

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFPR**

**GRUPOS DE CONVIVÊNCIA:
DO MITO À REALIDADE NO
CUIDADO DO CARDIOPATA**

ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

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

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem

**ORIENTADORA:
PROFA. DRA. YMIRACY N. DE SOUZA POLAK**

Curitiba
Julho/2000

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo da publicação elaborada pela Biblioteca Central do Centro de Estudos Superiores de Londrina.

G233g Gastaldi, Andréia Bendine

Grupos de convivência: do mito à realidade no cuidado do cardiopata. Andréia Bendine Gastaldi, Florianópolis: UFSC, 2000.

99p; 30 cm

Dissertação - Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Cuidado de enfermagem
 2. Cardiopatas
 3. Grupos de convivência
 4. Enfermagem - Educação em saúde
- I. Polak, Ymiracy N. de Souza - Orientadora
II. Título

CDD 610.73691

17/07/2000

**GRUPOS DE CONVIVÊNCIA:
DO MITO À REALIDADE NO CUIDADO DO CARDIOPATA**

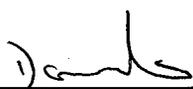
ANDRÉIA BENDINE GASTALDI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 17 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem

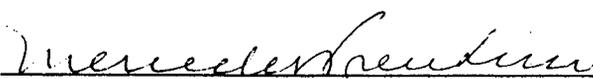


Profª Drª Denise E. Pires de Pires - Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Drª. Ymiracy N. de S. Polak
Presidente



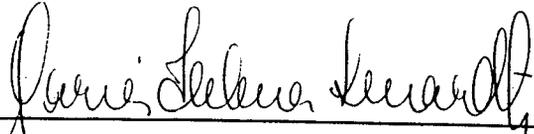
Profª. Drª. Mercedes Trentini
Membro



Profª. Drª. Maria de Lourdes Centa
Membro



Profª. Drª. Maria Ribeiro Lacerda
Membro Suplente



Profª. Ddª. Maria Helena Lenardt
Membro

*Hesitou, deu mais uma batida...
Uma batida estranha...
Senti que se ele hesitasse um
segundo mais seria o fim.
Fiquei imóvel, escutando... Nunca — está
ouvindo? — Nunca num avião me senti
tão preso ao ruído do motor, como, naquele
momento, às batidas do meu próprio coração.
E eu lhe dizia: Vamos, força!
Veja se bate mais... garanto-lhe que é
um coração de boa qualidade.
Hesitava, mas depois recomeçava, sempre...
Se você soubesse como
tive orgulho do meu coração!*

(TERRA DOS HOMENS – SAINT-EXUPÉRY)

Dedico

A Deus, criador de todas as coisas, que me fez presença neste mundo, para amar, criar e transformar!

Aos meus pais, Antonio e Joaquina, que me possibilitaram ser o que sou, impulsionada pelo projeto de amor iniciado na família.

Ao José Luis, por acreditar em mim, sempre e incondicionalmente. Sem você, nada seria possível!

A Isabela, pelo seu amor companheiro e dedicado. Filha, mamãe terminou o "trabalhinho da escola"!

A Mariana, sonho adiado e agora concretizado. Com você aprendi o significado da espera e de se acreditar no amanhã!

Agradeço

*À Profa. Dra Umiracy N. de Souza Polak,
mestra, amiga e companheira nesta jornada. Obrigada pelos ensinamentos, pelo incentivo, pela presença constante, mesmo que não física. Você me ensinou a acreditar um pouco mais em mim.*

*À Coordenação e Professores do Mestrado,
pelo saber compartilhado.*

*Aos Colegas do Mestrado.
Conviver com vocês, com certeza, enriqueceu o meu aprendizado.*

*À Profa. Maria de Lourdes Centa,
pelo trabalho à frente da coordenação do Mestrado e pela prontidão em atender nosso chamado na Qualificação.*

*À Profa. Dra. Mercedes Trentini e demais membros do NUCRON-UFSC
que foram a inspiração para este estudo.*

*Às Colegas do Departamento de Enfermagem do Cesulon,
pelo espírito de luta e vontade de melhorar sempre o ensino da enfermagem.
Tenho orgulho de fazer parte deste time!*

À Direção do Cesulon,

por ter incentivado e permitido a realização desta etapa do meu aperfeiçoamento profissional.

Ao Sr. Aguielo, D. Olivete, Tia Olívia, Maria Regina e Eduardo, minha comissão de retaguarda. Obrigada por cuidarem de mim e da minha família, sempre! Sem vocês, talvez não tivesse sido possível!

Às amigas Alda, Lílian e Regina,

companheiras de estrada e de histórias. Obrigada pelo convívio e pelo apoio nos momentos de desânimo. Talvez pudéssemos computar os quilômetros rodados nestes dois anos...

A Marilyn e ao Pedro.

Vocês foram um presente de Deus nesta nova etapa da minha vida. Obrigada pela acolhida.

Às professoras e amigas Heliane e Rosângela.

Mais que companheiras de disciplina, vocês foram uma das mãos que me ajudaram a concluir este trabalho. Obrigada pelo estímulo e pela presença nas minhas ausências.

À Elaine e Damares

a quem devo o verdadeiro incentivo para ingressar nessa empreitada. Obrigada por terem lutado para que nossa escola participasse desse projeto.

*À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina,
por ter permitido a realização da pesquisa.*

*Aos membros da Equipe da Unidade Básica de Saúde,
pela acolhida carinhosa e pelo aprendizado durante o período em que estivemos
juntos.*

*Aos Cardiopatas,
que se dispuseram a participar deste estudo, por me ensinarem a compartilhar
saberes: "Quem ensina, aprende ao ensinar, e quem aprende, ensina ao aprender!"*

*À Leonice, Ercília e Conceição
da equipe de apoio administrativo do Cesulon, pelo socorro sempre presente nos
momentos importantes.*

*A Édna
pelos três anos de convívio que permitiram consolidar nossa amizade. Mais que o
trabalho de formatação, você conferiu a estética tão necessária para complementar
o meu "esforço" de digitação.*

*A Ana Rosa
pelo estilo conferido ao meu trabalho, na revisão do português.*

GASTALDI, Andréia B. **Grupos de convivência: do mito à realidade no cuidado do cardiopata**. Curitiba, 2000. 99p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

Este estudo é o relato de uma prática assistencial desenvolvida junto a um grupo de cardiopatas que teve como objetivos: desenvolver uma prática de cuidado com cardiopatas, num grupo de convivência, alicerçado na concepção de educação de Paulo Freire e na compreensão de POLAK sobre o cuidado; socializar conhecimentos concernentes à prevenção de danos e limitações ao indivíduo cardiopata; discutir e delinear estratégias de cuidado que permitam a esse indivíduo viver com a condição de cardiopata de forma digna. Os pressupostos que nortearam este estudo foram: o indivíduo cardiopata necessita dos cuidados de enfermagem na sua fase de hospitalização, anteriormente e posteriormente a ela; a prática educativa ajuda a entender melhor o processo saúde-doença e a melhor cuidar de si e da sua saúde; a convivência em grupos constituídos por indivíduos com a mesma condição de saúde, acrescida da troca de experiências, desenvolve potencialidades que ajudam no enfrentamento da cronicidade. Para tanto foram delineadas estratégias de ação desenvolvidas em diferentes cenários e que culminaram com a formação de um grupo em uma Unidade Básica de Saúde. Os resultados desta trajetória permitiram mostrar que o grupo é uma importante estratégia para o trabalho da enfermagem, porém constitui-se em um desafio que depende de algumas variáveis como: **a política de saúde, a verticalização das ações de saúde, a cultura de cuidado vigente e, a assimilação, por parte dos clientes, dos valores vigentes referentes ao cuidado**. Os temas emergentes do grupo e que caracterizam a condição de ser cardiopata foram categorizados em: **a temporalidade da doença, a descoberta do outro e organizando-se para viver melhor**.

GASTALDI, Andréia B. **Self-help groups: the care of cardiopaths - from the myth to the reality.** Curitiba, 2000. 99p. Dissertation (Master Degree). Nursing Graduate Course. Federal University of Santa Catarina/Federal University of Paraná.

ABSTRACT

This study is a report of a caring activity developed with a group of cardiopaths. Its objectives were: to develop a caring practice with self-help group of cardiopaths based on Paulo Freire's conception of education and on Polak's understanding of care; to provide the cardiopaths with knowledge related to the prevention of damages and limitations in view of their health conditions; to discuss and design strategies of care that may allow this client to live his health condition with dignity. The presuppositions that oriented this study were: the cardiopath needs nursing care before, during and after his stay in a hospital; the educational practice helps him to understand the health-disease process and to take care of himself and of his health in a better way; the conviviality within groups constituted by individuals with the same health condition and the exchange of experiences favor the development of potentialities that help them to face their chronic condition. In view of that, strategies were designed and developed in different places that ended up with the formation of a group in a Health Basic Unit. The results of this study showed that the group activity is an important strategy for the nursing practice, but it is at the same time a challenge that depends on some variables such as health policies, verticalization of health actions, the existing culture on care and the clients' assimilation of the current care values. The themes that emerged from the group and that characterize the cardiopath condition were categorized in: the disease temporality; the discovering of the groupmate, and organizing oneself to have a better life.

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O TEMA	1
2 COMPARTILHANDO MINHA CAMINHADA PROFISSIONAL	11
3 FUNDAMENTANDO O ESTUDO	18
3.1 O Ser Cardiopata	19
3.2 O Processo Grupai na Enfermagem	24
3.3 Educação	29
3.4 Cuidado	34
4 DESCRREVENDO A TRAJETÓRIA	38
4.1 Primeira Estratégia	39
4.2 Segunda Estratégia	41
4.3 Terceira Estratégia	44
5 REFLETINDO E INTERPRETANDO O VIVIDO	52
5.1 A Formação do Grupo	54
5.1.1 Política de Saúde	54
5.1.2 Verticalização das Ações de Saúde	59
5.1.3 Cultura de Cuidado Vigente	62
5.1.4 Assimilação, por Parte dos Clientes, dos Valores Vigentes Referentes ao Cuidado	66
5.2 Temas Emergentes	68

5.2.1 A Temporalidade da Doença	69
5.2.2 Descoberta do outro	74
5.2.3 Organizando-se para Viver Melhor	77
6 CONSTRUINDO UMA SÍNTESE	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	
Anexo 1 - Pedido de Autorização Para Realização de Pesquisa	97
Anexo 2 - Pedido de Autorização Para Realização de Pesquisa	98
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99

1 APRESENTANDO O TEMA

Antes, meu coração bancava tudo que era emoção.

Agora, ele só apronta e eu pago a conta.

RÊ BOTTARI

A humanidade tem experimentado, ao longo dos últimos séculos, profundas mudanças no seu modo de vida, representadas pelo desenvolvimento tecnológico, cultural e pelos problemas de saúde, pois as doenças que acompanham esta evolução podem, de um modo geral, ser percebidas e associadas aos diferentes ritmos de transformação social.

Se, por um lado, as doenças infecciosas tiveram um controle maior nos países desenvolvidos devido à conquista de melhores condições de vida, por outro, isto resultou em um envelhecimento da população e conseqüente aumento das doenças crônico-degenerativas, dentre as quais incluem-se as doenças cardiovasculares.

Os problemas cardiovasculares afetam cada vez mais um maior contingente de pessoas, motivo pelo qual tornaram-se objeto de vários estudos e pesquisas na área da saúde, particularmente na área médica. A preocupação com a identificação dos chamados "fatores de risco" muito contribuiu para o

controle dos mesmos.

CHOR et al. (1995) ressaltam que, em relação as tendências recentes da mortalidade cardiovascular, tem-se observado um aumento dos coeficientes em países menos desenvolvidos, como os do Leste Europeu, ao mesmo tempo em que nos países ricos vem ocorrendo, nas últimas décadas, um importante declínio dos mesmos. As doenças do aparelho circulatório não representam, como já se acreditou, "doenças degenerativas", conseqüências "inevitáveis" da vida moderna e do envelhecimento da população, assim como não são próprias de pessoas mais ricas e de países desenvolvidos.

Segundo dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993), a mortalidade decorrente de doenças cardiovasculares representa 40% dos óbitos de indivíduos com idade acima de 45 anos, e 15% na faixa etária de 15 a 44 anos, o que evidencia uma mortalidade precoce e perda de anos produtivos de vida. Os estudos epidemiológicos, associados à tecnologia diagnóstica, possibilitaram grandes avanços na prevenção do problema, controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento das cardiopatias.

A clientela em foco, quando descompensada, necessita geralmente de hospitalização em unidades de alto custo, conhecidas como Unidades Coronarianas, que tiveram seu advento na década de 60 confirmando a necessidade crescente de aprimoramento da assistência à pessoa com problemas cardiovasculares.

BRUNNER & SUDDARTH (1985) definem Unidade Coronariana como um local do hospital equipado com dispositivos eletrônicos especiais, usados para monitorar indivíduos com problemas cardíacos reais ou potenciais. As autoras ressaltam, ainda, que as Unidades Coronarianas contribuíram consideravelmente para a diminuição da taxa de mortalidade do cardiopata.

Para MELTZER et al. (1987), Unidade Coronariana é uma facilidade hospitalar especialmente desenhada e equipada, operada por pessoal altamente

qualificado e destinada a proporcionar um ótimo cuidado para indivíduos com suspeita ou diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio.

Dentro desse contexto, faz-se necessária, também, uma assistência de enfermagem individualizada e eficiente à essa clientela, de forma contínua e intensiva. Infelizmente, percebe-se que muito se tem feito para a cura e a reabilitação do cardiopata, porém muito pouco para a prevenção e limitação dos danos decorrentes da doença e a promoção da sua saúde.

Sabe-se que o número de reinternações que ocorrem devido às descompensações do estado geral do cardiopata é bastante alto e tem um custo excessivo para o Sistema de Saúde, já sucateado. Além dos problemas econômicos, registram-se inúmeros transtornos de ordem emocional e social para a pessoa e sua família.

Paralelamente a esta situação, observa-se outra de maior ou igual gravidade, traduzida pelo nosso comportamento enquanto enfermeiros, pois compactuamos com este cenário, desenvolvendo uma prática totalmente voltada para a cura da doença, esquecendo-nos do aspecto de promoção à saúde.

Falar de promoção da saúde neste contexto é difícil, como também o é conceituá-la, pela própria falta de consenso sobre o que se entende por saúde. A CARTA DE OTAWA (1986), considerada um marco de referência no estudo da promoção à saúde no mundo, a conceitua como

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, [...] a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

O mesmo documento ressalta, ainda, que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, pois vai além de um estilo de vida

saudável, para a direção de um bem-estar global incluindo-se para tanto, condições e recursos fundamentais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Os profissionais da saúde devem assumir um papel cada vez maior na concretização de estratégias e programas de promoção da saúde que sejam adequados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, levando em conta seus diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos. É necessário que se entenda *... que a promoção da saúde vai além da prestação de cuidados ...* (CARTA DE OTAWA, 1986).

Neste sentido, observa-se que a formação dos profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, não tem acompanhado esta referência, já que as ciências da saúde continuam associadas à doença e à dor, às suas causas, conseqüências e tratamentos, sendo estes os focos de sua atenção (ALVES, ARRATIA & SILVA, 1996).

Os autores continuam a afirmar que a noção de saúde se move para uma visão ecológica e de interação entre o indivíduo e o seu meio físico e social, constituindo-se em uma estratégia mediadora entre as pessoas e seu meio, combinando assim, a preferência pessoal com a responsabilidade social.

O Ministério da Saúde do Chile (CHILE, 1993) apresenta outra definição de promoção da saúde, mas que também inclui as considerações anteriores. A promoção da saúde é vista como:

... processo de permitir às pessoas aumentar a capacidade de auto-cuidado e responsabilidade sobre sua saúde [...] o que significa melhorar o nível de saúde e contribuir para elevar a qualidade de vida, atuando diante daqueles fatores que limitam ou afetam esta condição.

Esta definição apresenta um outro aspecto importante a ser considerado que é o modo pelo qual é possível às pessoas aumentarem a sua capacidade de auto cuidado. No caso do indivíduo cardiopata, o principal objetivo do auto cuidado é mantê-lo compensado e, para tanto, é necessário que ele receba orientações sobre como proceder em relação aos vários aspectos do seu cotidiano como nutrição, hidratação, medicação, atividades físicas, relacionamentos sociais e afetivos, entre outros.

Dentre os profissionais da saúde, o enfermeiro parece ser o mais indicado para realizar estas orientações, pois possui formação pedagógica e antropológica. A orientação faz parte do cuidado, uma vez que dá oportunidade ao indivíduo de refletir criticamente sobre sua saúde e como agir em relação à ela.

Essa conscientização é definida por FREIRE (1995, p. 112) como *...o aprofundamento da tomada de consciência, pois a simples tomada de consciência, sem a reflexão crítica, fica no nível do senso comum*. Exemplificando: "todos" sabem que o cigarro faz mal à saúde e, nem por isso, "todos" deixam de fumar. Falta, além da tomada de consciência de que o cigarro faz mal, a reflexão crítica sobre "o que realmente o cigarro faz com a minha saúde em particular".

Segundo SANTIN (1988) a consciência crítica surge e se desenvolve a partir da observação, percepção, compreensão, análise e crítica de uma realidade. Sendo assim, a consciência crítica não é uma conquista, nem um fato dado, nem um bem adquirido, mas ela é uma atitude e um comportamento que se refazem e se renovam a cada momento.

É necessário, portanto, que o indivíduo esteja aberto a mudanças, ou seja, disposto a refazer e renovar comportamentos, antes tidos como imutáveis, em benefício de si próprio. O despertar desta consciência crítica deve gerar também a promoção da cidadania, o olhar mais direto para as questões dos direitos e deveres de cada um com relação a sua própria saúde. A crítica pela crítica perde-se no vazio no momento em que nos deixamos levar pelo sentimento

comodista de apenas aceitar aquilo que já está feito e não lutar para mudar a realidade em que vivemos. Nas questões da saúde, isto deve gerar não apenas revolta com a política de saúde vigente, mas também engajamento no processo de mudanças pessoais, no descobrir-se capaz de viver mais e melhor.

Conscientizar os indivíduos portadores de doença crônica sobre a sua saúde, entretanto, não é tarefa fácil. Primeiro, pela própria falta de prática dos mesmos, acostumados que estão a simplesmente “aceitar” a sua realidade e, por outro lado, pela omissão dos profissionais que deveriam atuar neste processo, dentre eles o enfermeiro. Além disso, muitas vezes, a prática conscientizadora se torna, também, um simples discurso “militante”, vazio, autoritário e ineficaz (FREIRE, 1995).

Entretanto, na busca de novas práticas de cuidado, o elemento norteador deve ser sempre o da promoção humana. A educação para a saúde deve levar o indivíduo a acreditar no seu potencial de mudança, na sua capacidade de alterar a realidade, para com ela tornar-se “mais” e viver melhor.

É neste sentido que o enfermeiro pode e deve atuar junto ao cliente¹, seja no hospital, na unidade básica de saúde, na formação de grupos de convivência, ou em qualquer tempo e lugar em que se faça necessário. Jamais poderemos conceber cuidado sem este aspecto educador. Os grupos de convivência têm sido uma alternativa importante para a prática educativa a ser desenvolvida com indivíduos em situações crônicas de saúde, com vistas à promoção da sua saúde.

Para DIAS; TRENTINI & SILVA (1995) esta alternativa se caracteriza pela

¹ Utilizo o termo cliente, na falta de outro mais adequado, por acreditar que a palavra paciente, aplicada a um indivíduo com um problema crônico de saúde, rotula-o como um mero receptor de ações por parte dos profissionais de saúde, um ser passivo, que aceita “pacientemente” o que lhe é imposto e que não interfere nos processos decisórios referentes à sua saúde. O que este trabalho propõe é que o cliente tenha uma atitude participativa, possível através da prática educativa. Como diz FREIRE (1987, p. 74) *...aprofundando a tomada de consciência da situação, os homens se ‘apropriam’ dela como realidade histórica, por isso mesmo, capaz de ser transformada por ele.*

...reunião e envolvimento de pessoas num processo de interação entre si e que dessa forma compartilham um propósito comum. Segundo as autoras, a prática educativa aí realizada é um arsenal de possibilidades para o desenvolvimento das potencialidades humanas, facilitando a compreensão e a interação do homem com a vida-saúde no seu contexto. TRENTINI, TOMASI & POLAK (1996) definem este tipo de grupo como *... duas ou mais pessoas reunidas em encontros sistemáticos numa relação de troca em nível cognitivo, afetivo e instrumental suficiente para que os participantes aprendam e ensinem habilidades de enfrentamento.*

Diante desses dados, impõe-se um desafio de transformação social que dá à Enfermagem um papel não mais curativo, mas de promotor da saúde, para o qual a educação é a mola-mestra.

O papel educativo do enfermeiro constitui um importante instrumento, sem o qual corre-se o risco de restringir a assistência à manutenção do estado vigente do indivíduo, ou seja, recupera-se os desequilíbrios, que novamente se manifestarão, pela falta de informação quanto ao como se cuidar. É necessário que haja conscientização sobre o que realmente significa saúde para buscá-la ou mantê-la.

Conforme POLAK (1997a), ao apropriar-se de novos conhecimentos, o cliente poderá criar situações de aprendizagem mais ricas e profícuas para a sua nova condição de vida.

A enfermagem em nível mundial tem sido vista como profissão envolvida com a promoção da saúde, uma visão que fica evidenciada pelo interesse de várias instituições em envolver enfermeiros em programas de promoção à saúde, como por exemplo, a Organização Mundial da Saúde que tem convidado enfermeiros para serem líderes em movimentos nessa área (ALVES, ARRATIA & SILVA, 1996).

Ao “abraçar a causa” da promoção à saúde através de uma prática educativa, o enfermeiro estará dando ao seu cuidado uma dimensão maior e mais apropriada e que realmente fará a diferença no tratamento do cardiopata, reduzindo assim o número de reinternações e propiciando-lhe uma melhor condição de vida.

Cabe ressaltar o significado de cuidado neste contexto, que extrapola o ensinado e desenvolvido na prática, aquele que enfatiza técnicas e intervenções e cuja finalidade principal é o tratamento de patologias. Aqui, concebe-se o cuidado preconizado por POLAK (1997a, p. 126) para quem

Cuidar é resultante do processo de construção do conhecimento, momento dinâmico, espaciotemporal, movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade.

Essa visão encontra ressonância em FREIRE (1987) que vê a educação como uma prática de libertação do indivíduo para “ser mais”, de também fazer parte do processo de construção da sua realidade. Em relação à sua saúde, o conhecer-se, o educar-se, liberta-o para decidir sobre si próprio.

Este cuidado que envolve as questões de educação, de promoção da saúde e de promoção humana é, neste final de século, um dos mais importantes desafios a ser enfrentado pelos profissionais da área da saúde. Não se concebe mais a idéia de investir recursos e tecnologia somente em cura e tratamento — como se pudéssemos ler o bordão ao contrário: “é melhor remediar que prevenir” — mas almeja-se uma política de saúde pautada no paradigma da promoção da saúde, para que realmente todos tenham acesso e direitos iguais em conhecer-se e auto cuidar-se.

A educação em saúde, uma das estratégias para a promoção da saúde e que também pode ser direcionada à doença e à recuperação, constitui uma

importante função para a enfermagem para a qual os enfermeiros devem estar preparados. No entanto, o que se observa são práticas ultrapassadas, que não atingem o indivíduo e que não lhe assegura uma possibilidade de mudança de atitude.

Segundo NASCIMENTO & REZENDE (1988), a educação para a saúde sempre foi desenvolvida como um conjunto de medidas para induzir as pessoas a adotarem atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e a prevenção da doença, embora utilize metodologias tais como orientações, aulas e demonstrações, geralmente com conteúdos estritamente teóricos e desvinculados da realidade e das necessidades da população.

FIGUEIROA (1997), discorrendo sobre o papel do educador em saúde, afirma que este deve estar não somente preparado na área específica do seu desempenho profissional como também possuir conhecimento de educação, ética e postura filosófica, que lhe permitirá responder às necessidades de aprendizagem dos usuários e respeitar a livre vontade dos mesmos em relação a aceitar o que lhe é apresentado.

Tais considerações nos levam a refletir sobre o papel dos grupos como uma estratégia para a promoção da saúde, já que esta prática tem se expandido na enfermagem como um recurso a ser utilizado pelos enfermeiros para alcançar seus objetivos referentes ao processo educativo. O enfermeiro já possui uma certa "prática", uma vez que desenvolve rotineiramente suas atividades em equipe. Porém, não podemos afirmar que todos estão devidamente preparados para enfrentar as dificuldades inerentes ao desenvolvimento do processo grupal.

MUNARI (1997), analisando os aspectos inerentes à prática de grupos coordenados por enfermeiros, observa que do ponto de vista formal (através de cursos, especialização, supervisão e outros) os enfermeiros tiveram pouca oportunidade de conhecer aspectos teóricos-vivenciais sobre o trabalho grupal. Por isso, é importante que ao ingressar em tal prática o enfermeiro esteja

preparado teórica e emocionalmente para as possíveis adversidades que possam surgir.

Este estudo pretende, através da formação de um grupo com cardiopatas, implementar uma prática assistencial que contemple os aspectos educativos da clientela em foco quanto ao cuidar de si colaborando, desta forma, para um “viver saudável”, independente da sua condição crônica de saúde. Intenciona-se, também, por meio desta prática fazer uma reflexão sobre alternativas no cuidado ao cliente cardiopata.

Assim, ao se estabelecer uma parceria com os cardiopatas envolvidos neste estudo, pretende-se desenvolver diferentes formas de cuidar que possam responder às suas necessidades e contribuir com o delineamento de novas práticas de cuidado que levem em consideração o potencial humano do cuidador e do receptor do cuidado, tornando-os responsáveis pela tomada de decisão e seguros dos enfrentamentos que afetam seu processo de vida.

A qualidade de vida do cardiopata tem merecido meu interesse como pessoa, profissional da saúde e, docente do curso de enfermagem. Entretanto, após ter tomado contato com o que diz a literatura e considerando a preocupação dos profissionais e instituições governamentais com a promoção da saúde, passei a refletir sobre o meu papel e o quanto foi feito para que o cardiopata participe ativamente do seu processo saúde-doença, com um outro olhar. Um olhar impregnado pelo pensar freireano no que concerne a conscientização, participação e liberdade, e pela compreensão de Polak do que seja cuidado.

Esta nova percepção, acredito, acarretará mudanças expressivas no fazer da enfermagem e conseqüentemente na concepção da clientela em foco de como enfrentar as limitações decorrentes de sua nova condição de vida, com o apoio de seus pares.

2 COMPARTILHANDO MINHA CAMINHADA PROFISSIONAL

*Qualquer coisa que você possa fazer
ou sonhar, você pode começar.
A coragem contém em si mesma
o poder, o gênio, a magia.*

GOETHE

A opção por este estudo surgiu das diversas interrogações que foram se acumulando desde a minha graduação e ao longo da minha trajetória profissional. Foi um processo contínuo de tentar compreender o meu papel como profissional da área da saúde, responsável pelo cuidado de pessoas acometidas por desequilíbrios no seu processo saúde-doença.

Assim, desde a graduação, minha atenção voltava-se sempre para o aspecto da atenção primária à saúde. Mesmo tendo vivenciado um currículo totalmente voltado para as atenções de nível terciário, davam-me prazer as “palestras” na sala de espera do ambulatório, as orientações aos clientes do Ambulatório de Feridas, do qual fui responsável por dois anos como bolsista, e as atividades diretamente ligadas com a educação em saúde. Ao final do curso, minha certeza era apenas de que gostaria de atuar na área de saúde pública.

Mas nem sempre o mercado de trabalho nos permite escolher a área de atuação e meu primeiro emprego foi em um hospital geral de grande porte, em uma unidade de internação médico-cirúrgica. Nessa época, minhas inquietações aumentaram, pois não concebia a idéia de apenas estar colaborando no processo de cura. Eu queria algo mais, e por isso me inscrevi em um concurso municipal para atuar nas Unidades Básicas de Saúde — UBS. Apesar da aprovação e da documentação pronta para a contratação, refleti um pouco mais sobre as conseqüências da mudança e optei por permanecer no hospital, acreditando que ainda havia muito a ser descoberto sobre a forma de atuar na enfermagem hospitalar.

Mediante concurso interno, fui designada para a Unidade Coronariana que seria implantada no hospital. Minha participação no processo de implantação, desde a discussão da planta física, elaboração das normas e rotinas até o treinamento dos auxiliares, motivou-me a investir ainda mais no meu aperfeiçoamento profissional nessa área. Cursei especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência de Enfermagem, assim como investi nos estudos em cardiologia.

Desta forma, como enfermeira de Unidade Coronariana durante oito anos, vivenciei de forma muito intensa a realidade do cardiopata. Como líder da equipe, zelava para que a assistência primasse pelos princípios éticos, preocupando-me com a redução dos riscos e proporcionando o máximo de conforto à clientela.

O cuidado de enfermagem sempre foi para mim, algo desafiador. Constantemente me perguntava como poderia o cliente ter uma melhor percepção da assistência a ele prestada se a enfermagem estava sempre preocupada com o gerenciamento, monitores, bombas de infusão, gotejamento de drogas e tantos outros fatores ligados ao controle da doença, pouco valorizando a pessoa como um ser único, com necessidades específicas e individuais. Faltava um “cuidado diferente”.

Há pouco mais de três anos iniciei meu trabalho como docente, na

tentativa de conciliar a vontade de voltar à vida acadêmica, continuar meus estudos e melhorar meu desempenho profissional. É uma atividade que me gratifica profundamente e me impulsiona a descobrir novos caminhos para a profissão.

Atuando como docente procuro transmitir aos alunos a preocupação com o “cuidado”, para que, no futuro, mesmo sendo profissionais competentes tecnicamente, não se esqueçam do principal objetivo da enfermagem: cuidar do ser humano em toda sua dimensão.

Enquanto isso, continuo a observar que na prática nada mudou, o que me leva a reiterar o expresso por WALDOW (1998a, p. 13):

...sinto muita frustração ao constatar o comportamento de ex-alunas e de colegas no campo da prática profissional: falta de iniciativa, de visão e de discernimento. Enfermeiras parecem envolver-se com coisas aparentemente desnecessárias, com pouco ou nenhum contato com a clientela. Havia inclusive um clima de formalismo, de rigidez nas atitudes com a equipe de enfermagem e pouca demonstração de solidariedade, carinho e interesse. Em outras palavras, faltava cuidado humano, tanto com pacientes como entre colegas de trabalho. Havia, sim, uma grande preocupação em cumprir tarefas, em mostrar serviço.

A constatação de WALDOW e a minha experiência profissional mobilizaram-me a buscar respostas sobre como melhorar a minha prática de cuidar, compreendendo melhor todas as implicações à ela inerentes.

Movida por esse objetivo, inscrevi-me no Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem, quando me aprofundei um pouco mais sobre a questão do cuidado e pude refletir sobre o papel do enfermeiro na sociedade, uma vez que considero o cuidado como o foco da enfermagem.

WALDOW (1998a, p. 17) define cuidado como ... *uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim uma forma de viver no mundo.*

O enfermeiro atua, hoje, em diversos segmentos da sociedade, não se restringindo apenas ao seu “todo-poderoso front”: o hospital. Dentre os diversos papéis desempenhados pelo enfermeiro, um deles adquire total relevância nos tempos atuais: o papel de educador. Educador no sentido de formação de novos profissionais e principalmente educador do próprio cliente, pois constata-se que o homem não sabe mais como se cuidar. Usufrui de todos os benefícios da vida moderna, como a tecnologia, os meios de comunicação, a informática, as descobertas científicas, mas perdeu o controle sobre o seu próprio corpo e saúde.

Talvez, somente agora, eu comece a perceber o “cuidado diferente” que eu sentia necessidade de poder prestar ao cardiopata. Naquela época, o meu cuidado de enfermagem, conforme PATRICIO (1992), referia-se aos atos, às técnicas que o enfermeiro e principalmente a equipe de enfermagem desenvolvem junto ao indivíduo, ou mais precisamente no indivíduo. A mesma autora continua salientando que o cuidado visto como ação direta, com resultados diretos no corpo do indivíduo, não incorpora como seus componentes ações educativas que ajudem esse indivíduo a refletir sobre sua participação no seu processo saúde-doença, incluindo as questões de cidadania.

O pensamento de PATRICIO possibilita a percepção da falta de consistência na prática de enfermagem efetivamente prestada ao cardiopata. A impregnação do modelo médico nos faz simplesmente colaborar no processo de tratamento da doença e nos esquecer da pessoa que é acometida pela doença.

Minha experiência na assistência à essa clientela permitiu-me perceber que o número de reinternações era bastante alto. Este fato, como já mencionei, além de acarretar um aumento nos custos para o sistema de saúde, gera ainda uma série de outros transtornos para o cliente e sua família, seja do ponto de

vista econômico como emocional, o que poderia ser minimizado, caso o cuidado fosse centrado na pessoa, considerando o seu “locus” social e levando-a a sentir-se responsável pela manutenção do seu estado compensatório. No meu ponto de vista, esta situação deve-se principalmente à falta de uma prática educativa efetiva que deveria estar sendo desenvolvida pelos enfermeiros.

Reitero o expresso por PEREIRA *apud* ALVES, ARRATIA & SILVA (1996) ao afirmar que:

... cabe ao profissional refletir quanto às forças sociais que limitam as condutas de saúde da população. Através do entendimento crítico quanto ao contexto social, o enfermeiro manterá sua atuação não mais focalizada em uma perspectiva micro, mas favorecerá o envolvimento profissional em questionamentos mais abrangentes, e soluções alternativas poderão ser alcançadas.

A enfermagem como profissão estreitamente envolvida com o ser humano em toda sua dimensão, não pode desconsiderar o alcance social das suas ações. As práticas de enfermagem, sejam a nível individual, em grupos ou na comunidade, devem sempre convergir para uma perspectiva de promoção da saúde e promoção do ser humano, buscando soluções alternativas para as questões sociais que envolvem o contexto da saúde em nosso país.

Para expressar o que entendo como cuidado, recorro à concepção de POLAK (1997a) já apresentada neste estudo.

Ao considerar o cuidado resultante do processo de construção do conhecimento, endossamos o aspecto educativo que nele deve estar presente, ressaltando que a finalidade precípua da educação deve ser o próprio homem. Nesse processo, a promoção humana torna-o capaz de conhecer-se e conhecer a sua situação para, desta forma, nela poder intervir e transformá-la. É o retirar o outro do seu “em si”, que para FREIRE (1987) significa libertá-lo para “ser mais”.

POLAK (1997a, p. 29) também nos convida para uma nova forma de pensar as práticas de enfermagem em que ... *os rituais de cuidado serão vistos como requisitos necessários à preparação para o ritual de passagem da situação de doença para a condição saudável, ou para a vida com limitações.*

Ao entender o cuidado como um fenômeno percebido e vivido pela pessoa-enfermeiro e pela pessoa-cliente, como um movimento bilateral e, sendo ele elemento norteador da prática de enfermagem, mobilizo-me e inquieto-me em busca de possíveis respostas para a seguinte questão:

- **Que formas de “cuidar” do cardiopata atendem as suas expectativas, o ajudam no seu processo de recuperação e, ao mesmo tempo, estão voltadas para a promoção de sua saúde?**

A busca de respostas para esta questão decorre do fato de não ter encontrado, até o momento, registros na literatura de experiências alternativas para o cuidado do cardiopata. A formação de grupos de convivência tem-se mostrado positiva em relação a outras situações crônicas de saúde como hipertensos, diabéticos e ostomizados, porém não é descrita para a clientela deste estudo.

O desenvolvimento deste trabalho baseia-se nos pressupostos a seguir apresentados:

- O indivíduo cardiopata necessita dos cuidados de enfermagem na sua fase de hospitalização, anteriormente e posteriormente a ela;

- A prática educativa o ajudaria a entender melhor seu processo saúde-doença e a melhor cuidar de si e da sua saúde;
- A convivência em grupos constituídos por indivíduos com a mesma condição de saúde, acrescida da troca de experiências, desenvolve potencialidades que ajudam no enfrentamento da cronicidade.

Diante de tais considerações, este trabalho tem como objetivos:

- 1º) Desenvolver uma prática de cuidado com cardiopatas em um grupo de convivência, alicerçado na concepção de educação de PAULO FREIRE e na compreensão de cuidado de POLAK;
- 2º) Socializar conhecimentos concernentes à prevenção de danos e limitações ao indivíduo cardiopata;
- 3º) Discutir e delinear estratégias de cuidado que permitam a esse indivíduo viver com a condição de cardiopata de forma digna.

3 FUNDAMENTANDO O ESTUDO

*Ninguém educa ninguém. Ninguém educa
a si mesmo. Os homens educam-se entre si,
mediatizados pelo mundo.*

PAULO FREIRE

Ao se pensar em novas formas de prática assistencial, estas devem também, e necessariamente, estar fundamentadas em uma base teórica que direcione o agir e ilumine a reflexão acerca da temática escolhida. O referencial teórico é necessário ainda para esclarecer e contrapor as crenças, ou seja, os pressupostos que norteiam este estudo.

Desde as primeiras aproximações com a temática dos grupos de convivência, muitas leituras foram necessárias para a implementação deste trabalho. Neste momento, proponho-me a refletir sobre os conceitos envolvidos e que constituíram a base teórica deste estudo.

Os conceitos de **PESSOAS COM CARDIOPATIA, GRUPOS DE CONVIVÊNCIA, PRÁTICA EDUCATIVA E CUIDADO** exigiram uma reflexão mais aprofundada, que passo a descrever.

O pensamento de Polak sobre o cuidado na enfermagem permeia minhas reflexões sobre o cliente, a enfermagem e o papel do enfermeiro no processo de cuidar. Foi com estes “óculos” que vi os sujeitos envolvidos neste estudo, assim como analisei o meu papel como líder ou facilitadora no grupo, ou seja, o meu desempenho como enfermeira e as relações estabelecidas entre os sujeitos e eu.

A concepção freireana de educação e conscientização foi o meu suporte para as questões referentes à prática educativa.

Para tanto, elaborei o presente capítulo com a finalidade de apreender o discurso apresentado na literatura sobre os elementos que configuram este estudo, assim como delinear um marco referencial para o mesmo. Desta forma, procuro identificar e melhor compreender, através da literatura, o ser cardiopata, o processo grupal na enfermagem, a prática educativa e o cuidado, aprofundando os conceitos que constituem o marco referencial deste estudo.

3.1 O SER CARDIOPATA

As doenças cardiovasculares atingem um contingente populacional cada vez maior, e nos últimos anos, figura como a principal causa de morte no Brasil. A insuficiência cardíaca, ocorrência observada nas cardiopatias em estágios mais avançados, tem uma prevalência de 1 a 2% na população mundial e é a maior causa de internação dentre os diagnósticos cardiológicos no Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

No Brasil, apesar da magnitude do problema, não há dados epidemiológicos suficientes. Nos Estados Unidos, há mais de quatro milhões e meio de pessoas com insuficiência cardíaca, o que resulta em aproximadamente um milhão de internações por ano.

De acordo com dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993), as causas mais frequentes de insuficiência cardíaca são a hipertensão arterial e a doença isquêmica. No Brasil, acredita-se que a Doença de Chagas seja uma causa frequente, entretanto não há dados disponíveis que possam comprovar esta suspeita. Um estudo realizado no Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP em São Paulo mostrou que a Doença de Chagas foi responsável por 24% dos casos de miocardiopatias dilatadas daquele hospital, uma frequência considerada expressiva, uma vez que São Paulo não é uma zona endêmica da doença. Esse número pode ser ainda maior, se levarmos em conta que somente os casos mais graves são internados (BARRETTO et al., 1998).

Estes dados revelam um perfil de morbi-mortalidade no Brasil relacionado a situações preveníveis, se acompanhadas de uma política social mais efetiva. A Doença de Chagas não existiria se as campanhas de informação e orientação da população fossem mais eficazes, assim como o combate ao agente transmissor. Do mesmo modo, os programas de acompanhamento aos hipertensos parecem não ser satisfatórios, já que estes indivíduos acabam evoluindo para um quadro de miocardiopatia, situação extrema da falta de controle da causa básica.

Outras causas também têm contribuído para o aumento das doenças e complicações cardiocirculatórias, entre elas, a mudança no perfil das pessoas que moram nos grandes centros. Essas causas foram analisadas em recente reportagem da Folha de Londrina (BARONI, 2000) que classifica Curitiba como a 3ª cidade do país com o maior índice de pessoas com complicações cardiocirculatórias. O rápido processo de industrialização, a competição no mercado de trabalho, entre outras situações típicas de uma cidade grande, levam ao aumento das preocupações diárias e, apesar dos avanços tecnológicos que a medicina e, particularmente, a cardiologia vêm alcançando, o número de mortes devido a problemas cardiocirculatórios vem aumentando, como consequência do estresse gerado pelo estilo de vida. A mulher também ganhou seu espaço nesta triste estatística. Se há alguns anos atrás as mulheres em idade fértil eram poupadas dos problemas cardíacos que só se manifestavam na menopausa, hoje

esta situação mudou. As cardiopatias em mulheres estão relacionadas ao uso do anticoncepcional associado ao tabagismo, além do aumento das preocupações e do estresse.

Os jovens também começam a fazer parte desta população, como consequência dos hábitos de vida sedentária, alimentação "fast-food" e o cigarro. As doenças do coração, em especial o infarto do miocárdio, estão atingindo cada vez mais os jovens e hoje já ocorre em pessoas aos 30 anos e até aos 19 anos (CASADO, 2000).

As pessoas com cardiopatia são consideradas como portadoras de doença crônico-degenerativa, e um número cada vez maior desses indivíduos tende a compor a clientela dos serviços de saúde.

LUBKIN (1998) afirma que a doença crônica pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar à uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas.

A doença cria a ansiedade e o medo. É um choque para o qual a pessoa não está preparada. Significa a quebra da harmonia orgânica que, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária. Apresenta-se como uma ameaça ao equilíbrio social e por isso o homem luta contra ela (REZENDE, 1989).

A partir do diagnóstico de doença crônica, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer; ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (TRENTINI et al., 1990).

A pessoa acometida por um problema crônico de saúde passa por um processo de redefinição de identidade. As alterações no estilo de vida, na

maioria das vezes, não são aceitas tão facilmente, assim como o processo de enfrentamento varia de pessoa para pessoa. Apesar de conhecedores do seu problema e da associação com fatores de risco presentes em seu estilo de vida, muitos acreditam não ser necessário mudar seu estilo de vida para o controle da doença (MORAES et al., 1999).

É inquestionável que este processo traz também uma modificação da qualidade de vida. MARTINS; FRANÇA & KIMURA (1996), em estudo sobre a qualidade de vida dos portadores de doença crônica, identificaram o significado de qualidade de vida para os mesmos, como: bem-estar material, bem-estar físico, bem-estar emocional, recreação, lazer, relacionamento familiar e social, desenvolvimento pessoal e profissional, entre outros.

Neste processo o indivíduo e a família, muitas vezes, não são devidamente acompanhados pelos profissionais de saúde. A falta de informações quanto a como cuidar-se restringe o tratamento à terapia medicamentosa e a pessoa passa a crer que está “condenada” a uma situação de “estar doente” para o resto da vida. O conviver saudável com a doença não é explorado, mas sim as restrições e as limitações que a nova situação requer. O estresse decorrente dessa fase de adaptação acaba por agravar ainda mais o quadro geral.

Considerando-se que a adaptação é um processo tempo-dependente, a intervenção do enfermeiro pode acontecer em diversos momentos. GUZZETTA *apud* MORAES et al. (1999) propõe que uma das intervenções primordiais do enfermeiro deva ser a ação educativa.

Faz-se necessário, então, que as atenções se voltem para o contexto do indivíduo enquanto um ser holístico que possui necessidades específicas que vão muito além do aspecto biológico. Esta visão permitirá que a atenção dispensada à pessoa com doença crônica adquira sua real relevância, baseada em terapias alternativas e também eficazes.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, e também para o enfrentamento das doenças crônicas, o que deve ser realizado nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. Tais ações não são somente responsabilidade governamental, mas também de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias (CARTA DE OTAWA, 1986).

Neste estudo, o ser humano é o adulto portador de doença crônica, cardiopata, que apresenta freqüentes processos de descompensação do seu estado geral. Este indivíduo, devido à sua doença, experimenta profundas mudanças no seu estilo de vida, sendo necessária a adaptação de condições externas para o desempenho de todas as suas funções. Em decorrência disto, necessita de orientações e troca de informações com o profissional enfermeiro e outros indivíduos que compartilham a mesma situação, para melhor compreender o seu processo saúde-doença e assim desenvolver mecanismos de controle do mesmo visando a promoção da saúde.

Entende-se por processo saúde-doença a situação de ser cardiopata com todas as implicações decorrentes desta condição, dentre elas, a mudança no seu modo de vida com as freqüentes agudizações e descompensações e a conseqüente alteração no desempenho do seu papel social. Para POLAK (1997a, p. 65) é um processo subjetivo que traz refletida a visão de mundo de cada um: *...a compreensão da doença depende da ótica do observador: os familiares, o corpo doente e seus amigos cada um percebe a doença de diferente forma.*

Portanto, definir o processo saúde-doença neste contexto, mais especificamente para o cardiopata, é muito mais que restringi-lo à sua condição biológica. *A observação da doença no corpo é ponto de ligação da história desse sofrer e dessa dor com o olhar do outro corpo que a está percebendo* (POLAK, 1997a, p. 69). Este processo está inserido nas questões referentes à educação, à alimentação, ao desamor, à solidão, às condições ambientais, ao estilo de vida e no contexto do trabalho e da família.

3.2 O PROCESSO GRUPAL NA ENFERMAGEM

O DICIONÁRIO BRASILEIRO GLOBO (1996) define grupo como *conjunto de objetos que se podem abranger com um lance de olhar; reunião de coisas que formam um todo; certo número de pessoas reunidas; pequena associação; ajuntamento*. Porém, nem sempre um ajuntamento constitui um grupo propriamente dito, e é este aspecto que se pretende abordar.

Percorrendo a literatura sobre o tema, percebemos que o homem é um ser social por natureza e não concebe a idéia de estar só. Referências a essa característica são encontradas já na Bíblia, quando Deus criou o homem e a mulher para que se reproduzissem e povoassem a terra.

A maioria das atividades que desenvolvemos cotidianamente realiza-se nos grupos dos quais participamos. São microssociedades que estabelecemos através de relações com nossos familiares, colegas de trabalho, comunidades religiosas ou outras, a partir de afinidades que temos com outras pessoas, sejam estas emocionais, culturais, econômicas ou outras.

A formação de grupos tem sua explicação na constante necessidade do homem em relacionar-se com seu semelhante. Para ZIMERMAN (1993) o ser humano é gregário e só existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

De acordo com GAHAGAN (1976, p. 82) ... *um conjunto de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de uma forma sistemática, para um determinado fim*. Assim, podemos perceber que um determinado número de pessoas reunidas não forma necessariamente um grupo. Deve existir uma interrelação entre elas para que possa ser considerado um grupo.

Para ZIMERMAN (1993), é importante ainda que se diferencie os grandes dos pequenos grupos e, para estes últimos, também deve-se considerar a distinção entre um grupo propriamente dito e os chamados agrupamentos. Por agrupamento entende-se um conjunto de pessoas que convivem, partilham um mesmo espaço, guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em vir a se constituir um grupo propriamente dito. Essas pessoas compartilham um mesmo interesse, sem qualquer vínculo emocional entre elas, até que algo possa modificar toda a configuração grupal. A finalidade do grupo dependerá de que respostas se pretende buscar e, a partir daí, o autor enumera uma extensa lista de diferentes tipos de modalidades grupais.

Ainda com relação à finalidade, ROGERS (1994) afirma existirem inúmeras designações para grupo, tais como: grupos de encontro, de treino de sensibilidade, centrado na tarefa, de percepção sensorial, de criatividade e outros.

FONSECA (1988) considera como microgrupos aqueles nos quais todos os participantes estão em contato face a face e tem uma possibilidade direta de relacionamentos interpessoais. O mesmo autor ressalta, ainda, que ao pensarmos o grupo como configuração social humana, é importante que atentemos para o papel de mediação que ele desempenha entre o todo social e a particularidade do indivíduo. O grupo é uma configuração social intermediária que articula a realidade da esfera do indivíduo com as dinâmicas macrossociais. Quando inserido em um grupo, o indivíduo reproduz nele sua realidade sócio-histórica. É imprescindível, portanto, que se tenha claro o contexto de cada integrante do grupo, pois é esse contexto que determinará os objetivos, as estratégias e conseqüentemente o sucesso do grupo.

É importante que o líder ou facilitador tenha bem claro que tipo de mudanças pretende, que tipo de técnicas deverão ser aplicadas para que tipo de pessoas, por qual tipo de facilitador e sob quais condições (ZIMERMAN, 1993). Conforme ROGERS (1994, p. 18) ... *o facilitador é a pessoa que cria condições*

para que se desencadeiem e se desenvolvam os processos de crescimento da pessoa, do grupo ou das organizações. O mesmo autor afirma também, que é responsabilidade do líder ou facilitador, em primeiro lugar, a facilitação da expressão dos sentimentos e pensamentos por parte dos membros do grupo.

Para ELSEN (1982), que analisou a relação entre os grupos de auto-ajuda e os profissionais da saúde, existem dois tipos de grupos de acordo com a proposta dos mesmos: um está voltado para o aspecto comportamental de seus membros, visando modificar comportamentos e atitudes; o outro destina-se a ajudar os seus membros a enfrentar situações de crise em suas vidas. Não me parece, entretanto, que possa haver esta divisão, pois em um mesmo grupo, os membros podem ajudar-se no enfrentamento de crises e assim modificar comportamentos e atitudes através de uma prática educativa que permeie esta inter-relação.

Seja qual for o tipo de grupo no qual o enfermeiro estiver trabalhando, para melhor entender e, conseqüentemente, desenvolver seu papel no grupo, ele deverá buscar conhecimentos e realizar estudos nessa área, já que muitos cursos de graduação não oferecem formação para este tipo de atividade.

De acordo com MUNARI & RODRIGUES (1997) a Enfermagem, no Brasil, tem utilizado o trabalho em grupo nas suas diversas áreas, sendo a enfermagem de saúde pública, na década de 70, a pioneira na publicação dos resultados de suas investigações na assistência a gestantes. A partir de então, diversas populações têm sido atendidas através de atividades grupais, como diabéticos, hipertensos, pessoas com problemas de locomoção, hanseníase, obesidade dentre outros. Entretanto, nem sempre estas atividades denominadas de grupo, podem ser consideradas como tal, pois estão vinculadas a algum tipo de atendimento médico, onde condiciona-se a participação á distribuição do medicamento.

Segundo TRENTINI; TOMASI & POLAK (1996), a formação e a condução dos grupos por parte da enfermagem devem constituir um espaço onde se possa

desenvolver, de forma saudável, ações de ensino-aprendizagem e de enfrentamento de situações estressantes. DIAS; TRENTINI & SILVA (1995) declaram ser possível construir em grupo, processos apropriados de enfrentamento, através do trabalho coletivo como gerador e propulsor de forças saudáveis. As autoras consideram, ainda, que mesmo se encontrando numa situação crônica, as pessoas podem ser saudáveis, desde que o contexto onde vivem favoreça condições dignas de vida a que têm direito como cidadãos. Acredito que, mediante uma situação crônica de saúde, a convivência em grupo representa a melhor estratégia para o enfrentamento de tal situação.

Para MUNARI & RODRIGUES (1997), o enfermeiro que trabalha com grupos deve estar preocupado em favorecer situações que tragam benefícios terapêuticos para o grupo e não em solucionar prontamente os problemas. MORENO (1993) afirma que o enfermeiro deve estar consciente de sua função de facilitador, direcionando as ações e auxiliando nas discussões, de forma que cada integrante do grupo seja o agente terapêutico do outro.

Para se alcançar o propósito da formação e condução de um grupo, é importante que se considere alguns fatores que certamente terão influência no sucesso do mesmo. ROGERS (1994, p. 46) descreve fracassos, desvantagens e riscos no desenvolvimento dessa atividade. O primeiro risco estaria relacionado aos efeitos não muito duradouros do processo de grupo, ou seja, as transformações de comportamento quando existem, não perduram. Explica-se pelo fato de que, talvez, *...a experiência de grupo não é um modo de vida, mas um ponto de referência*. Outro risco envolve o comprometimento com os problemas alheios para os quais, muitas vezes, a pessoa não está preparada. Esta situação, entretanto, pode ter seu aspecto positivo, se para a resolução desses problemas, concorrerem a união e o apoio construtivo. Apesar dos riscos, o processo grupal constitui-se, segundo esse mesmo autor, quanto aos resultados, em algo fantástico.

Portanto, o enfermeiro que se propõe a desenvolver esse tipo de trabalho deve estar consciente de sua responsabilidade enquanto líder do grupo e,

conseqüentemente, preparado para os riscos e os fracassos que possam surgir nessa caminhada.

As considerações levantadas até aqui permitem afirmar que o processo grupai é uma importante estratégia a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, em particular pelo enfermeiro, para a promoção da saúde.

As experiências desenvolvidas até então constituem um referencial que confirma ser este tipo de atividade bastante produtiva e com possibilidade de aplicação em diversas populações. Entretanto, devemos considerar, também, que a enfermagem pouco tem investido na formação de seus profissionais para o desempenho dessa prática. O enfermeiro, por sua vez, tem se lançado nessa atividade com pouca ou quase nenhuma experiência, e poucos trabalhos nessa área têm sido publicados, o que nos leva a repensar a formação do enfermeiro e também a investir em estudos que venham a colaborar na construção de um conhecimento mais alicerçado.

Não podemos deixar de considerar que tal prática é realizada com seres humanos, em sua maioria fragilizados por uma situação de doença, que apostam em soluções e que buscam uma melhor qualidade de vida na atividade em grupo.

Para este estudo, é considerado grupo a inter-relação de vários indivíduos que compartilham uma mesma situação de saúde, a cardiopatia, e podem, desta forma, ajudar-se mutuamente no desempenho de seus papéis no "grupo maior", ou seja, a sociedade. O enfermeiro, mesmo não compartilhando da mesma situação de saúde, atua como um facilitador do processo de compreensão dessa situação através de uma prática educativa.

3.3 EDUCAÇÃO

A educação entendida como um processo exclusivamente humano, pois somente os homens se educam, é antes de tudo um ato político, ou seja, não é neutro, isento de conseqüências, mas sim desencadeador de mudanças, tanto individuais quanto sociais. Ensinar e aprender são assim momentos de um processo maior — o de conhecer, que implica re-conhecer (FREIRE, 1998).

Ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos tampouco formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. *Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender* (FREIRE, 1996, p. 25). Por isso a educação, enquanto um fenômeno, acontece em uma situação histórica determinada onde o ser, o existir de cada um tem papel fundamental.

A finalidade da educação é a promoção humana. O sentido da promoção é tornar o homem capaz de conhecer-se e conhecer a sua realidade, a fim de nela poder intervir e transformá-la. A educação é, portanto, um processo de construção do homem e da sociedade (SAVIANI, 1996).

Como um processo de construção, dura a vida inteira, porém não se limita a mera continuidade, mas produz mudanças, rupturas, adaptações. SAVIANI (1992) chama de desenvolvimento histórico o processo através do qual o homem produz sua existência no tempo, e é neste processo que se origina a educação, com o próprio ato de agir e existir. O ato de viver é o ato de se formar homem, de se educar.

DELORS (1998) acredita que a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

O aprender a conhecer pode ser considerado como um meio e uma finalidade da vida humana. Deve-se compreender o mundo que nos rodeia, pelo

menos na medida em que isso é necessário para se viver dignamente, para desenvolver capacidades e para se comunicar, o que pressupõe, antes de mais nada, aprender a aprender. Este processo de aprendizagem do conhecimento nunca está acabado e vai enriquecendo-se à medida em que vão somando-se experiências de vida.

Aprender a fazer é indissociável de aprender a conhecer, na medida em que o segundo é consequência do primeiro, porém voltado para a formação profissional. Entretanto, aprender a fazer não pode ter o significado simples de preparar alguém para uma tarefa material, resultado da transmissão de práticas rotineiras, mas o de preparar o indivíduo para o compromisso pessoal na busca de qualidades como a capacidade de comunicar-se, de trabalhar com os outros, de gerir e de resolver conflitos.

Aprender a viver juntos representa, atualmente, um dos maiores desafios da educação. Os seres humanos têm tendência a supervalorizar suas qualidades e as do grupo a que pertencem, e a alimentar preconceitos desfavoráveis em relação aos outros. Existe ainda o clima de concorrência econômica que estimula o espírito de competição. O que fazer então? Mesmo sem receitas, a educação deve estimular a descoberta progressiva do outro e a participação em projetos comuns. Descobrir o outro implica em conhecer a diversidade da espécie humana e a tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos os seres humanos. Significa também descobrir-se a si mesmo, para assim pôr-se no lugar do outro e compreender suas reações.

Finalmente, aprender a ser está ligado ao desenvolvimento total da pessoa — espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. A educação deve levar o indivíduo a elaborar pensamentos autônomos e críticos e a formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

Estas quatro aprendizagens acompanham o ser humano ao longo de toda

a sua vida, e os tempos e as áreas da educação devem ser repensados, completar-se e interpenetrar-se de maneira que a pessoa, em cada tempo, possa tirar o melhor partido de um ambiente educativo.

Considerando a educação como um processo historicamente determinado, é necessário que a análise deste processo acompanhe os momentos históricos e o contexto em que se situam os problemas daí advindos. Da mesma maneira, a reflexão sobre a educação em saúde deve acompanhar essa referência histórica.

A educação para a saúde é, sem dúvida, o processo mais eficiente das ações profiláticas, um instrumento básico para a veiculação de informações e experiências sobre saúde. Educar para a saúde é atividade das mais relevantes para um país em desenvolvimento (REZENDE, 1989). O que se tem observado porém, é que as práticas educativas de um modo geral, sejam em grupos ou individuais, na maioria das vezes não alcançam seus objetivos, ou seja, não se traduzem em comportamentos adquiridos, em mudanças de atitudes. Deve-se considerar os dois agentes fundamentais neste processo: o profissional da saúde e o cliente a que se destinam essas práticas educativas. Podemos dizer que nem um nem outro está preparado para participar com o outro dessa caminhada, pois não reconhece seu verdadeiro papel: de agente de transformação. O “educador”, ingenuamente, se coloca na posição de transferir conhecimentos, e exige a assimilação do “educando” em forma de mudanças de comportamento e, quando isso não ocorre, critica-se somente a conduta do cliente, taxado de acomodado. Para FREIRE (1988, p. 21) esse profissional considera-se

... um proprietário do saber que deve ser doado aos “ignorantes e incapazes”. Habitante de um gueto, de onde sai messianicamente para salvar os ‘perdidos’, que estão fora. Procedendo assim, não se compromete verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente se aliena.

O cliente, por sua vez, não entende que é capaz de decidir livremente e

que suas decisões devem estar influenciadas pelo desejo de conhecer e de querer, como uma conduta deliberada que lhe permite direcionar seus atos e reafirmar sua liberdade, liberdade esta, segundo TUGENDHAT *apud* FIGUEROA (1997), que corresponde a um fenômeno gradual: somos tanto mais livres quanto mais conhecemos os fatores que determinam nosso ser e nosso atuar, nosso querer e nosso sentir.

A educação em saúde deve considerar, portanto, que o homem é o sujeito da sua própria educação e por isso as práticas educativas devem promover um clima informal, colaborativo, de apoio e respeito e que busque o consenso através do diálogo.

A escolha de um referencial teórico que apoiasse a prática educativa a ser desenvolvida com os grupos não surgiu por acaso; antes, foi um processo de construção ao longo do mestrado que me permitiu identificar nas concepções do educador Paulo Freire a opção ideal para a minha proposta.

A ausência de uma definição mais abrangente para o termo educação, por parte das teóricas de enfermagem, também contribuiu para que a busca se efetuassem nos conceitos de outra área, mais especificamente, a da educação.

SAUPE; BRITO & GIORGI (1997), analisando as concepções desse educador como vêm sendo utilizadas pela enfermagem, registram que

... este referencial originariamente proposto para a alfabetização de adultos, tem sido bastante usado pelos enfermeiros, e com sucesso, na abordagem das questões educativas que compõem o papel do enfermeiro enquanto educador, mais especificamente em programas de educação formal ou não formal.

A abrangência da proposta de Paulo Freire, como uma pedagogia libertadora e problematizadora, vai ao encontro de muitas de nossas interrogações sobre como conduzir uma prática educativa com os nossos

clientes. Seus conceitos de Homem, Conscientização, Diálogo, entre outros, parecem unir-se perfeitamente à proposta educativa entre enfermeiro-cliente. Talvez nem haja muito a se considerar sobre este aspecto, pois quando falamos em educação e saúde, apenas estamos lendo os dois lados de uma mesma moeda, já que essas constituem-se as bases que sustentam uma sociedade.

O homem freireano é um *...ser histórico, inacabado, inconcluso que está sendo 'em' e 'com' uma realidade igualmente inacabada, e tem na educação sua chance de libertação, de também fazer parte do processo de construção desta realidade* (FREIRE, 1987, p. 72). Assim também, em relação à sua saúde, o conhecer-se, o educar-se, liberta-o para decidir sobre si próprio, para "ser mais".

De acordo com FREIRE (1987, p. 74) a prática problematizadora propõe aos homens sua situação como problema e *...aprofundando a tomada de consciência da situação, os homens se apropriam dela como realidade histórica, por isto mesmo, capaz de ser transformada por eles.*

Não apenas as concepções de Paulo Freire que têm sido amplamente debatidas pela enfermagem, mas também o "modelo" de prática que ele instituiu com os adultos para alfabetização. Os enfermeiros têm utilizado os chamados Círculos de Cultura como o espaço propício para o desenvolvimento das práticas educativas a que se propõem. Neste espaço *...educar é uma tarefa de troca entre pessoas [...] e não o despejo de quem supõe que possui todo o saber, sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não possui nenhum* (BRANDÃO, 1983, p. 22).

O mesmo autor salienta que o termo Círculo deriva da própria finalidade a que se propõe, ou seja, formar um "círculo" onde todos reúnem-se em torno de um objetivo, onde não há um professor ou alfabetizador, mas um animador de debates ou facilitador. De "cultura" porque, muito mais que ensinar-aprender, propõe *...novos modos, solidários e coletivos, de pensar.*

Quando nos propomos a desenvolver tal prática, que foge aos padrões tradicionais de “educação em saúde” dentro dos quais me formei, e que contemplam um conteúdo estritamente médico, pautado em dados que enfatizam a necessidade de mudança de comportamento, como realizar exames preventivos, ingerir alimentos saudáveis, parar de fumar, etc., sentimos estar diante de um enorme desafio e chegamos mesmo a questionar se temos capacidade para tanto.

A população envolvida neste trabalho, no caso os cardiopatas, formam um Círculo de Cultura, no qual é possível identificar aspectos dominantes nos indivíduos e em sua situação existencial com os quais pretendeu-se trabalhar, direcionando o agir para uma relação dialógica. Esse diálogo começa *...não no encontro educador-educando com os educandos-educadores, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes* (FREIRE, 1987, p. 83).

A prática educativa aqui desenvolvida pressupõe, também, como diz FREIRE (1980, p. 29), a conscientização vista como *...o olhar mais crítico possível da realidade, que a ‘des-vela’ para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante.*

3.4 CUIDADO

Um dos interesses mais sólidos na enfermagem, ultimamente, tem sido compreender a natureza do cuidado, sua origem e sua expressão profissional. Pergunta-se e freqüentemente fica-se diante dessa instigante fonte de interrogações com a expectativa de decifrá-la, não só para dar um sentido interno à profissão, mas também para iluminá-la no emaranhado dos processos de viver em sociedade (LEOPARDI, 1997).

Apesar do cuidado estar tradicionalmente ligado à prática de enfermagem, investigações para identificar a natureza e a qualidade das práticas de cuidar, bem como suas origens, conhecimento e padrões, só recentemente vêm sendo reconhecidas como importantes e necessárias para o futuro da profissão (WALDOW, 1998b).

Esta preocupação deve também estar direcionando a educação em enfermagem. Enquanto docentes, temos nos preocupado com a formação dos futuros profissionais que serão diretamente responsáveis pelo cuidar?

O termo cuidar remete a inúmeras definições, sejam elas de dicionários ou, mais especificamente, de estudiosos na área da enfermagem. O certo é que a compreensão do que seja o cuidado tem acompanhado a história da Enfermagem no Brasil, que por sua vez tem sido determinada pelos momentos sócio-culturais do país, incluindo as políticas de saúde. Historicamente condicionado, o cuidado passou do simples ato de executar tarefas visando resultados diretos no corpo do indivíduo, para um processo fundamentado na interação entre enfermeiro-cliente e que engloba as questões de cidadania (PATRÍCIO, 1992).

Assim, podemos pensar no cuidado como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo (WALDOW, 1998a) ou como o diálogo entre sujeitos, para uma ajuda sem exploração e paternalismo e para o resgate da liberdade de cada sujeito (LEOPARDI, 1997).

Independentemente do enfoque que se pretenda, é indiscutível a abrangência do termo e a sua importância para consolidar as práticas de enfermagem no âmbito do ensino, pesquisa e assistência.

O cuidado não deve ser um fazer privativo da enfermagem, mas um fazer específico dela, cujas ações deveriam ser guiadas por um referencial ou base epistemológica centrados no cuidado, já que a existência da enfermagem como profissão poderia encontrar aí sua justificativa, uma vez que o cuidado, em geral, é o principal componente para a sobrevivência e, especialmente, porque o

homem pode vir a necessitar, em algum momento da sua vida, também de cuidados de enfermagem (LUNARDI FILHO, 1997).

A complexidade que envolve o tema "cuidar" e os significados atribuídos ao "cuidado" exigem do profissional que se aventura em estudos fundamentados nesse referencial, a busca de uma trajetória para a sua caminhada. Neste sentido, a escolha de um significado para o cuidado se torna necessária, uma vez que há referência ao cuidado em vários planos, ou seja: cuidado humano, cuidado integral, cuidado corporal, cuidado holístico entre outros.

POLAK (1997a, p. 126) concebe

Cuidar resultante do processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaciotemporal, movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade.

Encontrei na definição de cuidado de POLAK a abrangência necessária para a proposta da prática educativa a ser desenvolvida com cardiopatas que defendo. Ao considerar o aspecto da construção do conhecimento, o projetar-se em direção ao outro, o fazer o outro sair do seu "em si", tal visão de cuidado contempla a pedagogia libertadora de Paulo Freire, e seu humanismo solidário.

Assim sendo, educar e cuidar passam a ser duas dimensões de uma só prática que vê no indivíduo possibilidades constantes de fazê-lo conhecer-se e acreditar no seu potencial de mudança da sua realidade.

A enfermagem é vista neste trabalho como um processo de interação entre o cardiopata, seus familiares, seus pares e o enfermeiro que, através da prática de educação em saúde, pode ajudar na compreensão do que significa ser cardiopata, os desafios inerentes a esta condição, e assim auxiliar o cliente a

enfrentar melhor sua situação, passando a desempenhar com mais sucesso seu papel nas relações pessoais e sociais. O enfermeiro deve compartilhar situações, sentimentos e percepções do indivíduo e seus familiares e, a partir disso, interferir com práticas educativas, ou seja, nunca fazê-lo de maneira impositiva e pré estabelecida, sem considerar o cliente.

É necessário que não se perca o foco da questão da promoção da saúde, construída e vivida pelas pessoas no seu cotidiano, nos ambientes onde aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias de sua própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (CARTA DE OTAWA, 1986).

Compreendendo que o ambiente não é delimitado pelo espaço geográfico em que vive o indivíduo, já que as interfaces inerentes ao processo de viver deixam claro que não existem fatos isolados, mas sim interrelacionados, neste estudo, o grupo também foi considerado parte do ambiente no qual o cardiopata desenvolve interações.

O enfermeiro, nesse processo, como um corpo vivente e como profissional da saúde, vivencia relações conflituosas e difíceis exigindo que ele reaprenda a ver, sentir, ouvir, para que possa vencer os desafios na recriação da realidade. Em outras palavras, o enfermeiro, enquanto ser aberto e inacabado, tem uma presença intencional, encarnada em um corpo, cuja principal finalidade é ajudar o outro, é facilitar o seu processo de vida, de recuperação e manutenção da saúde (POLAK, 1997a).

4 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA

*O sonho é ver as formas invisíveis da distância imprecisa e,
com sensíveis movimentos de esperança e de vontade, buscar na
linha fria do horizonte, a árvore, a praia, a flor, a ave,
a fonte - os beijos merecidos da verdade!*

FERNANDO PESSOA

Este estudo teve início com o desenvolvimento de uma prática assistencial e, portanto, tem como característica principal a possibilidade de inovações no cuidado prestado ao cardiopata e a reflexão acerca da realidade neste campo.

FREIRE (1996, p. 24), nos lembra que *...a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blablá e a prática, ativismo.*

O desenvolvimento de uma pesquisa pressupõe, entre outras coisas, a preparação do caminhar metodológico, ou seja, é necessário antes de tudo que se antecipe os passos a serem tomados para facilitar a condução do processo.

Neste capítulo será descrito todo o caminhar para a implementação dessa prática assistencial, desde o término do projeto até a constituição do grupo. Nem tudo aconteceu conforme o planejado; antes, foi uma verdadeira maratona em vista do alcance dos objetivos, com o agravante de se trabalhar contra o tempo.

Por isso, procuro descrever a trajetória de maneira objetiva, atentando-me para as dificuldades que foram surgindo.

Ao considerar a questão norteadora, os objetivos e o referencial teórico proposto, senti necessidade de refletir sobre o caminho a ser seguido que assegurasse êxito em minha proposta.

Baseando-me em princípios éticos, filosóficos e educativos, primeiramente preocupei-me em obter o consentimento da instituição para desenvolver o estudo (Anexo 1). Paralelamente, procurei aprofundar o estudo sobre a formação dos grupos, a prática educativa preconizada por Paulo Freire e a concepção de cuidado de Polak.

Na elaboração do projeto para a Disciplina Prática Assistencial, as estratégias para a formação do grupo ainda não estavam bem delineadas. A princípio, tinha duas opções: fazer um levantamento através do computador do hospital, dos indivíduos com maior número de internações e sensibilizá-los por meio de visitas domiciliares, para a participação no grupo (a ser desenvolvido em um local específico), ou consultar a agenda do Ambulatório e, em dias determinados, formar o grupo com os clientes da cardiologia. Após a obtenção do consentimento, iniciei a minha trajetória pela primeira estratégia, que considerei a melhor.

4.1 PRIMEIRA ESTRATÉGIA

A instituição hospitalar que serve como campo de estágio para os nossos alunos e na qual trabalhei durante oito anos foi a minha primeira opção para o desenvolvimento deste trabalho. É uma instituição particular, porém de caráter filantrópico, considerada de grande porte, com 237 leitos, localizada na cidade de Londrina, Estado do Paraná. Do total de leitos, 111 são destinados a clientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma Unidade Coronariana com nove leitos, três destinados a clientes do SUS.

Para iniciar a prática assistencial a que me propunha, resolvi seguir a intuição de que, durante um período de hospitalização em decorrência de uma descompensação, o cardiopata pode estar mais propenso a aceitar alternativas que venham a colaborar para o seu processo de recuperação. Sendo assim, optei por abordar todos os cardiopatas internados por descompensação em uma Unidade Médico-Cirúrgica destinada a clientes do SUS, em um determinado período de tempo.

Determinei, também, como parte desta estratégia, que as reuniões aconteceriam na Clínica de Educação em Saúde do CESULON — Centro de Estudos Superiores de Londrina, onde sou docente, espaço que considerei perfeito para a realização de tal atividade. Essa clínica tem por objetivo desenvolver práticas de educação em saúde, tanto para a comunidade acadêmica como para a população de Londrina, principalmente à comunidade carente. Estão envolvidos neste projeto os Cursos de Enfermagem e Nutrição, contando com a participação de docentes e alunos que atuam como bolsistas. A escola, através do seu Diretor Acadêmico, ofereceu-me todo o apoio necessário para o desenvolvimento do trabalho na Clínica.

De início, apresentei minha proposta para as duas enfermeiras do período da manhã, para as duas do período da tarde e para o chefe do Serviço de Cardiologia. Este se prontificou a me auxiliar no processo de recrutamento, indicando cardiopatas e apoiando meu trabalho junto aos mesmos.

Durante 20 dias, aproximadamente, realizei visitas diárias à Unidade. Primeiramente, através do cardex, selecionava os indivíduos com diagnóstico médico de cardiopatia em descompensação e, logo em seguida, conversava com os mesmos, coletava os dados relativos à sua vida e à sua doença, registrando-os em meu diário de campo. Depois, fazia o convite, oferecendo por escrito o endereço do local onde trabalharíamos, número da linha de ônibus, auxílio para o passe do ônibus, etc.

Nesse primeiro momento, optei por registrar todos os acontecimentos em um diário de campo. Nele constavam os contatos realizados, as entrevistas com os internados, assim como minhas observações e percepções sobre tudo o que

estava acontecendo. Registrava suas falas e atitudes, ou seja, aspectos verbais e não verbais que considerava importantes e que pudessem me auxiliar na análise dos dados posteriormente.

A primeira dificuldade que senti foi relativa ao número de cardiopatas internados. Em alguns dias não havia nenhum, em outros um ou dois, às vezes quatro ou cinco, porém oriundos de cidades vizinhas que haviam sido encaminhados para cirurgia, ou para exames mais especializados. Com isso, diariamente, apesar de sentir uma certa "boa-vontade" de alguns, fui percebendo a inviabilidade dessa estratégia, principalmente devido ao tempo que dispunha para a entrega do relatório da disciplina.

Cabe ressaltar que na véspera do dia marcado para a primeira reunião, telefonei para a residência de quatro cardiopatas que tinham manifestado interesse em participar. Um deles não foi possível encontrar, pois o número do telefone estava errado. Os outros três, alegando motivos diferentes, como estar gripado, estar com visitas em casa e outros compromissos, disseram que não poderiam comparecer. Mesmo assim, no dia e hora marcados, fiquei à espera de alguém na Clínica do CESULON, porém ninguém apareceu.

Parti então, em busca de um novo cenário!

4.2 SEGUNDA ESTRATÉGIA

Essa mesma instituição hospitalar possui, também, um Ambulatório que funciona em um outro espaço físico, em outra região da cidade, e que atende as diversas especialidades médicas. Os clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), após receberem alta, são orientados a comparecer na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência e ali agendar o seu retorno em um ambulatório de cardiologia. Na cidade, existem dois ambulatórios credenciados ao SUS, sendo que um deles é o ambulatório mantido pela instituição onde iniciei o

trabalho e que possui uma cota de 1200 consultas de cardiologia por mês. Segundo informações da enfermeira responsável, ao agendar sua consulta na Unidade Básica de Saúde, os clientes podem optar pelo ambulatório se o médico que o atendeu no hospital também ali atuar. No ambulatório não há nenhum trabalho da enfermagem com esses clientes.

Minha segunda opção foi, então, o Ambulatório acima mencionado apesar de não tê-lo considerado o local ideal depois que o visitei pela primeira vez durante a elaboração do projeto. Mas era a minha única alternativa naquele momento. A dinâmica de funcionamento desse ambulatório não permitiria a formação de um grupo fixo, como era a minha proposta. As consultas de cardiologia são realizadas todos os dias, com médicos diferentes e em vários horários, conforme a disponibilidade de cada um. Essas informações haviam sido dadas pela enfermeira responsável e resolvi acompanhar um dia a rotina daquele local. Isso me permitiria, também, perceber que trajetória o cliente percorria para ser atendido por um cardiologista.

Assim sendo, após contato prévio com a enfermeira, encaminhei-me para lá às 7 horas que, segundo ela, era o horário de início do atendimento pela secretaria. Ao chegar lá, a fila era imensa, pois concentram-se numa mesma fila todos os atendimentos do dia, incluindo os clientes do SUS que buscam pronto atendimento.

O cliente, (no caso, estou me referindo ao que será atendido por cardiologista) ao chegar no balcão da secretaria, entrega guia de encaminhamento emitida pela UBS do seu bairro e, após o preenchimento de uma ficha de atendimento do Ambulatório, é orientado a permanecer em uma sala bastante ampla, mobiliada com cadeiras simples e televisão. Ali, um auxiliar de enfermagem verifica seus sinais vitais e o encaminha para um corredor, onde deverá aguardar pelo funcionário que realizará o eletrocardiograma. Após a realização desse exame, está liberado para aguardar o horário de sua consulta onde quiser, já que as consultas são realizadas em diferentes horários do dia, dependendo do médico para o qual está agendado. Assim, os clientes vão chegando em diferentes horários e somente nos momentos que antecedem a

consulta é que se reúnem cerca de dez clientes em frente ao consultório.

Naquele dia, por volta das 8h30min, permaneci no balcão, observando o preenchimento das fichas. Eram aproximadamente dez clientes, sendo que três seriam atendidos pelo médico da manhã, que não tinha horário para chegar, e o restante pelo médico do período da tarde. Após a realização do eletrocardiograma, dispersaram-se. Segundo informações do funcionário, muitos voltam para casa, se for perto, ou vão até a casa de parentes, ou vão fazer compras, etc..

Às 13h30min, horário em que o médico da tarde iniciava seu turno, eu estava novamente em frente ao consultório da cardiologia, esperando os clientes. Aos poucos eles foram surgindo, agrupando-se em um corredor estreito, à espera do médico. Apresentei-me e comecei a conversar com cada um, interessada principalmente no motivo que os tinha levado até ali. Dos nove clientes, cinco estavam realizando exames pré-operatórios e necessitavam do cardiologista em função do "risco cirúrgico". Os outros quatro estavam ali para avaliação pós-operatória de revascularização do miocárdio (1), por causa de hipertensão arterial (2) e o outro, de acordo com o relato do próprio cliente, por apresentar miocardiopatia em descompensação. Quando ainda conversava com eles, o médico chegou e pude perceber a ansiedade dos mesmos em não ouvir, caso fossem chamados.

Encerrei minha jornada daquele dia tentando imaginar em que momento conseguiria reuni-los para a proposta do grupo. Minha alternativa seria conversar com o médico do período da tarde e pedir sua colaboração no sentido de atrasar o início das consultas por 30 minutos para que eu pudesse fazer a minha aproximação antes. Mesmo sabendo da impossibilidade do grupo fixo, eu poderia tentar reunir dois ou três clientes de um mesmo bairro e fazer a proposta de formar o grupo lá, perto de suas residências.

Apesar de um certo desânimo, porque mais uma vez as circunstâncias não estavam tão favoráveis, fui embora disposta a procurar o médico e fazer a proposta. Porém, pensei melhor e considerei que estaria me afastando dos meus

objetivos se encaminhasse a proposta daquela maneira. Algumas variáveis inviabilizaram essa estratégia, como o fluxo seguido pelos clientes, a rotina de atendimento da instituição e a própria situação dos clientes nos momentos antecedentes à consulta. Tais circunstâncias não permitiriam uma abordagem mais significativa.

Novamente, em vista do fator tempo, parti em busca de um novo cenário. Desta vez, porém, teria que começar do “zero”, já que naquela instituição minhas possibilidades haviam se esgotado. Desse modo, comecei a delinear uma outra estratégia, onde pudesse ir até o indivíduo, e não mais esperar que ele viesse até mim para que o grupo fosse formado. Até então, trabalhara dentro de um cenário que me era familiar, ou seja, instituições de atendimento em nível secundário e terciário.

4.3 TERCEIRA ESTRATÉGIA

Refletindo sobre as dificuldades vividas até então, concluí que o caminho inverso seria a melhor estratégia, ou seja, deveria buscar o cliente no seu “locus” social: sua casa, seu bairro, locais de sua referência. Foi então que parti para um cenário até então pouco ou quase nada explorado por mim: uma Unidade Básica de Saúde. Contatei com a enfermeira de uma delas, que também é docente da nossa escola e que já sabia da minha proposta. Além dela, uma das médicas da mesma Unidade, ao tomar conhecimento do meu trabalho, também se mostrou disposta a colaborar, ajudando-me a selecionar os cardiopatas que freqüentavam a Unidade Básica de Saúde, reforçando a proposta junto aos mesmos.

A referida UBS localiza-se na região sul da cidade e pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. A área de abrangência é de 15 bairros e a população de aproximadamente 11.359 mil habitantes — população projetada de 1998, calculada com base na população do censo de 1996

do IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998). Em sua maioria, os habitantes são de classe média baixa. O bairro onde localiza-se a UBS é considerado central em relação aos demais e sem barreiras geográficas importantes (avenidas movimentadas, ladeiras, calçadas quebradas, etc.), o que facilita o acesso. Além disso, há asfalto em toda a região, assim como condições básicas de infra-estrutura como água encanada, luz e esgoto. A presença de uma universidade particular incrementou a região nos últimos anos e valorizou os imóveis e o comércio.

A UBS é considerada de média demanda e atende 12 horas diariamente. Possui 30 funcionários, sendo: 1 enfermeira, 9 auxiliares de enfermagem, 1 médico pediatra, 1 médico ginecologista, 1 médico clínico geral, 1 auxiliar administrativo, 1 agente administrativo, 2 auxiliares de serviços gerais, 3 dentistas, 2 técnicos em higiene dental, 6 auxiliares de odontologia e 2 vigilantes. A planta física comporta 3 consultórios, 3 salas de atendimento de enfermagem, 1 sala de puericultura, 1 sala de vacina, 1 sala de inalação, 1 sala de curativos, 1 clínica odontológica, 1 expurgo, 1 sala de esterilização, 1 almoxarifado, 2 banheiros, 1 cozinha e 1 lavanderia.

A Unidade desenvolve, entre outras ações, programas de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, etc.. Entretanto, não há programas efetivos implantados para a população adulta. Até o ano passado, funcionavam os programas de hipertensos e diabéticos em parceria com uma universidade estadual, que não resistiu ao aumento da demanda e o fim da parceria.

Iniciei esta terceira etapa solicitando, mais uma vez, autorização para a realização do trabalho junto à Coordenadora do Serviço Municipal de Saúde (Anexo 2), já que agora tratava-se de uma outra instituição. Além do pedido formal e por escrito, falei com ela por telefone salientando, especialmente, a minha urgência para iniciar o trabalho, tendo sido prontamente atendida.

A enfermeira da UBS apresentou-me à médica e à equipe da Unidade, oportunidade em que tomaram conhecimento da minha proposta. Percebi uma atenção especial por parte de todos, talvez por já me conhecerem (já tinha estado lá com alunos, algumas vezes, para visita), ou talvez por ter trabalhado com

alguns deles em hospital. Isso me ajudou bastante, já que tive total liberdade em todos os momentos, além de ter podido contar com a ajuda deles que me indicaram cardiopatas que conheciam e telefonavam-me quando um deles comparecia para consulta, para que eu pudesse conversar com o mesmo. Além disso, demonstraram interesse para que fosse desenvolvido um trabalho com grupos na UBS, pois acreditavam nesse tipo de trabalho, que já havia sido desenvolvido na Unidade, envolvendo outro tipo de cliente. Acredito que poderia ter explicitado melhor a minha proposta, informando que não se trataria de um grupo convencional com o qual eles estavam acostumados, como os de gestantes ou hipertensos. Mas, talvez para “economizar energia”, preferi me calar. Na realidade, meu receio era de que a minha proposta não tivesse credibilidade, pois em alguns momentos, confesso, eu mesma já receava por mais um insucesso. Em certa ocasião, comentei com a auxiliar administrativa, que foi uma pessoa que muito me incentivou: “Será que vem alguém?” E ela, prontamente, acreditando mais que eu, respondeu-me: “Claro que sim! Você não conhece o pessoal daqui!”

A seleção dos cardiopatas se fez através da planilha de atendimentos da UBS que consta o nome, número do registro e diagnóstico de atendimento do cliente. Vale ressaltar que nessa planilha, muitas vezes, só há registro do motivo da consulta e nem sempre o diagnóstico principal. Sendo assim, um cardiopata que tivesse procurado o médico por causa de uma otite, poderia estar registrado na planilha somente como portador de otite. Através desse método e da indicação de alguns cardiopatas pela médica e pela equipe, consegui selecionar 21 pessoas com diagnóstico de miocardiopatia ou insuficiência cardíaca.

A segunda etapa consistiu de visitas domiciliares para sensibilizar o cardiopata a participar do grupo. Devido ao tempo, estabeleci com a enfermeira, primeiramente, um dia propício para a realização dos encontros e, uma vez definida a quarta-feira no período da tarde, agendei o primeiro encontro para a quarta-feira seguinte. Contava com quatro dias úteis somente, e por isso consegui realizar dez visitas. Além disso, alguns convites foram feitos pela médica e pela enfermeira da UBS, e dentre estes, consegui visitar apenas uma

senhora. Este aspecto se torna relevante, à medida que o envolvimento dos profissionais da UBS conferiu maior credibilidade ao meu trabalho.

Para o registro dos dados referentes às reuniões, optei pelo uso do gravador, por considerar que me daria maior segurança para não perder qualquer informação. Solicitei autorização para utilizá-lo, e nenhum dos clientes, aparentemente, se incomodou com o artefato durante as reuniões. Continuei utilizando, também, meu diário de campo como suporte para as anotações. O gravador não permite o registro de atitudes não verbais, como um gesto, uma expressão de aprovação ou reprovação, um gesticular das mãos entre outras, e que podem ser apreendidas em determinados momentos.

A primeira reunião estava programada para o dia 4 de agosto, às 15 horas. Apesar da minha intenção de não levar nada pronto, achei necessário, nesse primeiro encontro, estar amparada por um "esquema" que ficou registrado mentalmente. Cheguei à UBS com quase duas horas de antecedência e preocupei-me em preparar a sala que a enfermeira havia me oferecido. Era a sala da coordenação e a maior do local. Era arejada e com boa luminosidade, além de permitir privacidade dentro de um ambiente às vezes tumultuado, como é uma UBS. Observei essas condições com base em MUNARI (1997), que as considera, embora aparentemente simples de serem obtidas, fundamentais para o sucesso do trabalho. À medida em que se aproximava o horário previsto minha ansiedade aumentava. Era algo incontrolável e, acredito, até natural, que foi diminuindo assim que as pessoas foram chegando.

Dessa primeira reunião participaram seis pessoas, sendo que apenas uma delas não havia sido visitada. Ela estava na sala de espera acompanhando a filha que aguardava uma consulta de puericultura e foi convidada pela enfermeira a participar. A presença de alguns foi uma surpresa para mim, pois na visita não tinha sentido interesse por parte deles.

Na realidade, pude perceber, no decorrer da reunião, que a principal motivação deles era a curiosidade. Nenhum jamais participara de experiência semelhante e isto, naquele momento, foi um fator favorável para mim ao mesmo tempo que aumentava minha responsabilidade.

Suas falas denunciavam também um certo individualismo, ou seja, naquele momento, não éramos ainda um grupo. Éramos apenas um aglomerado de pessoas que iniciava um processo de se conhecer e buscar objetivos comuns, para então tornar-se um grupo, ou como explicita GAHAGAN (1976, p. 32), *...relacionar-se mutuamente, de forma sistemática, para um determinado fim*. Esse individualismo ficou claro quando estávamos fazendo as apresentações e um senhor de 46 anos, interrompeu-me, perguntando:

Então, mas esse problema meu, doença de Chagas, você acha que vai ter cura, vai chegar remédio prá isso [...] Não há um remédio forte prá combater, né? [...] Lá no hospital, quando eu tive lá, me disseram, que a doença de Chagas, eu não sei se é verdade, que a pessoa assim..., que o problema de Chagas até a idade dos 40, 42 anos, se a pessoa passar essa idade, a pessoa vai até lá pelos 60 ...

Para a primeira reunião optei por trabalhar com algo motivador e dinâmico, já que ainda não nos conhecíamos, e a timidez poderia prejudicar esta fase de aproximação. Levei várias revistas, tesoura, cola, cartolina e canetas e, após a apresentação, sugeri que eles expressassem através de desenhos ou colagem, o que significava para eles, ser portador de uma doença crônica. Esta técnica é muito utilizada para motivação de grupos, entretanto, deveria ter considerado que apesar de terem em comum o problema crônico, o grupo era heterogêneo nos fatores idade, escolaridade e disposição. O mais velho achou que não tinha mais idade para esse tipo de atividade e preferiu apenas procurar figurar com os quais se identificava. Outra senhora, alegou estar sem os óculos, entretanto, ao final, uns motivados pelos outros, todos participaram efetivamente.

O material produzido refletia, basicamente, o que eles gostariam de ser e não eram: saudáveis (segundo eles próprios). Havia muitos recortes de comidas, cerveja, corações, praia, ou seja, o que eles gostavam e não podiam ter ou fazer. Ao discutirmos isso, senti que eles demonstravam um certo conformismo, e ao mesmo tempo, muito desejo de entender os mecanismos das cardiopatias, a

relação das comidas, gordura e o sal com a doença, entre outras dúvidas.

Utilizei isso como fator motivador para a próxima reunião, pois afinal meu propósito era que eles determinassem o que seria discutido. A pedido deles, providenciei para a segunda reunião, alguns atlas de anatomia, fotos e miniaturas de coração, normais e doentes.

Nesta reunião, o interesse foi redobrado, pois nunca tinham visto aquele tipo de material. Procurei responder às perguntas em uma linguagem bem acessível. Havia gente nova: um senhor de 56 anos, hipertenso.

Mesmo tendo considerado bastante produtivo, este encontro ainda foi marcado pelo individualismo. Nas figuras, no atlas e nas peças, cada um queria saber do seu problema. Ao final, foi sugerido que eu trouxesse esse material em todas as reuniões, para que as pessoas novas e as que não tinham comparecido, pudessem, também, ter acesso a eles.

Para a terceira reunião, portanto, não preparei nenhum material ou assunto específico, afinal, não poderia fugir a proposta de discutir apenas o que fosse do interesse deles. Lembrei-me mais uma vez de FREIRE (1987, p. 83) que diz que *...o diálogo começa não no encontro educador-educando com os educandos-educadores, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes.*

Quando cheguei, fiquei preocupada, pois havia somente uma pessoa. Recebi recados justificando a ausência dos demais. Como havia um novo membro no grupo (uma senhora de 66 anos, com angina diagnosticada há 3 meses), o espaço foi dela para expor seus sentimentos em relação à essa fase de adaptação.

A cada semana vivia uma nova expectativa: como seria a participação deles. Sempre me sentia tentada a preparar algum material sobre os mais diversos temas, mas resistia, acreditando que desta forma estaria voltando ao “velho” modelo de educação em saúde.

Na ausência de um “tema gerador” para a quarta reunião, fiz algumas frases para motivar a discussão, como: “FICO NERVOSO QUANDO...”, “ME DISTRAIO FAZENDO...”, “MEU MAIOR PRESENTE SERIA...”, “SER SAUDÁVEL SIGNIFICA...”. Isso, além de deixar o ambiente descontraído, pelo clima de “brincadeira”, acabou por motivar a manifestação de sentimentos “adormecidos”, desejos não realizados e, ao final, já nos comportávamos como velhos amigos.

A partir daí, não foi mais necessário que eu trabalhasse com algum tipo de motivação. O próprio grupo se manifestava, discutia e eu procurava interferir o mínimo possível.

Foram realizadas sete reuniões com uma média de quatro a seis participantes, no período de agosto a outubro de 1999. No total, dez pessoas participaram do grupo, sendo três do sexo masculino e sete do sexo feminino. Dos membros do sexo masculino, dois estavam aposentados, um por tempo de serviço e outro por invalidez, devido ao problema cardíaco. O terceiro havia perdido o emprego quando iniciaram os problemas de saúde e, na ocasião, trabalhava por conta própria fazendo fretes com um caminhão de sua propriedade. Dentre as mulheres, uma vendia roupas em casa para ajudar no orçamento doméstico e nenhuma das outras exercia ou havia exercido atividade remunerada, restringindo-se aos afazeres do lar. Os diagnósticos médicos foram Miocardiopatia Chagásica, Hipertensão Arterial, Miocardiopatia Hipertrófica e Insuficiência Coronariana. A idade variou de 46 a 72 anos. A média de participação foi de cinco a uma reunião. As reuniões eram realizadas semanalmente entretanto, em duas ocasiões, liguei para a casa de todos desmarcando, devido a problemas particulares.

Em muitos momentos minha preocupação concentrou-se no número de participantes, pois de alguma forma, no meu entender, isso refletia a aceitação do meu trabalho. Entretanto, depois de algum tempo, ao observar a participação de cada um e o fato de que os mesmos estavam sempre presentes, minha ansiedade diminuiu e comecei a acreditar mais na minha proposta e no interesse deles por ela.

No início de outubro, devido à entrega do relatório da prática assistencial, decidi interromper as reuniões provisoriamente, até que pudesse retomá-las sem interrupções. Decidi que o trabalho, cuja finalidade era atender a exigência da Prática Assistencial, teria continuidade em outra ocasião, fato que comuniquei a todos os membros do grupo, tendo em vista minha responsabilidade ética frente a essas pessoas.

Na realidade, minhas preocupações começaram durante as visitas domiciliares, quando deixei claro que a participação do cliente no trabalho era inteiramente voluntária. Também atentei-me para o fato de que eles não deveriam me confundir com a UBS ou um serviço dela. Além disso, os clientes deveriam estar seguros de que não haveria prejuízo da assistência recebida na UBS, caso não concordasse em participar do meu projeto. No primeiro encontro, novamente esclareci a proposta, até mesmo porque alguns presentes não tinham sido visitados por mim. Tive o cuidado, também, de informar que a participação no grupo não geraria direitos a consulta sem agendamento ou atenção especial por parte da equipe médica. Iríamos respeitar a rotina da UBS, o que realmente aconteceu. Após esses esclarecimentos, orientei-os sobre a necessidade do consentimento deles por escrito. Os consentimentos foram registrados em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos clientes (Anexo 3). A cada reunião, com a participação de um novo membro, novamente fazia essas considerações e registrava o consentimento.

Entretanto, considero que algumas situações envolvem aspectos éticos mais relevantes que o simples fato de se ter uma declaração assinada ou uma autorização por escrito. São momentos em que deve-se respeitar a vontade do indivíduo em não participar, ou simplesmente facilitar, escutar, dar suporte — tudo isso é ético!

5 REFLETINDO E INTERPRETANDO O VIVIDO

*O que realmente precisamos é do direito
de acertar e do direito de errar.*

BOB MARLEY

Descrever e analisar o que foi vivido nesta trajetória constitui-se em um desafio ainda maior que a própria condução do processo. Certamente, muitos aspectos poderão deixar de ser considerados devido a complexidade dos fatos e relações vivenciados. A análise passa a ter somente a minha leitura e por isso, com certeza, minhas crenças, suposições e até, por que não dizer, meus preconceitos estarão presentes neste momento. A tendência é a de valorizar alguns aspectos em detrimento de outros que poderiam ser considerados importantes para um outro observador.

Por isso, o contido neste capítulo é, antes de tudo, uma reflexão pessoal sobre o que já foi descrito de maneira objetiva anteriormente. Acho importante lembrar que, mais que analisar as interfaces de um grupo propriamente dito, minha intenção inicial era o desafio de conseguir constituir um grupo com uma clientela até então nunca envolvida nesse tipo de prática. Este aspecto torna-se relevante quando se leva em conta o fato de que o processo de formação do grupo consumiu mais tempo e energia que a própria condução do mesmo. Tal

processo é bastante trabalhoso e demorado. O fato de conseguir reunir um determinado número de pessoas não significa necessariamente ter formado um grupo. Deve existir uma inter-relação entre seus membros para que possa ser considerado um grupo.

De acordo com GAHAGAN (1976, p. 82) *...um conjunto de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de uma forma sistemática, para um determinado fim.* Acredito que o tempo de convivência não foi suficiente para que isto acontecesse. Além disso, como já mencionei, o fato dessa clientela nunca ter participado de experiência semelhante, tornou-a ainda mais reticente quanto aos objetivos da mesma.

Para que o leitor possa compreender melhor estas reflexões, neste capítulo pretendo abordar em um primeiro momento, as variáveis que considero terem dificultado ou até mesmo impedido efetivamente a formação do grupo e que também emergiram como temas entre os participantes. Essas variáveis foram agrupadas em: **POLÍTICA DE SAÚDE; VERTICALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE; CULTURA DE CUIDADO VIGENTE e ASSIMILAÇÃO, POR PARTE DOS CLIENTES, DOS VALORES VIGENTES REFERENTES AO CUIDADO.**

Em um segundo momento, procuro relacionar os temas emergentes no grupo, ou seja, situações, sentimentos e atitudes mais freqüentemente citados e que considerei caracterizarem, de um certo modo, o perfil de seus membros. Estes temas foram: **A TEMPORALIDADE DA DOENÇA; A DESCOBERTA DO OUTRO e ORGANIZANDO-SE PARA VIVER MELHOR.**

A análise inclui, também, a minha participação no processo durante o qual deram-se encontros e desencontros que me permitiram refletir sobre o meu papel como profissional da saúde. Através dela, é ainda possível identificar o quanto há para ser refletido, aprofundado e aprendido por mim e pelos demais profissionais da enfermagem, para que, não somente grupos de convivência, como também outras práticas de cuidado ao cardiopata possam ser desenvolvidas.

Como subsídios para esta análise, foram utilizadas todas as anotações do diário de campo e as transcrições das gravações das reuniões. Todos os dados obtidos foram analisados e serão apresentados de forma descritiva.

5.1 A FORMAÇÃO DO GRUPO

Quando imaginei a formação de grupos com cardiopatas, enumerei uma série de possíveis dificuldades que poderia encontrar, todas elas relacionadas à condução do grupo, ou seja, ao meu papel de líder ou facilitador. Por nunca ter trabalhado com grupos e até mesmo por estar iniciando minhas leituras nesta área, concentrei expectativas e esforços na minha preparação para a condução do grupo.

No entanto, no processo de formação do grupo deparei-me com algumas situações que me levaram a refletir mais profundamente sobre o atual cenário da saúde no país. Em todos os lugares em que desenvolvi meu trabalho, vivenciei situações das quais pude tirar algumas lições que certamente me auxiliaram a melhor compreender a problemática do cardiopata frente à sua situação de saúde, bem como o contexto da política de saúde à qual está sujeito. Considero que algumas variáveis estão diretamente ligadas ao sucesso no desenvolvimento de algumas práticas de cuidado, dentre as quais, os grupos de convivência. Especificamente para a formação do grupo com os cardiopatas, identifiquei quatro variáveis que passo a descrever a partir de agora.

5.1.1 POLÍTICA DE SAÚDE

O fato de encontrar um número reduzido de clientes cardiopatas em um hospital de grande porte, especializado em cardiologia, serviu de alerta para uma

situação sobre a qual eu ainda não havia refletido. Não acredito que os cardiopatas estejam se cuidando melhor, portanto descompensando-se menos e, conseqüentemente internando-se menos. Penso que esta situação deve-se ao fato de que a política adotada por esse hospital é a de restringir ao máximo as internações pelo SUS, ampliando o número de vagas para convênios e particulares. Na verdade, eu já havia tido contato com essa situação quando atuava como enfermeira nesse mesmo hospital, em um setor específico para cardiopatas mas, naquela ocasião, eu não dispunha das “lentes” que tinha nessa segunda vez e que me proporcionaram uma nova leitura daquela realidade.

Essa realidade reflete o cenário nacional do atendimento à saúde por parte do SUS. Diariamente, defrontamo-nos com ela, seja pelos jornais, TV, ou “ao vivo” nos nossos ambientes de trabalho. O governo federal muda o ministro da saúde, o Congresso aprova leis para reger os contratos dos planos de saúde, mas nada se altera no campo social que é onde se situa o problema da saúde no país. Nossa situação de saúde é também um reflexo das condições sociais da nossa população, ou seja, quanto mais pobre, pior a situação de saúde do indivíduo. Evidentemente, o contexto social é apenas uma variável do processo saúde-doença, portanto não podemos analisá-lo apenas sob a ótica social, mas por outro lado, o que observamos atualmente é um descaso com o atendimento à saúde da população seja a nível primário ou terciário.

Segundo COHN & ELIAS (1999), dados do Banco Mundial revelam que os gastos mundiais em serviços de saúde equivalem a cerca de 8% do total do Produto Mundial, entretanto, apenas 10% desse montante correspondem ao gasto de países de renda *per capita* média e baixa, dentre os quais se inclui o Brasil. Os países com economia de mercado consolidada concentram apenas 15% da população mundial e respondem por 87% do gasto mundial em saúde. Traduzidos em cifras, esses números correspondem a 1.860 dólares por pessoa para os países desenvolvidos e 41 dólares para os em desenvolvimento. Existem, ainda, diversos outros problemas, comuns a todos os Sistemas de Saúde,

independentemente desse padrão dispar de gastos, como: desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal; explosão dos custos, decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias e certas modalidades de seguro saúde. Nos países de renda média e baixa, e particularmente no Brasil, acrescentam-se outros aspectos a esta lista, tais como a insuficiência de recursos financeiros para a saúde, as iniquidades das ações e serviços de saúde, e as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano da saúde.

O processo saúde-doença, assim como as ações preventivas e curativas, na realidade guiam-se pela ideologia dominante, nos contextos social, político, econômico e cultural das várias épocas da história do homem (REZENDE, 1989).

Em vista disso, devemos considerar que os hospitais, apesar do convênio com o SUS, são empresas que atuam em um sistema econômico neoliberal que coloca o lucro como princípio e fim de suas estratégias. Para tanto, agem como qualquer empresa que prioriza o cliente que dá mais lucro, ou seja, os convênios com cooperativas de saúde e os atendimentos particulares.

A população, por sua vez, principalmente a de classe média, esforça-se para pagar um plano de saúde para garantir o atendimento básico, o que nem sempre é possível em virtude das restrições do mesmo. Aos demais, não resta outra alternativa senão enfrentar o Sistema Único de Saúde.

Nesta trajetória, pude observar toda a problemática para se conseguir uma consulta com especialista, além das dificuldades que surgem no decorrer deste processo.

Durante o pouco tempo que permaneci no balcão do ambulatório, ouvi muitas histórias: histórias de vida, de doença, de descaso, de revolta. Não precisei de muito esforço para compreender o que sentiam as pessoas que passavam por aquele balcão. Minha vida profissional foi sempre pautada pelo respeito à história de vida de cada pessoa que era cuidada por mim e pela minha

equipe. Inúmeras vezes precisei repetir para algum membro da equipe: “Coloque-se no lugar do cliente!”, ou então: “Imagine se fosse o seu pai ou sua mãe que estivesse aí!”. Naquele momento, de uma certa forma, eu estava me colocando no lugar de cada um daqueles que passavam por ali. Posso dizer que sofri um pouco com eles, revoltei-me igualmente e junto com seus relatos, fica registrada também a minha indignação com nosso sistema de saúde.

Uma senhora, acompanhada pelo marido, ao chegar ao balcão, foi informada pelo atendente que o médico não iria naquele dia pois estava em cirurgia, e que a consulta seria realizada dentro de 20 dias. Como eu conhecia o médico, sabia que ele não era cirurgião e que, provavelmente, aquela informação era apenas uma desculpa dada pelo atendente. A senhora, que parecia ser bastante esclarecida, argumentou:

Meu filho, uma cirurgia não pode demorar o dia todo, além disso marquei esta consulta há 4 meses atrás, levantei-me às 5 horas, estou sem café, tomei ônibus, esperei na fila, para você me dar uma desculpa dessas! [...] Isso não é justo!

O atendente, meio desconcertado, insistiu na desculpa, remarcou a consulta e, acostumado “ao sistema”, continuou sua mais rotineira tarefa de preencher fichas. A senhora, por sua vez, não podendo “lutar contra o sistema”, foi embora tendo que esperar mais vinte dias.

A ética que permeia as relações entre os profissionais da área da saúde e os usuários do sistema torna-se, a cada dia, mais destituída de valores ou moral. Entendo por moral, o agir respaldado pela ética, que é algo intrínseco às pessoas, constituído de valores que se constróem ao longo dos anos, dentro de uma sociedade bem estruturada, onde o cuidado com o outro é um resultante natural.

BOFF (1999, p. 33), ao analisar a ética do cuidado, afirma que

... o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é muito mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Esta afirmação encontra em POLAK (1997a) uma outra linguagem para quem cuidado é respeito.

No contato com os cardiopatas do grupo, novas situações de descaso foram se mostrando. Um senhor do grupo, de 72 anos, referindo-se ao tratamento médico dispensado pelo SUS, verbaliza uma situação ocorrida com ele:

Que nem por exemplo quando eu fui lá no INAMPS (Centro Regional de Especialidades), que eles nem olham direito prá gente [...] eu chegava lá e o médico nem me deixava falar direito e já dizia que era velhice...

Uma senhora do grupo, hipertensa e com miocardiosclerose, residente há pouco tempo no bairro, me relata sua dificuldade para conseguir uma consulta:

Conhecia o posto porque eu vim trazer meus papéis lá do meu bairro aqui, prá eu se tratar né, aí eu já peguei o cartãozinho, só que eu não consultei, inclusive eu tô aqui com uma guia pro cardiologista, eu consultei com um cardiologista no dia 18/06 (estamos no dia 04/08) e o médico pediu pra eu voltar com dois meses, que eu não tava bem quando eu fui lá, só que eu não consegui, fui lá marcar hoje e só prá começo de outubro.

Segundo COHN (1999), o país apresenta hoje um gigantesco e oneroso aparato institucional voltado para as políticas sociais, que tem como traços

fundamentais a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante. Como agravante, além de sua ineficácia, traduzida, por exemplo, pela falta de acesso da população carente e pobre a determinados bens e serviços essenciais, esse emaranhado dos programas sociais leva a um profundo descrédito quanto à competência do Estado no setor.

Se, por um lado, existe a política de restringir o número de internações pelo SUS, por outro, não se vê um programa efetivo de acompanhamento da clientela desse Sistema a nível primário. O atendimento é centrado na consulta médica que, por sua vez, restringe-se ao tratamento medicamentoso. As orientações, quando realizadas, referem-se aos aspectos gerais e à importância do uso do medicamento. Isso acaba por estimular a dependência do cliente ao médico, onerando ainda mais o sistema.

Acredito que existam excessões e iniciativas inovadoras por parte de muitos profissionais, entretanto, observa-se que muitos profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro, permanecem omissos, como se realmente a responsabilidade exclusiva pela clientela fosse apenas do médico. As atuações, quando existentes, não consideram o cliente como um ser individual, histórico, com anseios e necessidades específicas, mas pautam-se em rotinas pré-estabelecidas. É a chamada verticalização das ações de saúde.

5.1.2 VERTICALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

As ações de saúde sempre foram centradas no atendimento médico. FOUCAULT (1998) procura explicar o nascimento desse mito ao comparar o médico ao clero. Ambos imbuídos de poderes semelhantes: um sobre o corpo, o outro sobre a alma. A eles cabem a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos.

Tal “divinização” do médico é endossada pela sociedade, que o considera o detentor do saber. FOUCAULT *apud* POLAK (1997a, p. 62)

... vê a ciência médica como conexão fundamental do saber, entre a disciplina dos corpos individuais, efetuada pelos profissionais de saúde, e a regulação das populações. Essa sociedade disciplinada compreende o controle das pessoas pela medicalização dos corpos, que ficam simultaneamente sob a ótica do Estado, da religião e da família.

O reforço desse mito passa também pela própria origem da enfermagem. Nascida em “berço pobre”, mal vista devido às suas primeiras representantes, consolidou a hegemonia médica na atenção à saúde, posicionando-se como profissão paramédica. A alteração de tais valores tem sido aos poucos resgatada através da consolidação da profissão como ciência. Entretanto, esses novos valores são mais difíceis de serem assimilados pela sociedade.

O sistema de atendimento centrado no médico traz como consequência a biologização do processo de cura. A ciência médica fundamenta-se na relação fisiológico/patológico para estabelecer o que seja saúde/doença.

Na atualidade, verifica-se a tendência em simplificar a relação entre o normal e o patológico e, ainda, a utopia no que se refere à crença de que todas as doenças podem ser conhecidas mediante a tecnologia de ponta e tratadas pela farmacodinâmica (POLAK 1997a, p. 68).

Esta postura, como já foi mencionado, além de criar a dependência do cliente ao tratamento médico, dificulta a aceitação por parte do mesmo de outras abordagens que o auxiliem no seu processo de conhecer-se e auto-cuidar-se, aumentando as chances de danos e limitações decorrentes, principalmente, das doenças crônicas.

Apesar de ter consciência dessa realidade, nesta trajetória, também atuei de forma “vertical”. Um exemplo disso é o fato de que não refleti sobre as consequências de ter proposto que as reuniões do grupo fossem realizadas na

Clínica do CESULON. Na minha concepção, era o local ideal, projetado para tal finalidade e eu estava oferecendo as condições necessárias para que o cliente fosse até lá (endereço, linha do ônibus, passe, etc.). Só não considerei o fato de que estaria tirando o indivíduo do seu "locus" social, sua casa, seu bairro, sua rua, a UBS que frequenta e na qual confia para encaminhar suas questões de saúde. Deslocar-se para a Clínica seria iniciar um novo processo de enfrentamento para o qual talvez ele não estivesse preparado.

Pude, também, perceber a importância de se estudar minuciosamente uma estratégia antes de colocá-la em prática. Teria economizado muito tempo e energia gastos nas duas outras tentativas se tivesse considerado, desde o princípio, as necessidades específicas do cliente, indo buscá-las junto a ele, conforme preconizado por Paulo Freire. Apesar disso, acredito que nada foi em vão pois, afinal, como já descrevi, as experiências vão somando-se e fazendo crescer e amadurecer o trabalho.

Uma proposta de educação em saúde deve respeitar o usuário no que se refere à livre aceitação desse processo. RINEHART et al. *apud* FIGUEIROA (1997) chamam a atenção para o fato de que *...nem todas as pessoas estão interessadas nas necessidades de sua própria saúde. [...] O cliente, portanto, deveria ser cuidadosamente avaliado, de acordo com seus próprios valores e aprovação, para ser responsável por eles mesmos.* Apesar de estar consciente dessa condição, como já mencionei anteriormente, e ter como meta atitudes não impostas, mas que partissem dos membros do grupo, a ansiedade sobressaiu-se à razão e iniciei minha "trilha" pelo acesso mais difícil, ou seja, não considerei a livre vontade de cada um.

Por outro lado, as visitas domiciliares foram para mim, talvez, o momento mais importante deste trabalho, pelo fato de me colocarem em contato com a realidade mais íntima do meu cliente. Até então, eu o conhecia em várias situações, mas nenhuma comparada a esta, onde ele se apresenta tal como é: oferece-me o café e o bolo que ele não tem como negar que come, mostra todos

os remédios e diz que naquele mês não sobrou dinheiro para “o da circulação”, além de outras atitudes que não podem ser mencionadas aqui, mas que foram percebidas e vividas de maneira muito intensa por mim.

Em algumas casas, antes de me apresentar, e diante do olhar de interrogação não só do cliente, como também de algum outro membro da família, eu mesma me surpreendia com o fato de estar ali porque, na verdade, esse fato era algo muito difícil de ser imaginado tempos atrás. Lembrava da minha situação alguns anos antes, completamente envolvida por um outro “fazer enfermagem”. Foram muitos os momentos de reflexão, de repensar minha prática profissional. Confesso que muitas vezes pensei em voltar atrás. É bastante difícil, até mesmo desafiador, este lançar-se em algo tão diferente da sua realidade. Um enfermeiro, com uma trajetória em saúde pública, consideraria tal situação natural, mas este não era propriamente o caso. Isso fez-me refletir um pouco mais sobre a cultura de cuidado vigente.

5.1.3 CULTURA DE CUIDADO VIGENTE

A enfermagem reproduz o modelo vigente de cuidado, ou seja, atua colaborando no processo de cura da doença, desvalorizando situações específicas de cada indivíduo. Segundo LOYOLA (1987, p. 18)

...ao executar as atividades, a enfermeira reproduz o saber médico [...] e age como repressora, em nome dele, se constituindo, mesmo inconscientemente, na própria instituição, exercendo o poder real de toda a engrenagem.

As ações de enfermagem baseiam-se, quase que invariavelmente, em atos, técnicas propriamente ditas, ritos de cuidado despojados da participação do cliente. O auto-cuidado não é estimulado, ensinado pelo enfermeiro, nem absorvido pelo cliente. As orientações, quando realizadas, não levam em conta o

indivíduo, a pessoa, mas o “paciente” que deve tomar determinada medicação em determinado horário (mesmo que não tenha dinheiro para comprar — afinal isso não é um problema do enfermeiro!), além de verificar a pressão duas vezes por dia na Unidade Básica de Saúde do seu bairro (mesmo que ela fique a oito quarteirões, em subida bastante íngreme, e que, ao chegar lá, o indivíduo esteja extremamente dispnéico e hipertenso pelo esforço realizado — o enfermeiro também não tem obrigação de saber isso!), ou seja, ao agir dessa maneira, o profissional de enfermagem comporta-se como uma peça do sistema. Se o sistema vai mal, a culpa não é dele, afinal ele só é mais um no sistema.

O enfermeiro ainda não atentou-se — também não foi formado para tal — que no cenário da atenção à saúde, os procedimentos, os rituais, o processo de trabalho, não são neutros, como não o são os atos humanos; antes, são permeados por questões morais, políticas e sociais. Qualquer ato, preventivo ou curativo, não visa apenas a saúde, a cura, mas almeja um corpo produtivo e a estabilidade do corpo político. *Todas as práticas institucionalizadas são vetores do poder; tecnologias do poder sobre o corpo, o que é chamado por Foucault de tecnologia da alma, da qual médicos, enfermeiras e nutricionistas são instrumentos* (POLAK, 1997a, p. 73).

A busca da competência técnica apenas como fonte de prestígio é uma via sem saída, porquanto somente complementa o ato médico, através da objetivação do sujeito; o referencial da saúde-doença como processo decorrente de inúmeros fatores exige que o profissional da enfermagem leve em conta aspectos que estão para além dos biológicos. O papel desse profissional seria o de cuidar das pessoas durante sua experiência de estar doente, ou para que não venham a sê-lo. Os enfermeiros desenvolvem um saber que é diferente daquele do médico; este conhecimento tem relação com a qualidade de vida, com a maneira de administrar a doença, e com os problemas daí decorrentes. O papel de informar, explicar, facilitar a aprendizagem vem a ser primordial (YONGERT *apud* WENDHAUSEN, 1997).

Pude refletir sobre esses aspectos, durante este estudo, ao deparar-me com a falta de consistência do cuidado prestado ao cardiopata nas instituições onde convivi com o cotidiano da clientela. Não há um trabalho específico da enfermagem em nenhuma delas, a não ser o “tradicional”. No hospital, a assistência resume-se às ações executadas pelos auxiliares, mediante o planejamento do enfermeiro. Entretanto, essas ações são voltadas para o atendimento das necessidades físicas, ou seja, cuidados de higiene, curativos, verificação dos sinais vitais, realização de exames, entre outras.

Esse tipo de cuidar/assistir reforça a idéia de que cuidar é fazer algo, no sentido de intervenção ou procedimento de enfermagem, fruto talvez, do tipo de formação desses profissionais pelas nossas escolas, onde é ensinado que cuidado de enfermagem, assistência de enfermagem, intervenções de enfermagem designam ações, procedimentos a serem efetuados junto ao cliente. WALDOW (1998b) considera que o ensino do processo de enfermagem como uma atividade exclusiva do enfermeiro limita a assistência, pois ela apenas determinará os cuidados de enfermagem que serão executados por técnicos e auxiliares, uma vez que a maioria das instituições não tem enfermeiros suficientes para a elaboração do processo de enfermagem.

No ambulatório, a situação é até mais grave, pois não há qualquer tipo de relação enfermeiro-cliente, já que o enfermeiro executa apenas atividades administrativas. Há que se considerar a dimensão física e de atendimento do local para um número exíguo de profissionais que se limitam aos clientes do Pronto-Atendimento. Na Unidade Básica de Saúde, considerando a ausência de um programa específico para cardiopatas, o atendimento de enfermagem constitui-se de pré e pós consulta realizada por auxiliares de enfermagem.

Minhas atitudes no grupo novamente não se deram exatamente de maneira ideal. Apesar de concentrar esforços e estudos na formação e condução de grupos como uma alternativa de cuidado, a “falta de prática”, reforçada por uma formação e atuação totalmente voltada para o aspecto curativo, me fez “tropeçar” em alguns momentos na condução do grupo. Em determinadas

situações, me flagrei conduzindo as discussões, sem deixar que o próprio grupo se manifestasse. A angústia do silêncio incomodava-me e, impulsivamente, lançava questionamentos ou inseria alguém na conversa.

TOMASI (1996), em trabalho realizado com grupos de convivência com hipertensos, faz referência ao "explorar terapeuticamente" o silêncio, ou seja, ele só deve ser quebrado caso esteja causando tensão ou sofrimento. Na realidade, eu percebia a tensão e ela me causava um certo desconforto, por isso, em diversas situações, não agi terapeuticamente.

Outro "deslize" de minha parte se deu com relação ao próprio aspecto educativo. Sinto que priorizei condutas tidas como desejáveis, ou seja, alimentação saudável, fazer caminhadas, o uso correto de medicamentos entre outras. Incorporei o modelo vigente de cuidado, aquele que valoriza o processo de cura da doença, e não encontrei eco no grupo, pois a cada "recomendação" minha surgiam manifestações de rejeição, de revolta com sua condição de saúde, além de não os convencer da importância de um estilo de vida saudável. Um senhor de 46 anos, o mais jovem e brincalhão do grupo, portador de miocardiopatia chagásica, interpelando uma senhora que dizia fumar há muitos anos, disse: *Tá certo que é recomendado não fumar, mas eu nunca fumei um cigarro na minha vida e tenho problema de coração!* É como se nas entrelinhas eu pudesse ler a sua revolta por ter adotado um estilo de vida saudável, e mesmo assim ter sido acometido por uma doença sem cura. Permaneci em silêncio, quando deveria ter valorizado as vantagens de não fumar.

Apesar dos desencontros, dos deslizes, nem tudo foi em vão. Antes, passaram a ser motivo de uma reflexão crítica sobre a minha prática como cuidadora e como educadora. Paulo Freire comenta que: *Na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática* (FREIRE, 1996, p. 43).

Esta reflexão serviu para me conscientizar do fato de que tomar uma

decisão para agir requer certo “tonus” vital, energia, impulso para a vida, assim como uma boa dose de agressividade. Aprendizagem implica em mudança e mudança requer que se esteja decidido para tal, e se o que se deseja são mudanças comportamentais em relação à saúde, deve-se considerar os sentimentos do ser humano, mesmo nos comportamentos cognitivos (REZENDE, 1989). Por isso é necessário que se considere a assimilação, por parte dos clientes, dos valores vigentes referentes aos cuidados.

5.1.4 ASSIMILAÇÃO, POR PARTE DOS CLIENTES, DOS VALORES VIGENTES REFERENTES AO CUIDADO

O cliente, em todo esse processo, comporta-se, muitas vezes, passivamente como um receptor das ações, objeto de um fazer mecânico e rotineiro. Não discute seus desejos, dúvidas e apreensões, afinal, quem é ele dentro do sistema? Ele é o que não sabe, e por isso deve aceitar as ações daqueles que sabem. Deve sentir-se agradecido por estar sendo tão “bem cuidado”.

Na realidade, ele é apenas o fruto de uma cultura, de uma educação. O doente não se sente responsável pelo seu processo saúde-doença, pois desconhece a importância do seu corpo e de uma tomada de decisão consciente. Também desconhece o trabalho de outros profissionais, pois o “status” social do médico prevalece e a ele entrega seu corpo, sua doença. Muitas vezes, a participação em grupos justifica-se pela consulta médica e pelo medicamento a ser fornecido gratuitamente. Ouvir seus pares não é importante, importante é ouvir o médico, pois ele detém o saber.

Para FREIRE (1978), a maior tragédia do homem está em ser dominado pela força dos mitos, comandado pela publicidade organizada, ideológica ou não, que o faz renunciar, sem o saber, à sua capacidade de decidir.

A visão de doença por parte da clientela, também contribui para essa acomodação e alienação. Muitos imaginam-se — e realmente assim se sentem — condenados a um viver de sofrimento, sem perspectiva, sem alternativa. Os portadores de doença crônica, principalmente, adotam essa postura fatalista, que de certa maneira reforça a necessidade de cuidado, ao mesmo tempo que os coloca em posição de vítimas, para quem todas as atenções devem estar voltadas, especialmente por parte da família. Muitas vezes, não é interessante um viver saudável.

Em estudo realizado com a população adulta da Grande Curitiba, POLAK & JOUCLAS (1997) mostraram, através das falas dos adultos, que doença implica estar incapacitado e dependente de auxílio médico ou de terceiros, reiterando a concepção de doença como falta de capacidade do indivíduo de funcionar física, mental ou socialmente.

Assim também as medidas curativas gozam de mais prestígio que as preventivas perante a comunidade, e os profissionais executores de medidas curativas são mais considerados pelos clientes. Não se observam manifestações de reconhecimento nas orientações sanitárias ou campanhas de vacinações (REZENDE, 1989).

Para COHN et al. (1999), os movimentos populares de saúde, quando existentes, colaboram para a manutenção do estado vigente, com reivindicações de mais médicos, mais leitos hospitalares, entre outras medidas de caráter curativo. A perspectiva da construção da cidadania, a partir das solicitações concretas dos segmentos mais favorecidos da sociedade, supõe a formação de uma pauta de reivindicações que seja passível de universalização. Por seu intermédio, supera-se a demanda fragmentada por serviços e caminha-se em direção à afirmação de direitos. Isso significa a exigência de uma nova perspectiva: de meros clientes das políticas sociais para sujeitos desse processo

Poderia resumir — se é que isso é possível — dizendo que a postura do cliente é, antes de tudo, fruto da ausência de educação para o cuidado, resultado

da falta de conscientização de sua cidadania, dos seus direitos e deveres para consigo mesmo, o que é confirmado por PATRÍCIO (1992) quando salienta a importância dos cuidados desenvolvidos com a intencionalidade de promover a cidadania. Estes podem ser considerados como formas de “alfabetizar” para a saúde, ajudando o indivíduo a desenvolver-se enquanto ator, sujeito participante no seu processo saúde-doença.

5.2 TEMAS EMERGENTES

Vários temas, mais ou menos constantes, emergiram dos participantes do grupo durante o período de convivência. Não foram formulados por mim — tendência natural em qualquer programa de educação em saúde — mas partiram do universo daquelas pessoas, sua situação existencial e concreta, principalmente no que se refere ao contexto saúde-doença.

Para FREIRE (1987) é somente a partir da realidade do indivíduo, refletindo o conjunto de suas aspirações, que podemos organizar nosso conteúdo. A sua condição atual em contraposição aos seus anseios deve ser apresentada como um problema, um desafio que exige resposta. Não podemos, jamais, dissertar ou doar conteúdos que pouco ou nada tenham a ver com seus anseios, com as suas dúvidas, com suas esperanças, com seus temores.

Os temas, na realidade, refletem a situação de mundo vivida pelo doente crônico e passam pelas preocupações, ansiedades, estresse, dieta, medicamentos, entre outras situações, que fazem parte de seu cotidiano. Entretanto, no processo de grupo, pelo próprio fato de terem sido relacionados pelo mesmo e não impostos como “tema do dia” para discussão, foram discutidos de outra forma, e por isso também, procurei categorizá-los sob outro prisma, que contemplasse a subjetividade presente em cada um deles. Relacionar apenas três não significa que desconsidere outros ou priorizei os mesmos, mas sob a

minha ótica de observador, estes conseguem exprimir melhor a situação concreta daquelas pessoas.

5.2.1 A TEMPORALIDADE DA DOENÇA

Todos sabemos que nossa situação corporal neste mundo é temporária, independentemente de credos ou religiões. O sentimento de finitude nos acompanha ao longo da vida, fazendo-nos adotar um estilo de vida compatível com aquilo que se acredita ser a sua passagem por esta vida. Desse modo, sem saber em que momento teremos terminado nossa jornada encarnada em um corpo físico, procuramos viver de acordo com aquilo que acreditamos ser o melhor para nós, na medida do possível, uma vez que adotar um estilo de vida saudável nem sempre é compatível com a realidade social e econômica de cada um.

Para FREIRE (1978) as relações estabelecidas “no” mundo “com” o mundo apresentam características de pluralidade, de transcendência, de criticidade, de consequência e de temporalidade. No ato de discernir, porque existe e não só vive, o homem encontra a raiz da descoberta de sua temporalidade, que ele começa a fazer precisamente quando, varando o tempo, de certa forma então unidimensional, atinge o ontem, reconhece o hoje e descobre o amanhã.

Para o portador de doença crônica, a temporalidade é algo muito presente e, na maioria das vezes, rege seus sentimentos e atitudes. A partir do diagnóstico ou da conscientização do mesmo, esse indivíduo inicia um processo de redefinição de identidade, no qual o tempo passa a ter um significado ainda maior. O ontem passa a significar não só aquilo que foi, um passado, mas uma referência para o presente, aquilo que poderia ter sido. Um membro do grupo me relata o início da doença como um marco em sua vida. Apesar da esperança de melhora com o tratamento, a falta do emprego é que passou a condicionar o seu

futuro:

... Trabalhei normalmente por uns seis meses e depois me deu a pressão alta [...] Daí eu vim na doutora e ela me trocou os remédios todos e eu continuei, pensei vai melhorar. Daí, negócio de uns dois meses pra cá é que... (silêncio). Quando a firma descobriu que eu tinha pressão alta, me mandou embora, né! (rindo) Ai, eu comprei um caminhão e tô trabalhando por conta. Volta e meia eu viajo, né. Só que aqui perto, porque o caminhãozinho é pequeno, eu tenho que levar a mulher junto, porque se acontece alguma coisa ...

Desconsiderar sua situação de saúde também é uma maneira de sublimar o tempo presente, de tentar se convencer que hoje continua como ontem, que nada mudou, apesar da sua condição atual. Uma senhora do grupo gostava de repetir que era a única daquelas pessoas que já havia se submetido a cirurgia cardíaca. Era também a sua maneira de se fazer aceita pelos outros e ao mesmo tempo fazer-se saudável, "não-doente".

... às vezes tá melhor, às vezes tá pior, às vezes tá mais ruim, tá trabalhando, vendendo roupa, tá fazendo de tudo, lavando roupa... Hoje eu lavei um tanque de roupa. Minha filha fala: Mãe, mãe, pelo amor de Deus, você quer morrer mesmo, né? E eu falo: Não sei porque!

REZENDE (1989) analisa muito bem este sentimento ao descrever a pressão social que se interpõe entre o perceber-se doente e o considerar-se como tal. A sociedade estimula pessoas sadias e produtivas. Assumir o papel de doente é sair da engrenagem social, segregar-se, parar de produzir, passar a consumir, exigir cuidados especiais, onerar um orçamento familiar, afastar-se das atividades usuais e distanciar-se da família e dos amigos. Assumir, então, o papel de doente, é renunciar, mesmo que transitoriamente, ao desempenho de seu papel social.

Muitas vezes é preciso também “desculpar-se” pela sua doença, já que nos dias atuais, a doença é vista como resultante de processos autodestrutivos, de estilos de vida insalubres, de agentes externos ao organismo, como tristeza, dependência e dos sentimentos oriundos dessa situação (POLAK, 1997a). Para essas pessoas, mesmo que inconscientemente, é proibido sentir “pena” de si mesmo, como demonstra a seguinte fala:

Eu tô aqui porquê ontem, graças a Deus, a Andréia foi lá em casa, né porquê as vezes a gente tem esses problemas de saúde, falta de [...] a gente se isola, né? Fala não tem jeito né! A gente se entrega [...], fala assim: Ah, eu vou morrer. Não, é algum problema, às vezes psicológico. Não pode deixar, não, a gente tem que ajudar tomando o remédio, mas não ficá se culpando, porquê geralmente, é mais psicológico mesmo, e a gente morre mesmo.

A marca da temporalidade se faz presente, também, ao tentar entender porque, em um passado não muito distante, podia-se viver mais e melhor. Não chega a ser uma não aceitação, mas uma tentativa de imaginar como poderia ser diferente, por isso citar casos de pessoas que viveram muitos anos em outras épocas, foi bastante comum:

Eu tenho um tio meu que passou dos 100. Não usava óculos, não tinha nada. Morreu porque bateu de carro. Meu pai morreu com 75. Os filhos dele, já morreu dez.

O que mata a gente mesmo é a idade!

Outro dia eu vi na televisão um homem com 105 anos, tava lá fortão...

Outro aspecto a ser considerado na questão da temporalidade é a maneira como cada cardiopata enfrenta sua situação. Neste caminhar, também pude

perceber que apesar de vivenciarem um mesmo problema de saúde, a forma como cada um enfrenta tal situação é completamente diferente.

DIAS; TRENTINI & SILVA (1995) entendem enfrentamento como um processo através do qual a pessoa lida com situações desafiantes cotidianas, sejam elas esperadas ou inesperadas, de natureza agradável ou desagradável. As autoras, relatando estudos no assunto, dizem ser o enfrentamento um processo multidimensional e, neste caso, a vivência de uma situação pode envolver cognição, afetividade e espiritualidade.

Pude confirmar tal afirmação através do relato não só dos membros do grupo, mas também de duas cardiopatas com as quais conversei no hospital.

A primeira, uma senhora de 53 anos, há 20 hipertensa e há 10 diabética, apresentando há três anos sinais de descompensação cardíaca, relatou-me que já esteve internada por duas vezes devido a este último problema. Já participou uma vez de um grupo de diabéticos na UBS de seu bairro, onde as reuniões aconteciam em forma de palestras. Senti que ela seria extremamente importante para o grupo pela maneira com que demonstrou enfrentar sua situação de saúde. Diz ela:

Minha saúde é o bem mais precioso que eu tenho e por isso faço questão de me cuidar bem [...] já perdi muita coisa nesta vida, minha filha: pai, mãe, filhos, e não quero morrer [...] acho isso de grupo muito bom, já participei de um lá no Posto, para diabético. Tinha uma mulher lá que descobriu a diabete e queria morrer porque não ia poder comer mais [...] já pensou? Querer morrer porque não pode comer! Falei pra ela que isso era besteira, que eu já tinha há um tempão, não comia de tudo e não tinha morrido.

Registra-se aqui a percepção de saúde como valor, reforçando sua imagem como dom, algo fugaz, que deve ser cuidado, pois é o que temos de mais importante na vida (POLAK & JOUCLAS, 1997).

A outra cardiopata, de 53 anos, solteira, que há cinco anos teve diagnosticada uma valvulopatia mitral, estava no pós-operatório de sua segunda cirurgia para troca da válvula, além de apresentar uma endocardite bacteriana. Relatou-me que entre uma cirurgia e outra (três anos aproximadamente) esteve internada por várias vezes devido a descompensação. Nesta última internação, entre o pré e o pós-operatório, já estava há 50 dias no hospital. Ouviu minha proposta com atenção, porém com uma certa descrença e, neste caso, o enfrentamento da situação se dava de modo bem diferente, como se pode depreender de sua fala:

Estou traumatizada com doença! Não consigo nem olhar para o corte da cirurgia na hora do curativo. Durmo o tempo todo, para ver se o tempo passa mais rápido [...] Sinto muito, mas acho que não estou preparada para isso [...] Quando sair daqui não quero nem ouvir falar em doença.

Conforme POLAK (1997b), o tempo nasce da relação do sujeito consigo mesmo e com as outras coisas. Isto permite a verbalização de desejos, de sonhos, do vir-a-ser, já que o futuro não é uma sucessão de agoras, mas uma possibilidade de ser no mundo, e por isso é preciso que o sujeito intencionalmente esteja presente neste futuro: *Quando sair daqui, não quero nem ouvir falar em doença...*

O enfrentamento diante da situação de finitude foi algo muito presente nos relatos dos membros do grupo. Cada um entende e enfrenta sua condição de doente crônico de uma maneira bem específica. Enquanto uns se entregam, de maneira conformista, outros preferem apostar em um dia-a-dia dinâmico e feliz. Para um deles, além da doença, outro empecilho é a idade. Em vários momentos ele relatou ao grupo que sempre gostou muito de pescar, mas que agora não ia mais por se sentir doente e velho. Mesmo diante das argumentações dos demais participantes do grupo, de que ele deveria tentar retomar essa atividade pelo prazer que ela já havia lhe proporcionado, suas negativas eram veementes. Para

ele, agora era só “esperar a morte”, conforme suas próprias palavras. Outra senhora, entretanto, conta aos outros como gosta de dançar, em casa mesmo, com o rádio ligado, junto com os netos. Considera este o exercício diário para o seu coração. Para ela, ter uma doença crônica não é um problema.

A situação concreta do cardiopata passa pela marca da temporalidade e confunde-se com o seu próprio existir. O tempo não mais ajuda ou conforta, ao contrário, condiciona, determina.

O homem existe no tempo. Está dentro. Está fora. Herda. Incorpora. Modifica. Porque não está preso a um tempo reduzido a um hoje permanente que o esmaga, emerge dele. Banha-se nele. Temporaliza-se. (FREIRE, 1978, p. 41).

5.2.2 DESCOBERTA DO OUTRO

A verdade é que, tal como em outras oportunidades, na praia, continuo a não ver safenados na proporção em que a cirurgia vem sendo feita. Deduzo que as pessoas, ou se escondem porque se pensam doentes, ou não conseguem viver em paz com a sua verdade (BRITO, 1987, p. 22).

O depoimento dessa “safenada”, que resolveu contar sua experiência em livro, retrata a realidade de muitos cardiopatas atualmente, ainda que a mesma o tenha escrito há 13 anos atrás. Esconder-se, porque se pensa doente, denota a condição de exclusão em que se posicionam muitos deles na tentativa de não assumir-se improdutivo perante a sociedade. Por outro lado, muitos fazem questão de mostrar-se doentes, pois quando este papel é oficializado por um diagnóstico, é permitido que o doente fuja das normas sociais sem sofrer pressão.

Segundo REZENDE (1989), as percepções e atitudes em relação à doença variam muitíssimo. Vão desde a preocupação neurótica até o descaso

total. Incontestável, porém, é que nos diferentes comportamentos, não se observa a busca dos seus pares como alternativa de superação do problema. No encontro com os outros, muitas vezes, o que aflora são situações de supremacia da “sua” doença em relação à do outro.

Uma conversa entre os membros do grupo, quando estávamos ainda nos conhecendo exemplifica esta atitude:

D. – Ih! Eu já tenho mais de vinte (anos da doença). Quase vinte e dois.

A. – Eu também já tenho vinte. Sou mais novo de idade, mas já sofro há mais tempo quase que o sr..

Am. – Mas quem fez cirurgia aqui, só eu, né?

Entretanto — e felizmente — tais atitudes não se generalizam para uma população de pessoas que dividem uma mesma situação. Há, nas exceções, a chance de poder descobrir no outro, semelhanças saudáveis e construtivas.

A gente se conhecia, mas eu não sabia que ela tinha problema no coração.

É, todo mundo aqui é meio gordo, oh todo mundo cheinho.

O espaço do grupo de convivência pode facilitar o encontro entre os pares, na medida em que, propiciando este “mostrar-se igual”, supera-se o individualismo presente até então. O homem está no mundo e com o mundo, pois se apenas estivesse no mundo não se objetivaria a si mesmo. Objetivando, pode distinguir entre um eu e um não-eu, fazendo-o capaz de relacionar-se, de sair de si, de projetar-se nos outros, de transcender (FREIRE, 1988).

Isto me faz lembrar um episódio ocorrido no grupo, quando uma senhora quis expor uma situação delicada que viveu com o marido, quando este foi preso por porte de drogas. Já convivíamos há algum tempo e, à medida em que se estabelecia um clima de confiança mútua, ela sentiu a liberdade para falar de um assunto que até então era “proibido” para ela, conforme ela mesma disse.

Para ROGERS (1994), no ambiente de grupo observa-se progressivamente a liberdade de expressão e a redução de defesas. Desenvolve-se, a partir dessa liberdade mútua de expressar os sentimentos reais, positivos e negativos, um clima de confiança mútua, onde cada membro caminha para uma maior aceitação do seu ser global, tal como ele é, incluindo suas potencialidades. Com indivíduos menos inibidos por rigidez defensiva, a possibilidade de mudança em atitudes e comportamentos pessoais torna-se menos ameaçadora. Os indivíduos podem ouvir-se uns aos outros e aprender uns com os outros em maior escala.

Considero não ter atingido com o grupo esse estágio, como já mencionei, pelo pouco tempo que convivemos. Entretanto, foi nítida a superação da fase do “apenas nos conhecermos” e a do descobrir o outro. De início, todas as falas denunciavam este querer mostrar-se, mas sempre com reservas, e em atitudes de superioridade. À medida em que a convivência foi se consolidando, já se podia observar a busca de semelhanças, a aceitação do outro como um par.

I. – Eu tô procurando um café... Eu adoro café.

T. – Eu tomo café e ainda fumo.

A. – Eu também gosto de café, só que eu gosto com um pouco de leite, leite desnatado.

T. – Eu fiquei dez anos sem fumar um cigarro, daí eu voltei, mas o café eu nunca parei.

Ad. – Eu gosto mesmo é de cerveja, e mesmo sabendo que eu não posso, eu tomo...

Percebe-se que, no grupo, o indivíduo acaba por conhecer a si próprio, e a cada um dos outros, mais completamente do que o que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho. Toma conhecimento profundo dos outros membros e do seu eu interior, o eu que, de outro modo, tende a esconder-se por detrás de uma fachada. Este conhecimento, permite-lhe relacionar-se melhor com os outros, não só no grupo, mas também, mais tarde, nas diferentes situações da vida de todos os dias (ROGERS, 1994).

5.2.3 ORGANIZANDO-SE PARA VIVER MELHOR

À medida em que o indivíduo aceita sua situação existencial e concreta, é necessário que ele busque formas de fazer do seu dia-a-dia um viver saudável. É preciso acreditar-se normal e igual aos demais. No convívio com seus pares, este processo é facilitado pela troca de experiências positivas e também das negativas. É possível aprender, ou pelo menos aceitar-se, através da situação do outro.

No ambiente do grupo, surge uma nova perspectiva, uma possibilidade de começar a olhar a doença com outros olhos. De perguntar-se: O que realmente eu tenho? Como isso acontece? E principalmente: O que eu posso fazer para me ajudar?

A situação do indivíduo de “ser doente”, que até então lhe era apresentada por uma outra pessoa, um profissional da saúde, detentor do saber, a quem não cabiam questionamentos, passa a ser discutida entre iguais. No grupo, torna-se possível querer saber, querer conhecer mais, como aconteceu em muitos momentos durante nosso convívio:

Sabe o quê que eu queria saber? De onde ele (o coração) recebe energia prá funcionar, porque se ele é um músculo, ele necessita de uma energia para funcionar.

Tem gente que não cuida quando é jovem, quando vai ver, já... Eu não sabia que tinha pressão alta.

Agora eu nunca tive pressão alta, pode ser, não tem nada a ver o Chagas com a pressão alta?

Eu queria que você me desse mais uma atençãozinha, sobre as pessoas que tem uma veia mais grossa, o que acontece na vida da pessoa?

O simples fato de optar pelo conhecimento pode ser o ponto de partida para a busca de transformações. Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio que ela representa e procurar soluções. Assim, pode transformá-la. Uma educação que pretendesse adaptar o homem estaria matando suas possibilidades de ação. A educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem (FREIRE, 1988).

Este processo, entretanto, não é simples e automático, como ligar ou desligar um botão. É preciso desvencilhar-se de conceitos, valores e atitudes, e isso já é mais difícil, ainda mais se considerarmos o quanto há de estímulo contrário através de propagandas, de padrões de comportamento e estereótipos para se adotar determinados estilos de vida.

Uma determinada época histórica é constituída por determinados valores, com formas de ser ou de comportar-se que buscam a plenitude. Entretanto, não há transição que não implique em um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje, de modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos (FREIRE, 1988).

Estes conceitos e valores que caracterizam um estilo de vida, materializam-se naquilo que adoto como dieta, em como encaro situações de estresse, entre outras coisas. Alterar um estilo de vida pode ser considerado crítico, devido às pressões externas, aos valores, aos estereótipos, ou seja,

existe um padrão alimentar cultural, social e econômico que não permite muitas variações ou adaptações. Nesse contexto, iniciam-se as cobranças por mudanças — principalmente pelos profissionais da saúde — difíceis de serem adotadas sem culpas e sofrimento, como se pode observar em alguns depoimentos de membros do grupo:

É duro, viu? A gente deixa de comer aqueles “bifão gordo”. A gente anda direto com fome.

Outro dia eu fiz uma lasanha , que eu tava com uma vontade [...] Só que quando eu fui comer, minha filha falou que tava salgada, e eu não comi.

É, mas é duro a gente não poder comer na casa dos outros, em restaurante [...] Porque a gente não sabe como foi feito, se tem muito sal, muita gordura.

Do mesmo modo, as condições sociais e econômicas, e a própria situação de saúde, geram situações de estresse difíceis de serem controladas. ROMESÍN e GARCIA (1997) explicam que, enquanto seres vivos, existimos em dois domínios: um fisiológico, onde ocorre nossa dinâmica corporal; e outro, de relação com o meio, onde tem lugar nosso viver como a classe de seres que somos. Esses dois domínios, ainda que diferentes, se modulam mutuamente de uma maneira generativa, de modo que o que acontece em um muda de acordo com o que acontece no outro. É, no domínio da relação com o outro, na linguagem que sucede o viver humano, e é, portanto, no âmbito ou domínio da relação com o outro, que têm lugar a responsabilidade e a liberdade como formas de conviver. Porém, é ali, também, que ocorrem as emoções como modos de conduta relacionai com o outro ou ao outro, e é ali, no que é o fundo da alma humana, que residem a frustração e a revolta.

Isto, talvez, explique o mecanismo gerador do estresse que se estabelece em nossas relações com os outros, conforme se observa nesse trecho de um diálogo entre os membros do grupo:

C. – Ah! O nervoso é fácil de controlar. É só a gente não lidar com as outras pessoas.

I. – Fácil nada! A gente pode até não mexer com as outras pessoas, mas os outros mexem com a gente.

C. – É, mas eu dependo das outras pessoas. Outro dia, tinha umas peças prá arrumar e você vai atrás de um, atrás de outro, e os caras param, ficam conversando [...] Eu não agüento, aquilo ali não dá prá gente, e a minha pressão só tem que subir...

Organizar-se para viver melhor inclui mudanças emocionais e comportamentais nem sempre fáceis de se adotar. A prática educativa a ser desenvolvida com o cardiopata pressupõe portanto, em primeiro lugar, a liberdade do homem como sujeito de sua situação. A mudança deve partir dele, e se dá em um processo com ponto de partida e de chegada, que passa pela descoberta e conscientização da sua realidade existencial concreta, e não por aquilo que lhe é induzido a aceitar como ideal.

Nessa perspectiva, a prática educativa desenvolvida em grupos deixa de ser vertical e assume a postura linear, vinda dos pares, daqueles que têm “conhecimento de causa”, para juntos descobrir a melhor maneira de viver!

Poderia, neste ponto, continuar enumerando outros temas que emergiram no grupo; entretanto, ao salientar estes, acredito estar caracterizando o processo vivido pelos seus membros que, com certeza, não pode ser generalizado em relação a outras clientela, mesmo que essas tenham características semelhantes. O convívio com o grupo de cardiopatas revelou-se uma experiência diferente, com certas particularidades, pelo fato dessa clientela nunca ter participado de atividade semelhante, ao contrário de pessoas hipertensas, diabéticas ou ostomizadas, que já contam com este tipo de acompanhamento. Para o cardiopata, até hoje, a assistência ao seu processo saúde-doença restringiu-se a consultas médicas e internações. Por isso, aceitar o grupo como alternativa de cuidado, requer tempo e investimento pelo profissional da saúde.

6 CONSTRUINDO UMA SÍNTESE

Valeu a pena?

Tudo vale a pena, se a alma não é pequena!

FERNANDO PESSOA

Neste momento, creio ter apenas parado em uma das estações desta longa viagem em busca de alternativas para a prática do cuidado. Ao iniciar esta jornada, sabia o quanto ela seria longa e difícil; é assim com todos que enveredam por caminhos nunca antes trilhados. A paisagem que se mostrou à janela foi de imensos contrastes. Por algumas vezes, foi bonita e fez bem aos olhos, como nas situações de encontro com o cliente. Por outras, foi penosa e trouxe muitas reflexões.

Este estudo constitui, antes de tudo, uma retrospectiva da minha prática de cuidar, em busca de outras alternativas. Porém, tem sido também um processo de descobertas e denúncias relativas à situação do cardiopata no contexto da atenção à saúde. Por isso, não o considero concluído. Para tanto, seria necessário que os resultados aqui apresentados demonstrassem que o trabalho em grupo pode realmente ser considerado uma prática alternativa no cuidado ao cardiopata, de maneira efetiva.

Refletindo sobre a experiência que vivi, pude constatar a distância entre o

conceber um tipo de prática assistencial, ainda que respaldada por resultados positivos com outras clientela, e a realidade que se fez presente no processo de formação do grupo com cardiopatas.

Mesmo não tendo norteado este estudo pelo paradigma da promoção da saúde, mas sim pela prática educativa e libertadora, não poderia deixar de citar o preconizado na CARTA DE OTAWA (1986). Este documento enfatiza o desenvolvimento de habilidades pessoais, através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases de sua existência, o que inclui o enfrentamento de doenças crônicas.

Acredito que este trabalho esteve imbuído desse compromisso, assim como o de incentivar a promoção da saúde através de uma ação comunitária concreta e efetiva como também preconiza o documento. O trabalho nas comunidades deve ser realizado com os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação e às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde.

A veracidade e a importância dessa afirmação são confirmadas quando considera-se o fato de que só consegui efetivar o grupo em uma Unidade Básica de Saúde, o que demonstra que não há cenário melhor para que se estimule a promoção da saúde e as práticas educativas.

Ao analisar o meu papel neste trabalho, devo dizer que o caminho percorrido até então fez-me sentir, mais que nunca, enfermeira, aquela que cuida, apesar das minhas limitações.

Como um corpo vivo e como profissional da saúde, vivenciei relações

conflituosas e difíceis que exigiram de mim uma nova maneira de ver, sentir, ouvir, para poder vencer os desafios na recriação da realidade do cardiopata. Enquanto ser aberto e inacabado, procurei ser uma presença intencional, encarnada em um corpo, cuja principal finalidade é ajudar o outro, facilitar o seu processo de vida, de recuperação e manutenção da saúde, conforme o preconizado por POLAK (1997a).

Pude observar o ser humano deste estudo, o cardiopata, experimentando as mudanças no seu estilo de vida, como é o caso de algumas pessoas que informaram que não mais podiam comer determinados alimentos (uma delas chegou a dizer que lavava o bife para diminuir a gordura). Pude perceber o quanto se faz necessária a adaptação de condições externas para o desempenho de todas as suas funções (havia os que não podiam mais trabalhar — um deles, caminhoneiro, portador de doença de Chagas, apesar dos seus 46 anos, não pode mais exercer sua profissão, pois as arritmias podem levar a uma perda da consciência e acidentes) e o quanto ele necessita de orientações e troca de informações com o profissional enfermeiro e outros indivíduos que compartilham a mesma situação, para melhor compreender o seu processo saúde-doença e assim desenvolver mecanismos de controle do mesmo, visando a promoção da saúde. Para exemplificar essa falta de orientação e informação, cito o caso de um dos membros do grupo que acreditava que se passasse dos 40 anos sobreviveria até os 60, por isso não fazia dieta e não tomava os medicamentos.

A visão de saúde-doença como um processo subjetivo e que reflete a visão de mundo de cada um também ficou evidente em determinadas situações. Uma cliente definia saúde como *...um bem precioso, que eu não quero perder...*, enquanto a outra via a doença como um sofrimento, um castigo *...não quero nem ouvir falar em doença quando sair daqui.*

Dentre meus objetivos, incluía-se o de delinear e discutir estratégias e cuidado que permitissem ao cliente viver sua condição de cardiopata com dignidade, assim como socializar conhecimentos concernentes à prevenção de

danos e limitações. Procurei alicerçar-me no pensamento de POLAK (1997a, p. 29) que afirma: *...o cuidado é visto como requisito necessário à preparação para o ritual de passagem da situação de doença para a condição saudável, ou para a vida com limitações...* e também na concepção de conscientização de FREIRE (1980, p. 91), para quem

...a educação como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade [...] o papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação cultural para a conscientização não é propriamente falar sobre como construir a idéia libertadora, mas convidar os homens a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade...

As ações desenvolvidas estiveram imbuídas desse compromisso. Meu cuidar procurou ser resultante do processo de construção do conhecimento, um momento dinâmico, movimento bilateral, um sair de si para retirar o outro do seu em si. Foram situações de encontro. Um projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade (POLAK, 1997a).

O processo grupal na enfermagem, como uma alternativa de cuidado, tem sido amplamente praticado e valorizado pelos seus aspectos positivos no que tange à atividade educativa do enfermeiro, por isso o considerei a estratégia ideal para a minha proposta, especialmente naquilo que se refere à continuidade do cuidado ao cardiopata fora do ambiente hospitalar, bem como à necessidade da prática educativa a ser desenvolvida com os mesmos. Embora não fosse minha intenção confirmar a necessidade do cuidado continuado e do desenvolvimento de uma prática educativa por parte do profissional de enfermagem, não poderia deixar de mencionar que tal necessidade foi comprovada pelas evidências que emergiram durante meu trabalho com o grupo. Em muitos momentos, ficou evidente a falta de consistência do cuidado prestado ao cardiopata, como um portador de doença crônica, no que se refere ao seu auto conhecimento e à sua

participação no seu processo saúde-doença. Esse cuidado tem-se restringido tão somente ao aspecto curativo e não a prevenção de danos e limitações, por isso muitos tem se limitado a um viver cheio de restrições e poucas alegrias.

Em relação aos objetivos deste estudo, mesmo diante da ausência de um método avaliativo, sinto que os alcancei, pois todo o caminho percorrido constituiu-se em uma prática de cuidado que pretendo continuar implementando. Cabe, também, ressaltar que os percalços da trajetória enriqueceram sobremaneira o meu fazer enfermagem.

Entretanto, neste momento em que me proponho a fazer uma síntese do que foi vivido durante o trabalho, é necessário que se explicita a realidade que se fez presente ao longo do mesmo. As variáveis que dificultaram e impediram a formação do grupo em alguns cenários convidam-nos a refletir sobre essa estratégia.

Do mito à realidade, no cuidado ao cardiopata a ser realizado em grupos, há muito que ser revisto e repensado. Há que se repensar a política nacional de saúde, que não se faz efetiva no campo preventivo e deixa a desejar na assistência aos usuários do sistema. Devemos refletir, também, sobre como têm sido verticais as ações de saúde e o grau de participação do profissional enfermeiro nessa situação. Nesse processo intrincado, há ainda que se considerar a cultura de cuidado vigente, que prioriza as atividades puramente técnicas em detrimento do aspecto educativo que o mesmo deveria incluir, e a maneira como o cliente assimila essa cultura, disseminada pela sociedade e que conta com participação efetiva dos profissionais da saúde.

A realidade do cardiopata foi expressa durante a convivência do grupo. É evidente sua necessidade de informação, de entender o seu processo saúde-doença, de descobrir no outro semelhanças concretas, de não sentir-se sozinho, único, desvalido; de conscientizar-se de sua temporalidade como algo natural e comum a todos, e ainda a sua vontade de poder organizar seu cotidiano em busca de um viver melhor.

Minhas atitudes demonstraram também a necessidade da formação teórico-prática do enfermeiro para a prática do cuidado em grupo. Trabalhar com grupos é um desafio porque implica em pensar a educação em saúde de forma diferente e pressupõe mudança de atitudes e valores por parte do profissional. Não se pode pretender que apenas o cliente apresente mudanças comportamentais, antes, o profissional precisa estar despido de preconceitos em relação à educação em saúde. Esta deve estar pautada na aceitação incondicional do indivíduo, no propiciar um espaço efetivo para que o mesmo se exponha, mostre sua realidade e suas necessidades de aprendizagem, para que se construa junto, pois o aprendizado só acontece no contexto livre e crítico das relações que se estabelecem entre os que “se educam”, e entre estes e aquele que se propõe a “educar”.

Entre os aspectos mais importantes a serem considerados ao final deste estudo, inclui-se a formação dos profissionais de saúde e, dentre esses, o enfermeiro. É necessário que se mude o paradigma da formação dos nossos alunos. O discurso da formação de profissionais comprometidos e críticos parece estar se esgotando na sua retórica, pois não mudaremos nada somente falando. É preciso diminuir a distância entre o conceber e o agir, mesmo que através de iniciativas tímidas e isoladas de alguns docentes realmente comprometidos com essa mudança.

Para SAUPE (1992) o desenvolvimento intelectual do enfermeiro inclui o exercício do pensar, perceber, refletir, criticar, imaginar, criar, investigar, buscar e compartilhar soluções. As tendências atuais mostram, ainda, que as bases de sustentação da formação do enfermeiro são as políticas de saúde e a realidade social, tendo presente que nem sempre as primeiras atendem as necessidades da segunda. Dentro dessa perspectiva, acredito que a formação profissional do enfermeiro deva ser centrada no cuidado, não como sinônimo de assistir, fazer, executar, mas aquele preconizado neste estudo. Enquanto alunos, já devem estar conscientes da importância do “cuidado em si”, para mudar a forma de cuidar do cliente em qualquer situação. Deve-se buscar a competência profissional

compreendida dialeticamente enquanto competência técnica e competência política, capaz, portanto, de realizar mudanças na realidade (LUNARDI, 1995).

Sendo assim, a importância da escola está em ensinar a valorizar o processo de auto conhecimento, a compreender que só é possível perceber o outro segundo a sua vivência e a sua experiência.

Finalizando, acredito que o cuidado deve resultar em processo de conscientização do cliente para a participação no seu processo saúde-doença. A educação para a saúde deve ser um instrumento de libertação do indivíduo para assumir sua cidadania. Saúde não é apenas obrigação do Estado. É, primeiramente, obrigação de cada um!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Elionai D.; ARRATIA, Alejandrina; SILVA, Denise G. V. da. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 2-7. jul./dez. 1996.

BARONI, Mireilli. Curitiba já é a 3ª em doenças cardíacas. **Folha de Londrina**, 18 mar. 2000. Folha Cidades, p. 2.

BARRETTO, Antonio C. P. et al. Insuficiência cardíaca em grande hospital terciário de São Paulo. **Arq. Bras. de Cardiol.**, v. 71, n. 1, p. 15-20. jul./dez.1998.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-vasculares. Sistema Único de Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil - SUS: dados epidemiológicos, assistência médica**. Brasília, 1993.

BRANDÃO, Carlos R. **O que é método Paulo Freire.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. 113 p.

BRITO, Elisabeth D. P. **Bate coração** - a experiência de uma safenada. Porto Alegre: Tchê, 1987. 130 p.

BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 5.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985, v.2 , cap.26, p. 525-41.

CARTA DE OTAWA. In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 1, 1986. Ottawa. Washington: OMS, 1986.

CASADO, Vânia. Jovens são novas vítimas do coração. **Folha de Londrina**, 21 mai 2000. p.14

CHILE. Ministerio de la Salud. **Consultorio a centro de la salud.** Santiago, 1993.

CHOR, Dora et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, Maria C. de S. **Os muitos brasis:** saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 57-86.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 1999. cap. 1, p. 13-57.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço.** 2. ed. São Paulo Cortez, 1999. 164p.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez/UNESCO, 1998. cap. 4, p.89-102.

DIAS, Lygia P. M.; TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise G. V. da. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.4, n.1, p. 83-92, jan./jun. 1995.

ELSEN, Ingrid. **The relationship between self help groups and health professionals**. San Francisco, 1982. Texto digitado.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso P.; GUIMARÃES, S. M. **Dicionário Brasileiro Globo**. 42. ed. São Paulo: Globo, 1996.

FIGUEIROA, Alejandria A. Livre vontade do usuário frente à educação em saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 131-147, set./dez. 1997.

FONSECA, Afonso H. L. **Grupo: fugacidade, ritmo e forma**. São Paulo: Ágora, 1988. 187 p.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1978. 150 p.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 184 p.

_____. **Educação e mudança**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988. 79 p.

_____. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 1995. 122p.

- _____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa.** 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.
- _____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 245 p.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. 241 p.
- GAHAGAN, Judy. **Comportamento interpessoal e de grupo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 180p.
- LEOPARDI, Maria T. Cuidado: uma ação terapêutica essencial. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Estimativa da população por área de abrangência de unidades básicas de saúde: Londrina - sede urbana.** Ano de 1998. Londrina: A Secretaria, 1998.
- LOYOLA, Cristina D. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. 154p.
- LUBKIN, Ilene M. **Chronic illness: impact and interventions.** 4. ed. Boston: Jones and Bartlett, 1998. 571p.
- LUNARDI, Valéria L. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, Vera R.; LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 5, p. 79-108.

- LUNARDI FILHO, Wilson D. Refletindo acerca do saber da enfermagem como um saber científico. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.
- MARTINS, Luciana M.; FRANÇA, Ana P. D.; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996.
- MELTZER, Lawrence E. et al. **Enfermagem na unidade coronariana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987. 340 p.
- MORAES, Patrícia A. et al. Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n. 4 (Supl. A), p. 1-11, jul./ago. 1999.
- MORENO, Jacob L. **Psicoterapia de grupos e psicodrama**. 2. ed. Campinas: Psy, 1993. 298p.
- MUNARI, Denize B.; RODRIGUES, Antonia R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997. 99p.
- MUNARI, Denize B. Processo grupai em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 3-16, jan./mar. 1997.
- NASCIMENTO, Estelina S. do; REZENDE, Ana L. M. de. **Criando histórias, aprendendo saúde**. São Paulo: Cortez, 1988. 68p.
- PATRICIO, Zuleica M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-106, jan./jun. 1992.

POLAK, Ymiracy N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPel, 1997a. 151 p.

_____. **Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias.** Curitiba, 1997b. Tese (Professor Titular) - Universidade Federal do Paraná.

POLAK, Ymiracy N. de S.; JOUCLAS, Vanda M. G. O adulto e o repensar dos conceitos saúde e doença. In: POLAK, Ymiracy N. de S.; KALEGARI, Dilma R. G.; JOUCLAS, Vanda M. G. **Saúde do adulto: um enfoque multidisciplinar.** Curitiba: Pinha, 1997. p.77-103.

REZENDE, Ana L. M. de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 159 p.

ROGERS, Carl R. **Grupos de encontro.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 165p.

ROMESÍN, Humberto M.; GARCIA, Francisco J. V. **De máquina e seres vivos: Autopoiese - a organização do vivo.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 138 p.

SANTIN, Silvino. **Pelos caminhos do pensamento crítico: universidade e sociedade.** Santa Maria: UFSM/Centro de Ciências Sociais e Humanas, 1988. 63 p.

SAUPE, Rosita. Formação do enfermeiro cidadão crítico - entendimento dos docentes de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v.1, n.1, p.1-15, jan./jun. 1992.

SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete H.; GIORGI, Maria D. M. As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 70-75, jan./jul. 1997.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1992. 112p.

_____. **Do senso comum à consciência filosófica**. 12. ed. São Paulo: Autores Associados, 1996. 226p.

TOMASI, Neusi G. S. **Convivência em grupo: uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

TRENTINI, Mercedes et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 20-7, jul.1990.

TRENTINI, Mercedes; TOMASI, Neusi ; POLAK, Ymiracy. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 19-24, jul./dez. 1996.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 162 p.

WALDOW, Vera R. **Cuidado humano - o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998a. 204 p.

_____. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, jan.1998b.

WENDHAUSEN, Águeda. Assistência de enfermagem: da sujeição dos corpos à autonomia do sujeito. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 25-8, jan./jun. 1997.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 186p.

Anexos

ANEXO 1

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

LONDRINA, 15 DE JUNHO DE 1999.

ILMO. SR.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DIRETOR DO HOSPITAL XXXXXXXXXXXX
LONDRINA - PARANÁ

Venho por meio desta, solicitar autorização para a realização de uma pesquisa com pacientes cardiopatas internados nesta instituição e em acompanhamento no Ambulatório.

Tal pesquisa atende os objetivos do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do qual sou aluna.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Certa de sua compreensão em relação a importância da pesquisa para melhor subsidiar a prática da enfermagem, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Andréia Bendine Gastaldi
COREN-PR 46352

ANEXO 2

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

LONDRINA, 29 DE JULHO DE 1999.

ILMA. SR^a
XXXXXXXXXXXXXXXXXX
SERVIÇO DE ESTÁGIOS
OFICINA DE SAÚDE PÚBLICA
LONDRINA - PARANÁ

PREZADA SENHORA:

Pretendo realizar uma pesquisa com indivíduos cardiopatas, que prevê a formação de grupos de convivência com os mesmos.

Tal pesquisa atende os objetivos do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do qual sou aluna.

A UBS do XXXXXXXXXXXX, através da Enfermeira XXXXXXXX e Dr^a XXXXXXXXXXXX se interessou pelo meu projeto e por isso gostaria de desenvolver este trabalho nesta referida unidade.

Para tanto, solicito sua autorização para a realização do trabalho.

Certa de sua compreensão em relação à importância da pesquisa para subsidiar a prática da enfermagem.

Atenciosamente,

Andréia Bendine Gastaldi

DOCENTE DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DO CESULON

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a formação de grupos de convivência com cardiopatas.

Fui esclarecido (a) quanto aos riscos e benefícios decorrentes da minha participação na pesquisa.

Fui informado (a) ainda, em relação ao sigilo e anonimato, bem como me foi garantido o direito de desistir quando me for conveniente.

Concordo que os dados possam ser divulgados para atender os objetivos do trabalho a que se propõe em benefício da coletividade.

De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura