Para a questão *o que significou a experiência de participar em grupo?*, os clientes manifestaram que o processo ou as reuniões foram importantes, porque lhes permitiram um relacionamento de diálogo e participação para aprenderem e compreenderem mais sobre a sua doença. Reconhecem, ainda, que depende da vontade, interesse deles mesmos, ressaltando quão necessário é que vejam suas realidades, seus sentimentos e problemas.

Destacaram o papel benéfico da enfermeira-facilitadora durante as dinâmicas, através do estímulo e incentivo nas participações e nas discussões, já que faz com que o cliente pense mais, diga o que, muitas vezes, pensa e não consegue manifestar ou expressar, permitindo-lhes um maior esclarecimento e entendimento.

Salientaram que foram suas primeiras participações em dinâmicas de grupo. Reconheceram que o relacionamento com o pessoal e a equipe de enfermagem e de saúde poderia ser melhorado, pois este processo educativo permitiu que fossem valorizados, através de um diálogo participativo, além de exporem suas idéias como portadores

vivenciando uma situação real, conseguindo alternativas para uma maior participação, refletindo sobre suas problemáticas de saúde e de vida.

Um dos aspectos que chamou, no grupo, a atenção, foi que, durante o *processo de conscientização*, a partir das dinâmicas, destacaram a liberdade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas ou incertezas. Este ato de liberdade de expressão, através da palavra, do diálogo, motivou-os à capacidade reflexiva, de poder contribuir em mudanças significativas como: (re)conhecimento da própria doença, uma atitude mais participativa, perdendo, em muitas situações, o medo de falar sobre a tuberculose, facilitando mudanças em relação ao estigma e a compreender a problemática da tuberculose como uma doença com fortes conotações sociais e históricas.

Destacaram, também, o fato de se conscientizarem da importância de compreender a tuberculose e de ter uma melhor relação com a doença, além de lutarem por suas vidas, valorizando-se enquanto pessoas.

No decorrer dos últimos encontros, procurei avaliar junto com o grupo, todo o processo do trabalho até então desenvolvido. Para demonstrar a avaliação deste momento, apresento algumas manifestações dos participantes aos questionamentos feitos, tais como: para você, o que significou a experiência de participar em grupo? Os ensinamentos favoreceram a sua ampliação de conhecimentos sobre a doença? Os conhecimentos serviram para reconhecer a importância do tratamento? Percebeu alguma mudança em você?

“Eu reconheço que nunca tive uma reunião assim, de participar sobre a minha doença com outros amigos que também têm a tuberculose; conhecer mais o desenho que fez no outro dia do pulmão, fiquei me lembrando, agora sei das minhas complicações. Sabe, a primeira vez que abandonei o tratamento, foi porque tive vergonha de falar pra minha mulher e família. Agora, aprendi e muito obrigado por apoiar-nos em nossa doença” (Manco Capac).

“Foi muito bom, assim a gente vai aprendendo aos poucos; eu sabia que a doença é contagiosa, mas agora aprendi também, que tem cura e, o tempo que toma para me curar direitinho é só de seis meses” (Huascar).

“Aprendi o que é a doença, agora que estou me recuperando, vou completar o tratamento” (Sinchi Roca).

“Foi legal, ninguém fez isto, que as pessoas saibam ouvir nossos problemas e respeitem a dor que nós estamos sentindo, a experiência do grupo foi boa porque nós dialogávamos; muito obrigado pela preocupação” (Atahualpa).

“Afora, muitas vezes, nossa família esquece-se de nós, eu sinto rejeição dos amigos, estive indignado pelo que o outro dia, um pessoal daqui nos tratou assim: vai dormir, seco, tuberculoso. Esse trabalho em grupo até foi bom mesmo, porque ninguém fez isto, precisamos que nos tratem bem e sejam

compreensivos. Agora, estou conseguindo compreender a tuberculose, qualquer um pode ter, mas que tem cura”(Pachacutec).

Através dessas colocações, pude analisar e refletir sobre a dinâmica do processo educativo vivido, como uma abordagem ou proposta inovadora, onde o cliente-educando percebeu-se mais aberto, disposto, participativo e, aparentemente, usufruindo de liberdade durante toda a prática.

Depois de conhecer a sua opinião sobre a experiência vivenciada, expus, então:

“Na minha avaliação, acho que esta experiência e nova metodologia de educação para a saúde, através do processo educativo participativo em grupo, com portadores de tuberculose, durante toda a nossa caminhada, através das dinâmicas, diálogos e debates da problemática e do uso de diferentes técnicas, foi muito importante. Acho que fomos atingindo nossos propósitos: compartilhar e socializar nossos saberes, ampliar os conhecimentos, tomar consciência sobre a tuberculose. Foi incrivelmente construtivo e gratificante, pela troca riquíssima de vivências, diálogos, reflexões e mudanças que aconteceram para muitos integrantes do grupo. No começo do processo, quando eu chegava, no início da manhã, os clientes estavam fechados, quietos, pensativos, preocupados. Aos poucos, os participantes mostravam-se descontraídos, alegres, animados e participativos, com o desenvolvimento do processo de diálogo, desvelando suas problemáticas no contexto em que se encontravam inseridos”.

Com estas manifestações, o grupo parecia reconhecer a importância da construção deste processo educativo como um ato coletivo, de comunhão, de humildade e de confiança. Através da concepção libertadora, constatou-se a possibilidade de assegurar um processo participativo e emancipador, em que o cliente tem liberdade de diálogo, de pensamento, de reflexão-ação-reflexão, de decisão e, assim, enfrentar, mais fortalecidos e mais instrumentalizados, a doença e o tratamento da tuberculose. Parece ser possível concluir que a função da enfermeira como educadora-facilitadora, então realizada, cumpriu um papel importante.

CAPÍTULO V

AVALIAÇÃO E REFLEXÕES FINAIS

O produto final de um processo de educar-assistir e participação coletiva não é a elaboração de um relatório; embora, muitas vezes, este seja necessário e útil. O que se constitui de relevo fundamental neste processo é a possibilidade de as pessoas envolvidas, tornando-se mais conscientizadas de suas possibilidades, de seus limites e de suas autênticas e desejadas finalidades, encontrarem soluções criadoras para os problemas identificados .*

* Reflexão da autora

Para se chegar ao processo de “*Conscientização*” da realidade, onde se dá a descoberta dos (des)conhecimentos e sentimentos que emergiram da problematização da situação concreta, experienciados, apreendidos e desvelados pelos clientes portadores de tuberculose, através do processo educativo, utilizou-se, como suporte teórico, a Concepção Libertadora de Paulo Freire, bem como os conceitos básicos do Marco Conceitual construído a partir dos pressupostos.

O trabalho desenvolvido em grupo, através do processo educativo-assistencial com portadores de tuberculose, parece ter sido importante, porque se constatou, por meio da coleta de dados e das dinâmicas de grupo, que a maioria dos clientes desconheciam a doença e o tratamento. O processo de conscientização ocorreu, não só através do diálogo, da interação, da participação, da reflexão-ação-reflexão, mas fez-se necessário que a enfermeira estimulasse, incentivasse e motivasse os clientes durante todo o processo, de modo a que se sentissem mais valorizados e aceitos. Infiro que o processo educativo, numa perspectiva de educação libertadora, conforme o proposto por Paulo Freire, seja um instrumento capaz de guiar as ações de enfermagem na assistência a este grupo de clientes, além de contribuir no processo de transformação da sociedade.

A concepção humanista de educação permitiu uma assistência integral e diferenciada ao cliente, tendo em vista que, a partir do seu reconhecimento como sujeito, ele tem liberdade, autonomia e participa ativamente de todo o processo educativo-assistencial, podendo conscientizar-se de seus problemas. No início das dinâmicas, perceberam-se os clientes passivos, fechados, constrangidos. Aos poucos, viu-se o processo de mudança, e, depois de alguns encontros, já mostravam-se mais participativos, abertos, dispostos, confiantes e animados; demonstravam interesse em participar e compartilhar, no grupo, com os outros clientes.

A proposta de uma educação participativa e o compromisso solidário permitiu a troca e intercâmbio de experiências, aceitando e valorizando tanto o saber técnico quanto o saber popular. Essa socialização do saber, essa troca e oportunidade de interação enfermeira-cliente, parece ter lhe permitido ampliar sua compreensão do significado do fenômeno da tuberculose, conscientizar-se sobre a importância do tratamento completo, através de um processo coletivo, de comunhão, de humildade, de amor, de fé e confiança. Constatou-se, pela coleta de dados, que os clientes, aparentemente, não haviam recebido, anteriormente, informação ou orientação sobre a doença e o seu tratamento. A educação em grupo, como prática de enfermagem, foi vista como um processo no qual a enfermeira

e clientes compartilham saberes e não como um ato unilateral-vertical ou apenas uma necessidade operacional da ação de enfermagem.

Neste tipo de proposta pedagógica, é evidente a importância dada ao conhecimento e às idéias, que se relacionaram com a realidade vivida. Assim, o tempo foi um fator importante para o processo de idas e vindas, de reflexão e troca permeadas no diálogo, o que permitiu a transformação de ambos, tanto do cliente como da enfermeira. Acredito ter conseguido que os clientes ampliassem seu conhecimento e re (des)coberta de sentimentos, com possíveis mudanças de atitudes, de comportamentos frente à tuberculose e ao seu tratamento, o que reconheço como ponto básico para o início do processo de conscientização.

Meus pressupostos reforçaram-se e reafirmaram-se a partir das falas, dos diálogos e discussões implementadas em cada um dos encontros, pois considero que a prática educativa, tradicional, ainda permanece conservadora, em que pouco se ouve, pouco se faz e pouco se discute. Acredito, ainda, que ao implementar uma prática de educação para a saúde em grupo, de uma forma crítica e de cunho transformador, seja necessário se ter uma visão diferente do mundo. O educador-enfermeiro requer visualizar o caminho da práxis numa proposta de educação participativa, não somente como uma atividade, não apenas como uma técnica instrumental, mas sim, como um *processo histórico*, no qual o enfermeiro como educador-“facilitador”, e o cliente, como “sujeito” participante, problematizem a realidade concreta, reflitam a seu respeito e, com isso, procurem maneiras de modificá-la assumindo a sua capacidade de desvelar, refletir e transformar esta realidade. É importante lembrar que o cliente não só escuta docilmente, ou é mero *objeto*, nem adapta-se às determinações do educador-enfermeiro, mas participa da prática educativo-assistencial em grupo como construtor de um processo, tendo oportunidade de pensar, falar, optar, identificar, decidir, como sujeito do processo educativo que parte de uma situação concreta na qual está inserido, sendo estimulado a realizar reflexões conjuntas na tentativa de reforçar os seus conhecimentos ou reformular a sua compreensão da realidade.

A Enfermagem, enquanto profissão, pode envolver, no seu exercício, aspectos assistenciais, educativos e éticos de forma contínua durante suas atividades desenvolvidas junto ao cliente.

Quanto aos aspectos assistenciais, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de desencadear e promover o planejar, coordenar e supervisionar as atividades de assistência

de enfermagem, através da elaboração de um marco conceitual para guiar as ações e justificar cientificamente as atividades, bem como executar os procedimentos mais complexos, no sentido de garantir que o cliente receba uma assistência livre de riscos, humanizada e completa e que atenda as suas necessidades e problemática de acordo com sua realidade. Para tanto, o enfermeiro necessita ser o elo articulador, de modo a promover a integração dos profissionais, bem como com o cliente e sua família.

No entanto, infiro que os profissionais de enfermagem, com toda a sua capacidade e potencialidade, necessitam rever a sua prática assistencial, recriar seu papel profissional, pois quando se trabalha seguindo um itinerário teórico-metodológico sedimentado em conhecimentos e crenças, este vai fazendo parte da realidade de nossa prática, sendo praticamente inseparável de nosso cotidiano na assistência.

Acredita-se que a atividade básica que determina os caminhos da enfermagem é a assistência direta ao cliente. É a partir desse momento singular com o cliente que desenvolvemos novas práticas, novos olhares e sentimos a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos e metodológicos e nos lançamos em busca de nossos instrumentos para o assistir de forma humanizada, integral e diferenciada, vendo o cliente como um “*sujeito único*” com suas necessidades, problemática, expectativas, anseios, medos, limitações e conhecimentos.

É importante que se contemple a reflexão-ação-reflexão do indivíduo portador da doença na assistência de enfermagem, objetivando, desta forma, a percepção crítica de sua realidade, visando assumir e alcançar uma compreensão e (re)conhecimento da tuberculose e do seu tratamento, assim como uma emancipação e contribuição no esquema de terapia.

As vivências e experiências dos clientes precisam ser descobertas e trabalhadas, sendo relevante e primordial que a enfermagem, na sua prática assistencial, seja não apenas um profissional técnico que executa as prescrições, sem tomar iniciativas ou decisões, mas, também, se transforme e participe ativamente do processo educar-assistir.

Os aspectos educativos foram centrais a este estudo, constituindo-se em seu fio condutor, observados e trabalhados no decorrer da minha prática assistencial como um todo. Existem, porém, alguns pontos que foram detectados, os quais cabe destacar: os clientes são carentes de conhecimentos, informações e orientações, tanto sobre a tuberculose como em relação ao seu tratamento.

Pode-se dizer que o aspecto educativo é um recurso próprio a ser desempenhado pelos profissionais de saúde e, em particular, cito o (a) enfermeiro (a). Durante o processo assistencial, seja de cuidados diretos ou não, não se percebe a função educativa explicitamente. Portanto, insisto que não é possível falar de assistência de enfermagem excluindo seu aspecto educativo. É necessário que se perceba o processo ensinar-aprender como ato contínuo, onde o papel educativo seja ação inerente do enfermeiro. O enfoque educacional permite e assegura uma melhor qualidade de assistência, assim como o aprimoramento do profissional e trabalhador de enfermagem, pois o enfermeiro-educador e o cliente-educando, na concepção da educação libertadora-humanista, são também, enfermeiro-educando e cliente-educador.

Para a compreensão e análise deste processo e experiências, o assumir a “pedagogia problematizadora” é colocar essa realidade como componente ativo do processo dos clientes que dela participam, sendo identificados os problemas, que podem ser enfrentados, requerendo-se a busca de soluções na antevisão de sua transformação e de resolutividade para as questões da prática, no cotidiano da assistência, experienciando-se soluções originais e criativas.

Ainda, quanto ao cliente como foco central, é importante e imprescindível sua participação no processo educativo, pois ele, particularmente, deve ser um elemento ativo no seu processo de saúde-doença. Estando em condições de tomar decisões com relação a sua pessoa, sua doença, bem como ao seu tratamento, o cliente deve ser respeitado e entendido como um “ser humano”, nas dimensões física, psicológica, social, cultural e espiritual. Esta participação e respeito aos saberes dos pacientes não anula o conhecimento profissional, mas o complementa. É preciso ter clareza, também, que nem todo saber popular está correto, caso contrário não se evidenciaria a necessidade de intervenção do profissional.

Acredito que no processo educativo da assistência houve uma troca de saberes, desde os primeiros contatos com o cliente, os primeiros diálogos e participações, através do processo que pretendeu a “conscientização” com relação ao conhecimento e ao significado da tuberculose e o esquema de tratamento. A partir daí, tais trocas pretenderam promover e estimular a conscientização do cliente quanto à necessidade e importância de sua participação ativa-dialogal no que lhe diz respeito, na relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, durante e depois da hospitalização. Foi importante na transmissão de informações, utilizar uma linguagem adequada e o mais clara possível que

pudesse ser compreendida e assimilada pelo cliente, em vista da palavra constituir-se no principal instrumento de trabalho.

Creio, ainda, que quando o profissional de saúde, exerce de forma efetiva o seu papel de “educador”, ele pode derrubar barreiras presentes na relação profissional-cliente, na qual só o educador autoritário tem razão, podendo transformar-se de um profissional técnico num “facilitador”, num parceiro, numa pessoa que, dispondo de um saber técnico, ajuda a outra pessoa que é cuidada-assistida, a tornar-se não mais um paciente dependente, mas num parceiro que pode exercer sua autonomia.

Neste processo educativo em saúde, deu-se a interação enfermeira-cliente, sendo o processo de conscientização seu fundamento forte, efetivando-se, através do diálogo, da participação, da humanização, da reflexão-ação-reflexão, da decisão, da interação entre as pessoas, da transformação e da convicção de que a mudança é possível num processo contínuo de construção e re-construção. “Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos na prática social de que tomamos parte”(Freire, 1993, p.88), construindo a nossa própria libertação, assim como a possibilidade do enfrentamento e superação da doença. O processo educativo-assistencial constituiu-se num instrumento que auxiliou o homem a tomar consciência da compreensão, do (re)conhecimento da doença, do estigma social, de sua realidade, como um sujeito pensante e atuante, com capacidade de agir para transformá-la, através de uma postura mais crítica.

Considereei como outro ponto importante na questão educativa, o vislumbrar junto ao cliente, quais as suas expectativas em relação ao “processo educar-assistir”, ou seja, o que ele sabe, o que quer saber e o que realmente deve saber em relação à doença, num determinado momento. Segundo a coleta de dados, os clientes declararam que nunca tiveram dinâmicas ou encontros em grupo, considerando tal modalidade do processo educativo bem mais humanizado e participativo, com liberdade de falar, expor, questionar, apreender e conhecer sobre sua doença, podendo compartilhar mais suas histórias com seus companheiros da unidade.

As expectativas dos clientes em relação à equipe de enfermagem e de saúde, apontaram para a necessidade de um trabalho com ética profissional, isto é, que sejam tratados com respeito e tolerância, numa proposta de assistência integral e humanística, sendo informados e orientados sobre sua doença e tratamento, seu estado de saúde, contribuindo, assim, a diminuir o seu medo e ansiedade, possibilitando a sua colaboração e participação na sua recuperação.

O profissional de enfermagem não pode ser só um repetidor de orientações, despejando informações, enchendo de conteúdos o cliente, mas, sim, ser um interlocutor, dando chance e estimulando o cliente a pensar e expressar-se sobre sua situação, sua realidade, sobre o contexto real que o envolve. O cliente deve ser capaz de discernir entre o que é preciso saber e fazer, sendo, portanto, um agente criativo e participativo, sujeito do processo educativo-assistencial.

Quando se fala de tuberculose, percebe-se, ainda, o temor, o receio, a rejeição, a discriminação que a doença transmissível gera no cliente, dentro do núcleo familiar e na sociedade, portanto, constata-se a presença do estigma social. É por isso necessário que o cliente, o grupo familiar, sejam orientados, participem de um processo de conscientização, de modo a ampliarem o seu conhecimento e compreensão da doença e do tratamento, até dar-se a alta da hospitalização e a reincorporação à sociedade.

Acredito, mais uma vez, que, quando o profissional de saúde exerce, de forma efetiva, o seu papel de educador, ele pode promover a queda de barreiras, abrir espaço para o cliente questionar, esclarecer dúvidas, garantindo práticas de saúde mais saudáveis, condizentes com a realidade desse cliente, fortalecendo o seu saber, como um ser capaz de desenvolver seu próprio cuidado e de solicitar ajuda quando precisa ou não se sente capaz.

O conhecimento que o indivíduo portador de tuberculose já possui, contextualizado na sua vivência da realidade, é o ponto de partida para os diálogos componentes do processo educativo.

Pude observar que o aspecto educativo parece não ter sido uma atividade prioritária para as enfermeiras da unidade, pelo menos não para a sua maioria. Com isso, as enfermeiras não parecem estar, suficientemente, colaborando para reduzir a insegurança, o medo e a ansiedade do cliente hospitalizado, assim como o (des)conhecimento sobre sua doença e a importância de não abandonarem o tratamento, e, assim, contribuir na diminuição da incidência, na transmissão e no abandono da tuberculose.

Ainda, considerei como de extrema importância a educação para a saúde em grupo, não só pela troca e socialização de saberes, mas pela motivação, apoio, possibilidade de livre expressão e de emancipação, através de todo o *processo de conscientização* em relação ao conhecimento e compreensão da tuberculose e seu tratamento. Esta concepção da educação permite uma participação e reflexão dos integrantes do grupo, além de conhecer suas crenças, sentimentos, percepções em relação ao processo, o significado de

sua doença e sua terapia, partindo de uma visão concreta das suas necessidades, problemáticas e realidade. Porém, é necessário que a enfermagem invista tempo na educação do cliente, pois o seu papel de educadora, mais seu compromisso e sua disponibilidade são fundamentais.

Durante o desenvolvimento do processo educativo-assistencial, perceberam-se mudanças nas atitudes, condutas, reações dos clientes, que se mostraram mais dispostos, confiantes, demonstrando interesse e expressando que se sentiam mais valorizados como seres humanos e úteis na sua própria recuperação. Assim, constatou-se, também, que os clientes que tiveram alta, regressaram ao hospital com a intenção, vontade e interesse de participar de nossa dinâmica de grupo seguinte. Ainda, depois de ter acabado a prática educativo-assistencial, visitei o hospital, por algumas semanas, com a finalidade de confirmar, através da equipe de enfermagem se algum dos clientes participantes das dinâmicas de grupo tinha sido reinternado depois da sua alta e pude constatar que não.

Quanto aos aspectos éticos, na minha experiência individual, pode-se afirmar que a enfermagem é uma profissão com base educativo-assistencial, sustentada, também, por uma postura ética profissional, assegurando aos seus clientes confiabilidade, segurança e respeito.

Do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1994), destaco o art. 1, dos Princípios Fundamentais que refere ser: “a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”, e seu art. 3, no qual dispõe sobre os seguintes termos: “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

Analisando esses dois artigos, acredito que eles fundamentem toda a prática de enfermagem e que, se o profissional tiver incorporado tais preceitos, desenvolverá uma assistência livre de riscos, mais humanizada, respeitando e compreendendo o cliente na situação em que se encontra, cumprindo com seus deveres, responsabilidades e usufruindo seus direitos.

Assim foi que, durante a realização da prática educativo-assistencial, foram observados alguns dilemas éticos, os quais foram abordados, apoiados na ética profissional

e que são citados, a seguir, como os clientes destacam não ter conhecimento sobre sua doença e falta de informação sobre o tipo de tratamento a que o cliente iria ser submetido.

Ao consultar o atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, vemos assegurados pelos artigos 26, 30 e 31, relacionados aos deveres da enfermagem: “o direito do cliente e sua família à informação, assim como ao esclarecimento sobre o seu estado de saúde, tratamento e prognóstico”. Nesses casos, procurei investigar junto ao cliente o que ele realmente sabia, o que devia e o que estava querendo saber, pois o que pude observar, durante minha prática, é que a grande maioria dos clientes, com os quais desenvolvi meu trabalho, não tinha conhecimento nem clareza a respeito de sua doença, seu estado de saúde e seu tratamento.

Ao longo do trabalho, observei que os profissionais médicos e de enfermagem parecem fornecer poucas informações aos seus clientes de maneira geral. Os clientes, com que desenvolvi minha prática, eram unânimes a respeito da dificuldade de obterem alguma informação sobre seu tratamento. As enfermeiras manifestaram que o médico tem pouca comunicação com os pacientes, percebendo que ele fica distante de seus clientes e que pouco os informam. Nesse aspecto, o direito do cliente parece não ser respeitado novamente.

Acredito que seja da responsabilidade da enfermeira, no que se refere à assistência de enfermagem, garantir que o paciente, portador de tuberculose, seja assistido, considerando também os aspectos educativos e componentes éticos, assegurando uma boa qualidade de assistência. Sabemos que a população tem direito de receber um cuidado digno, correto, vindo de profissionais conscientes de seu papel político-assistencial no compromisso com a liberdade e segurança em prol da vida, da cidadania e da saúde e para que isto se efetive, é imprescindível o acesso à informação sobre o que lhes diz respeito.

Ainda, ressalto que um cliente bem informado e esclarecido sobre sua doença, o seu tratamento e as suas possibilidades de cura, sentir-se-á mais seguro para lutar pela sua vida. No entanto, o cliente, que é mantido desinformado, vive entre o medo, a incerteza e, talvez, a impossibilidade da cura.

Ao término da prática assistencial, percebo que este trabalho constituiu-se de uma caminhada que, desde seu começo, mostrou-se tranqüila e gratificante. Desenvolver atividades educativas em grupo foi uma experiência inovadora, um desafio estimulante, que tive o privilégio de vivenciar, pois serviu como um ensaio para levar, à prática, um

referencial teórico de cunho conscientizador, no sentido de se chegar numa assistência emancipadora de enfermagem, sistematizada, participativa e transformadora.

Através da prática educativo-assistencial, descobri um campo de trabalho que a enfermagem pouco ou nada investe, talvez, pela falta de tempo e recursos humanos. É preciso relembrar e reafirmar que o papel educativo é uma ação própria do enfermeiro durante seu exercício profissional, portanto, necessita de uma postura e consciência crítica, em que perceba este processo como um ato permanente, criativo, crítico e dinâmico do “processo de viver”, sem que precise de um tempo específico para o desenvolvimento das atividades educativas.

A experiência comprovou como é importante o processo de educação, pois através da interação enfermeira-cliente, propicia-se uma aproximação do cliente com a equipe de enfermagem e uma relação de ajuda e troca de experiências.

Assim, o processo de educação foi acompanhado de estratégias de motivação, tais como: elaboração de cartazes, colagens, desenhos ajudando o cliente a ter uma hospitalização menos agressiva e dolorosa e, assim, favorecendo encontrar um outro significado para o momento vivenciado.

O enfermeiro, como facilitador, pôde propiciar uma dimensão educativa, estimulando a capacidade participativa e reflexiva do grupo de clientes com tuberculose hospitalizados, assim como conhecer a sua potencialidade de conhecimento, enfrentamento e superação, pela possibilidade de tomar consciência de sua doença, identificando-se com ela e enfrentando situações da vida cotidiana, contribuindo, também, para a diminuição de abandono ao tratamento da tuberculose.

Pensando e entendendo a educação para a saúde como possibilidade de transformação de sujeitos frente a situações diversas do processo de viver, onde nos propomos a assistir-cuidar dentro de uma ótica global do homem e uma abordagem humanística, o cliente com tuberculose participa e reflete junto com o profissional suas questões de saúde, estabelecendo um processo de conscientização individual e ação coletiva, onde o método é criado e construído respeitando os limites dos sujeitos, suas crenças e valores, sentimentos, seu modo de viver e, onde a relação educador-educando acontece em dupla via, ou seja, ambos têm o que ensinar e o que aprender.

Outro ponto importante neste processo educar-assistir, é vislumbrar, junto ao cliente, quais são as suas percepções e sentimentos em relação “à equipe de enfermagem”,

assim, o que ele sabe, o que quer saber e o que realmente precisa e deve saber em determinado momento.

No grupo, constatei a possibilidade de assegurar o processo participativo cliente/profissional nas questões de saúde; pude confrontar a dinamicidade do processo educativo e de intervenção nas diferentes etapas na prática assistencial, verifiquei a possibilidade de socialização do saber, ou seja, através do diálogo, compartilhando-se saberes, experiências com o intuito de vislumbrar nossos problemas, nossos sentimentos, nossas percepções, para resolver ou enfrentar as situações.

Assim, acredito que a educação libertadora-participativa traduz-se em possibilidade concreta de se poder modificar uma realidade em saúde, essencialmente normativa, com programas preestabelecidos e um conjunto de informações que não prevêem discussão e ação-reflexão-ação. Ainda, acredito que esta proposta permitiu o reconhecimento de que ensinar-aprender é ter a convicção de que a mudança é possível, mediante um processo educativo contínuo de construção e reconstrução, estimulando nosso processo de conscientização. Favoreceu, também, a emergência de outras questões, tais como, estamos respeitando, enquanto profissionais, este ser com tuberculose, de modo a não contribuir para a manutenção do seu estigma social?

Como **limitações** presentes neste trabalho, poderia destacar que, por ter focalizado, especificamente, o tema tuberculose, sentimentos e conhecimentos, muitas outras questões não foram trabalhadas, como o etilismo, o tabagismo e o uso de drogas, dentre outros.

No entanto, a abordagem de tais problemas requereria, possivelmente, um trabalho com outro suporte técnico e profissional, além de um período de tempo bem mais prolongado.

Uma outra limitação a esta prática educativa foi a não participação dos profissionais de saúde do serviço e, em especial da equipe de enfermagem de modo a que o trabalho realizado pudesse ter e alcançar maiores benefícios, não apenas com este grupo de clientes, mas com outros que pudessem se constituir. Neste sentido, o envolvimento de outros profissionais, tais como o psicólogo, o assistente social, o nutricionista e o médico favoreceriam a construção e o fortalecimento de um trabalho interdisciplinar que entendo como necessário e, possivelmente, muito mais produtivo, ao se pretender desenvolver um processo educativo assistencial com estes clientes.

Por outro lado, experienciar a aplicação de um referencial teórico educativo foi, para mim, uma prática inovadora, rica e interessante. Pude constatar como é importante uma assistência fundamentada em uma teoria educativa, pois ela ajudou a direcionar e embasar toda a prática assistencial, a guiar nossas ações e a justificar cientificamente nossas atividades.

O processo educativo permeou toda a prática assistencial em que, por meio de etapas, teve-se como foco estabelecer a relação pessoa-a-pessoa, auxiliando o cliente a entender e superar a experiência da doença e o sofrimento decorrente.

A prática, também, oportunizou momentos de reflexão ética sobre o quanto podemos ser omissos, e até coniventes, por desconhecermos ou ignorarmos os dilemas aos quais o cliente está sujeito.

Desta forma, a enfermagem não pode continuar focalizando somente o atendimento das necessidades biológicas, mas deve buscar uma assistência centrada no cliente, compreendendo o homem como um ser indivisível, que pensa, tem conhecimentos (saberes) e significados, tem sentimentos, tem medos e sofre. Isto exige uma prática voltada, também, para as necessidades emocionais, sociais e espirituais do cliente, que poderá ser alcançada por intermédio da prática de atividades educativas.

É importante destacar que a equipe de enfermagem, a partir da apresentação da proposta de trabalho, mostrou-se interessada no desenvolvimento das atividades. No seu decorrer, pude observar que os elementos da equipe de enfermagem aproximavam-se mais dos clientes. Trouxe muita satisfação perceber que a equipe parecia mostrar-se mais sensível à importância da prática de atividades educativas com os clientes.

O estudo aponta para a necessidade de um trabalho semelhante a ser desenvolvido para a enfermagem conscientizar-se da importância do processo educativo-assistencial com os clientes internados para tornar a hospitalização mais humanizada, comprometida com a recuperação do cliente, e criando possibilidades e oportunidades na busca de soluções para a diminuição do abandono prematuro no cumprimento completo do esquema de tratamento.

O trabalho permitiu, ainda, o levantamento de algumas questões, como:

- Existe a necessidade de um trabalho a ser desenvolvido junto à equipe de enfermagem da Unidade de Tisiologia, para a Enfermagem conscientizar-se da importância do

processo de assistir-educar com os clientes internados, a fim de tornar a hospitalização mais humanizada e comprometida?

- Será que estamos alerta e conscientes sobre este aspecto, a humanização, ou seja, o apoio e compreensão que nós, profissionais de saúde, devemos estar preparados para dar e, assim, ajudar os clientes no seu processo de cura?
- Até que ponto pode ser efetiva a proposta da conscientização e da educação libertadora como fundamento da educação em saúde, tendo em vista os fortes problemas sociais dos clientes?
- Pode-se sugerir esta proposta, apresentada na prática assistencial, em âmbito ambulatorial do Programa de Controle de Tuberculose (PCTB)?
- Deve-se, também, sugerir uma outra proposta que inclua a família como suporte ao cliente portador de tuberculose?
- Qual o significado do ser tuberculoso para o cliente, família e sociedade?

Conforme mostrou-se válida a proposta pedagógica para o tema da tuberculose, poderá ser utilizada para outras enfermidades crônicas, de evolução progressiva e doenças estigmatizadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, Leslie D., MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. cap. 7, p. 67-76.
- BETHLEM, Newton. **Pneumologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p.379-411.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 33 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. Rio de Janeiro, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coord. Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro de Referência. **Boletim de pneumologia sanitária**. Rio de Janeiro, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas para o controle da tuberculose**. Brasília, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Coord. Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro de Referência. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, Março, 1997.
- DALL'GNOL, Clarice Maria. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- DORNELLES, Pedro, RIZZON, Carlos. **Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1993. p.269-543.

FNS. Fundação Nacional de Saúde-Centro Nacional de Epidemiologia. **Combate à tuberculose**. Brasília, março 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. **Conscientização**. 3 ed. São Paulo, 1980.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 15 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Educação e mudança**. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989.

GRANDA, Edmundo, BREILH, Jaime. **Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

HNR, Hospital Nereu Ramos. Sistema Único de Saúde. **Boletim mensal unidade fisiologia**. Florianópolis, Jan, Fev, Mar, 1997.

KIRSCHBAUM, A., FERRER, X. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Santiago-Chile, nov. 1991.

LUNARDI, Valéria Lerch. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; v, 46; n. 3-4; p.286/295, Jul/Dez, 1993.

_____. Medo: fio visível/invisível na docilização do corpo da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; v, 48; n. 3; p.195-203, Jul/Ago/Set, 1995.

MAILHIOT, Bernard Gerald. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

MEJIA, M. J., CARMONA, G. E. Abandono del tratamiento antituberculoso. **Revista Instituto Mexicano del Seguro Social**. Acapulco-México, sept/oct. 1995.

MELO, F. F. de., HIJAR, M. A. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

NASCIMENTO, Estelina, REZENDE, Ana Lucia. **Criando histórias, aprendendo saúde**. São Paulo: Cortez, 1988.

OMS-OPS. V Seminario Regional de Tuberculosis - **Programa de enfermedades transmisibles de prevención y control de enfermedades transmisibles, Pachacámac.** Lima-Perú, oct, 1993.

PAULA, Aloysio de. **Pneumologia.** São Paulo: Sarvier, 1984. p.236-245.

PERÚ. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. **Doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú.** Lima, 1995.

SAUPE, Rosita, BRITO, Valdete Herdt, GIORGI, Maria Denise Mesadri. **As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem.** Florianópolis, 1996.

SAUPE, Rosita. Formação do Enfermeiro/Cidadão Crítico-Entendimento dos docentes de enfermagem. **Revista Texto e Contexto-Enfermagem.** Florianópolis, v.1, n.1, p. 1-14, Jan/Jun, 1992.

SILVA, Luiz Corrêa da. **Tuberculose.** 80ª Obra. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx, Novembro, 1981.

SILVEIRA, Ismar Chaves da. **O pulmão.** 2 ed. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1985.

WALDOW, Vera Regina. O ensino de enfermagem numa dimensão feminina e existencialista: uma reflexão crítica para a libertação. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.11; n.2; p.35-40, jul, 1990.

VERONESI, Ricardo, FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia.** São Paulo: Atheneu, 1997. p.914-960.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Aplicado na Terceira Etapa: Desligamento do Grupo

NOME:

1) QUE DOENÇA VOCÊ TEM?

R)

2) QUE É A TUBERCULOSE?

R)

3) A TUBERCULOSE TEM TRATAMENTO? QUANTO TEMPO? ACHA QUE É IMPORTANTE CURAR-SE? POR QUÊ?

R)

4) COMO VOCÊ COLABORA PARA SUA RECUPERAÇÃO?

R)

5) QUE MEDIDAS DE CUIDADO DEVE TER DEPOIS DA ALTA?

R)

6) PARA VOCÊ, O QUE SIGNIFICOU A EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAR EM GRUPO?

R)

7) COMO VOCÊ PERCEBE, DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO, O PROCESSO EDUCATIVO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL?

R)

8) VOCÊ GOSTARIA DE FAZER ALGUMA SUGESTÃO OU COLOCAÇÃO?

R)