

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL CAPES/UFSC -UFMT**

***O Enfermeiro na educação de  
adultos em pré-operatório: uma  
abordagem andragógica***

**ANNA LUCIA GAWLINSKI DE ARRUDA**

**CUIABÁ - MT**

**1999**

**ANNA LUCIA GAWLINSKI DE ARRUDA**

# **O Enfermeiro na educação de adulto em pré-operatório: uma abordagem andragógica**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina,  
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Con-  
centração: Assistência de Enfermagem.

**ORIENTADORA:**

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN**

Professor Titular do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina.

**CUIABÁ - MT**

**1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**DISSERTAÇÃO**

**TÍTULO - O ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO DE ADULTOS EM  
PRÉ-OPERATÓRIO: UMA ABORDAGEM ANDRAGÓGICA**


**Por**

**ANNA LUCIA GAWLINSKI DE ARRUDA**

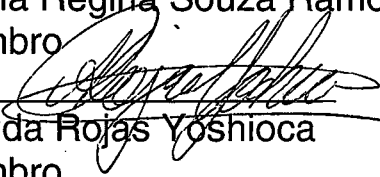
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Asslistência de Enfermagem do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Programa de Mestrado Interinstitucional - Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Mato Grosso.

Banca Examinadora:

Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Flávia Regina Souza Ramos  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Magda Rojas Yoshioca  
Membro

Cuiabá, 15/12/1999

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho ao Alfredo, querido companheiro, por me amar, apoiar e incentivar a prosseguir em busca dos meus ideais.*

*Ao Wesley, presente de Deus, que desde o ventre compartilha dos sentimentos manifestos na construção desta "obra".*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, princípio de tudo, pela fortaleza, inspiração e sabedoria;*

*Aos meus pais, Felix e Edwirges, por me fazerem existir, acreditando que a educação é o bem mais valioso que alguém pode adquirir;*

*Às minhas irmãs, também educadoras, pelo incentivo e pela valorização profissional e pessoal;*

*À Anaí, pela disponibilidade na transcrição das legendas de vídeos didáticos e pelo auxílio na revisão dos prontuários dos clientes;*

*À D. Annita, Zenina e Antônio, pelo afeto, carinho e cuidados dispensados a mim e ao meu filho todas as vezes que precisei;*

*As Michelle(s), Danielle e Maurício, meus filhos do coração, pela significativa ajuda em momentos pontuais;*

*À Alacoque que, acreditando em minha capacidade, soube me conduzir, transmitindo confiança e tranqüilidade para a descoberta do meu próprio caminho;*

*À Magda, amiga de todas as horas, pelo apoio incondicional durante as fases de elaboração desta dissertação, principalmente pelas críticas e comentários sempre construtivos. Minha admiração pelo Ser Humano que é;*

*À Flávia, querida amiga, que tantas vezes soube escutar e tranqüilizar nas minhas dúvidas e questionamentos;*

*À Joceli, amiga muito especial, pela solidariedade, disponibilidade, compreensão, incentivo e carinho;*

*À Rosa Lúcia, Annelita, Maria Auxiliadora, Wilza e Vanessa, pelo carinho e valorização profissional;*

*À Rosa Maria, amiga e Chefe do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, pelo constante apoio e valiosas contribuições;*

*Cheryl Dawson, nossos encontros para tradução dos textos em inglês foram além do profissional, permitiram significativas reflexões sobre o educador de adultos;*

*À Diana, pelo carinho, atenção e reflexões no campo da psicologia;*

*À Marildy, ponte entre Cuiabá e São Paulo. Com você tudo ficou mais fácil. Obrigada pelo encaminhamento de material bibliográfico;*

*À Celina, ex-diretora da Faculdade de Enfermagem e Nutrição pelo incansável empenho na concretização do Mestrado Interinstitucional na Sede;*

*A Suely, diretora da Faculdade de Enfermagem e Nutrição, pelo apoio pessoal e Institucional;*

*Aos Colegas de Mestrado e do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, pelo compartilhamento desta conquista;*

*Aos dezenove clientes que participaram desta pesquisa como atores principais, em especial a querida Ormindá que ilustra a capa do trabalho. E também aos coadjuvantes Vera, Assunção e Eliete - Serviço Social; José Alberto, Kairo e Izaú - Médicos; Jubi - Recepção; Altair, Sônia, Onévia - funcionárias da enfermagem e a todos aqueles não mencionados aqui, mas, que de alguma forma, auxiliaram na construção deste trabalho, o meu eterno agradecimento;*

*À Lúcia, Sueli, Lucien e Elizenda que entraram na fase final do trabalho, contribuindo com valiosas sugestões, revisão, formatação e editoração dos textos. O dispor respeitoso e afetuoso de vocês diminuiu minha carga no final do processo, aumentando a minha esperança de ver o trabalho concretizado.*

## RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar as possibilidades de aplicação de um modelo de educação de adultos na assistência de enfermagem a clientes em pré-operatório. A abordagem foi qualitativa, fundamentada na pesquisa participante, com dezenove clientes que estavam aguardando cirurgias eletivas em uma instituição hospitalar pública a cidade de Cuiabá, Mato Grosso, no período de outubro de 1998 a junho de 1999. Os encontros para a coleta de dados ocorreram antes da internação, e os locais, na instituição ou no domicílio, foram definidos em comum acordo entre os participantes (enfermeiro/cliente e familiar). Esta prática educativa permitiu ao cliente estar efetivamente co-participando da relação terapeuta-cliente e co-responsabilizando-se pelo planejamento de sua assistência. Além disso, demonstrou, também, a possibilidade de delineamento de novas formas de cuidar do ser humano adulto em situação cirúrgica, trazendo subsídios para o aperfeiçoamento do ensino de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to evaluate the possible applications of an adult education model in the area of preoperative nursing assistance. This approach was qualitatively based on a study involving nineteen adult clients who were awaiting elective surgery in a public hospital in the city of Cuiabá, Mato Grosso, Brazil. The research took place during the period of October, 1998, to June, 1999. The data was collected before the internment of the patient at a location agreed upon by the medical technician (nurse) and the individual client (patient), generally taking place in either the hospital itself or the client's home. This educational process allowed the client to become an active participant in the patient/therapist relationship and made it possible for the patient to take responsibility for the planning of the assistance he was to receive. The research project also demonstrated the fact that it is possible to project new means of caring for the adult patient in a surgical situation, thereby enhancing the training of nurses.



## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTANDO O TEMA.....	01
Introdução.....	01
Compreendendo o Processo Cirúrgico.....	04
O Enfermeiro e o Cliente no Processo Cirúrgico.....	06
Objetivos.....	12
CAPÍTULO 2 - APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
Modelo de Educação de Adultos - Andragogia.....	13
Pressupostos.....	25
Elementos Metodológicos.....	26
Marco Referencial do Estudo.....	28
CAPÍTULO 3 - DESCREVENDO A METODOLOGIA.....	34
Local do Estudo.....	34
Sujeitos do Estudo.....	35
Coleta de Dados.....	35
Instrumento de Coleta de Dados.....	36
Aspectos Éticos da Pesquisa.....	37
Assistência de Enfermagem.....	39
CAPÍTULO 4 - OS ACHADOS À LUZ DA ANDRAGOGIA.....	41
Conhecendo o Aprendiz.....	41
A Emergência dos Pressupostos da Andragogia no Campo Empírico do Estudo.....	56
A Emergência dos Elementos Metodológicos da Andragogia no campo Empírico do Estudo.....	73
O FINAL DO CAMINHAR.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	102

## CAPÍTULO 1

### FUNDAMENTANDO O TEMA

#### INTRODUÇÃO

Com o término do curso de Enfermagem em 1983 e ingresso na carreira docente da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), a autora deste estudo vem desenvolvendo atividades de ensino e assistência na graduação de Enfermagem e no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), tanto nas unidades hospitalares como em disciplinas que abordam a temática cirúrgica do adulto. A escolha do assunto pré-operatório emergiu da prática como docente e assistente de clínica cirúrgica e, também, por acreditar que o preparo do cliente<sup>1</sup>, nesse período, é primordial para o êxito do processo cirúrgico.

Essa vivência tem proporcionado aprendizado contínuo. Ao mesmo tempo, serviu para gerar questionamentos relativos ao cuidado prestado ao cliente cirúrgico, dentre os quais a descaracterização do adulto internado. Geralmente, o cliente é tratado pela maioria dos profissionais da saúde como um portador de doença e de forma despersonalizada. Não é visto como pessoa em sua totalidade, nem são considerados os seus conhecimentos prévios e suas vivências.

O planejamento das ações de saúde tradicionalmente tem se pautado no modelo biomédico tecnicista, embora, nas últimas décadas, existam grupos isolados de profissionais empregando práticas de saúde que procuram ver o cliente em suas várias dimensões, considerando sua cultura, conhecimento e situação socioeconômica. Nesse modelo ocorre a dicotomia do conhecimento, hierarquizando-se o saber médico em detrimento do saber comum, o que acarreta na redução do ser humano, sobretudo em seus aspectos biológicos.

---

<sup>1</sup> Optou-se pelo emprego do termo cliente por entender que este ser humano deve participar efetivamente do seu processo cirúrgico.

A enfermagem tem sido influenciada por esse modelo, quando, na maioria das vezes, utiliza, na sua prática assistencial, o diagnóstico médico<sup>2</sup> \* como primeiro norteador para o planejamento da assistência. Isso tem resultado numa prática de enfermagem centrada no cumprimento de normas e rotinas preestabelecidas, enfocando mais a doença do que a pessoa e suas experiências de vida e saúde. É o que também acontece nas ações planejadas em nível-educativo, que acabam sendo enquadradas em orientações e treinamentos previamente estabelecidos, desconsiderando a individualidade das pessoas.

Entende-se educação como um processo que tem em sua essência a relação interpessoal entre o profissional de saúde e o cliente, sendo esta não apenas pautada no oferecimento de orientações e informações, mas sobretudo na interação que viabiliza a troca de conhecimentos e vivências.

Nesse sentido, Watson (1992) comenta que a educação informativa é importante para reduzir o estresse e a ansiedade do cliente. Porém, frequentemente, são negligenciados os aspectos da aprendizagem interpessoal das relações. A aprendizagem é mais que a recepção de informações, depende também da capacidade de um indivíduo valorizar as percepções, sentimentos, preocupações e compreensão do outro.

Para evidenciar e trabalhar esses aspectos, é necessário um tempo de contato que permita o estabelecimento da relação de ajuda e confiança entre a pessoa e o enfermeiro. Dessa forma, os profissionais de saúde, ao propiciarem educação às pessoas em estado especial e temporário de alterações da saúde, deveriam valorizar a história de vida delas: seus conhecimentos, experiências, valores e limitações, estimulando a necessidade consciente e respeitando a individualidade, por meio da participação ativa no planejamento de seu cuidado.

---

<sup>2</sup> Desde a década de 70, enfermeiros de vários países têm se preocupado com esta problemática e elaboraram diagnóstico de enfermagem para nortear suas ações, como é o caso do diagnóstico da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e das visitadoras domiciliares de OMAHA.

Todavia, o que se vê atualmente em unidades ambulatoriais e de internação de clientes a serem submetidos à cirurgia eletiva/necessária<sup>3</sup> é que a fase pré-operatória tem sido muito curta. Desse modo, o estabelecimento de uma relação interpessoal mais efetiva se torna difícil, pois a entrada do cliente no hospital, com freqüência, ocorre na véspera da cirurgia, e o tempo de permanência que a antecede, geralmente, fica reservado para o cumprimento de normas e rotinas da instituição, referente às internações e procedimentos preparatórios, não oportunizando outras abordagens que favoreceriam a assistência do adulto de uma forma mais abrangente.

O contato prévio mais prolongado do enfermeiro com a pessoa candidata à cirurgia eletiva em pré-operatório, supõe-se, favoreceria a expressão e elaboração dos sentimentos<sup>4</sup>, das inquietações, das inseguranças, medos e questionamentos, dentre outros. Poderia também proporcionar ao profissional um tempo maior para compreender o estado emocional do cliente, mediante uma postura continente<sup>5</sup>, estimulando-o a participar de seu cuidado de forma mais ativa.

Portanto, a proposta aqui foi desenvolver um estudo sobre o cuidado de enfermagem na educação de adultos quando em preparo pré-operatório para cirurgias eletivas. Esta proposta se justificou com base na necessidade percebida de que a ampliação da aprendizagem das pessoas seria alcançada pelo contato do enfermeiro com o cliente no período pré-operatório, ainda em nível ambulatorial.

O estudo, pelo seu caráter qualitativo, foi realizado mediante desenvolvimento de uma prática de cuidado, utilizando-se os fundamentos da pesquisa participante que, como método, propiciaram a contínua avaliação e a co-participação do pesquisador e dos sujeitos envolvidos.

---

<sup>3</sup> Cirurgia eletiva/necessária - A intervenção cirúrgica é importante, porém pode ser marcada com várias semanas ou meses de antecedência em comum acordo entre o cliente e o cirurgião. (Nettina, 1998, p.62)

<sup>4</sup> No âmbito da psicologia, elaborar sentimentos significa nomeá-los, vivenciá-los e enfrentá-los simultaneamente. (Winnicott, 1995)

<sup>5</sup> Postura continente, segundo a psicologia, é uma postura acrítica do ouvinte - no caso deste estudo, o enfermeiro - que deve, de forma receptiva e altruística, respeitar o sentimento do outro e sua forma de manifestação. (Winnicott, 1995)

Uma vez que se pretendia trabalhar com adultos e considerar suas experiências e conhecimentos, utilizaram-se os pressupostos teóricos do modelo Andragógico de Ensino proposto por Malcom Shepherd Knowles. Este autor enfatiza a condição do ser humano adulto e valoriza a sua experiência, calcada em uma aprendizagem participativa e de ação. Associaram-se, também, aos pressupostos teóricos as crenças da pesquisadora sobre a temática, que surgiram da sua vivência prática do cuidado ao cliente cirúrgico.

A utilização do método Andragógico de Ensino delineou novas formas de cuidar do ser humano. Neste estudo, o método contribuiu para visibilizar maiores possibilidades na assistência de enfermagem no perioperatório.

## **COMPREENDENDO O PROCESSO CIRÚRGICO**

Para se falar sobre o cuidado ao adulto em período pré-operatório, fez-se necessário primeiramente compreender o processo operatório como um todo.

O termo processo operatório neste estudo foi também denominado "Perioperatório", pela crença de ser esse um termo mais abrangente, pois engloba as três fases ou períodos da experiência cirúrgica, ou seja, o pré, o intra ou trans-operatório e, por último, o pós-operatório.

Historicamente, o termo Enfermagem em centro cirúrgico foi utilizado para descrever os cuidados ao cliente nas fases pré-operatória imediata, intra-operatória e pós-operatória da situação cirúrgica. Tal definição se deu, porque as atividades de enfermagem estavam circunscritas aos limites geográficos do centro cirúrgico.

Nessa perspectiva, havia dificuldade em atribuir aos trabalhadores de enfermagem, que atuavam fora das dependências físicas das salas de cirurgia, a responsabilidade do cuidado ao cliente e a realização das etapas do processo de enfermagem.

Posteriormente, em 1970, surgiu o termo Enfermagem Perioperatória, que tem ajudado a definir e a elucidar as atividades do enfermeiro nas três fases da assistência ao cliente submetido ao ato operatório. Ele teve origem no trabalho e na influência da Association of Operating Room Nurses (AORN), sendo atualmente reconhecido e praticado em salas de cirurgia, centros ambulatoriais de cirurgia, serviços de endoscopia, centros de *lasers* e consultórios médicos por todos os Estados Unidos. (Ladden, 1997)

Cada fase do período perioperatório tem sua peculiaridade e importância, começando e terminando na seqüência de eventos que constituem a experiência cirúrgica. Brunner & Suddart (1998, p. 20) identificam cada fase da enfermagem perioperatória da seguinte forma:

**Fase pré-operatória** - *Inicia-se quando a decisão pela intervenção cirúrgica é feita e termina com a transferência do cliente para a mesa cirúrgica.*

**Fase intra-operatória** - *Começa quando o cliente é admitido no centro cirúrgico ou transferido para ele e termina ao ser admitido no setor de recuperação.*

**Fase pós-operatória** - *Inicia-se com a admissão do cliente na área de recuperação e termina com a avaliação de seguimento na unidade clínica ou no domicílio.*

Esses conceitos mostram que uma fase começa onde termina a anterior, o que as torna uma seqüência de eventos ou acontecimentos.

Ladden (1997) comenta sobre os diferentes papéis que os enfermeiros perioperatórios desempenham nessas fases, dentre eles o de instrumentadores, circulantes, primeiros assistentes do cirurgião<sup>6</sup> (atualmente, prática comum nos Estados Unidos), chefes de serviço, advogados do cliente (por intervirem em favor dele), educadores (na prevenção, recuperação de doenças e promo-

---

<sup>6</sup> RNFA - Register Nurse First Assistent - O fato do enfermeiro ser registrado como primeiro assistente do cirurgião foi aprovado oficialmente pela AORN em 1984 e revisada a declaração oficial em 1993. A RNFA recebe formalmente educação adicional que prepara para o exercício desta função. O trabalho é realizado de forma colaborativa com o cirurgião, o cliente e a equipe cirúrgica, no manuseio de tecidos corporais e instrumentos, preparando o campo, hemostasia e sutura. ( Ladden, 1997, p.16)

ção da saúde) e pesquisadores. A mesma autora esclarece que, com a evolução tecnológica, os procedimentos cirúrgicos vêm sofrendo mudanças técnicas e também estão exigindo a necessidade de pessoal qualificado para tal prática.

Quanto ao campo de ação do enfermeiro perioperatório, este tem se ampliado, porque se verifica que o local para a realização dos procedimentos cirúrgicos se diversificou, uma vez que tais procedimentos não ocorrem apenas em tradicionais centros cirúrgicos hospitalares, mas também em unidades de assistência ambulatorial, serviços de emergência e consultórios médicos.

Assim, a presença do enfermeiro na equipe cirúrgica, nesses serviços, faz-se necessária, uma vez que ele colabora no processo de cuidado do cliente, podendo interferir na qualidade da assistência, com a realização de cuidados de saúde planejados de maneira individual e sistematizada.

### **O Enfermeiro e o Cliente no Processo Perioperatório**

A assistência ao cliente cirúrgico gradativamente vem exigindo do enfermeiro não só a aquisição de novos conhecimentos da tecnologia instrumental, como o seu aprofundamento e posicionamento nas relações interpessoais, em direção à promoção do equilíbrio emocional e valorização do cliente, como um ser humano participativo e responsável pela sua vida e saúde. Nesse sentido, Zago (1993, p.68) alerta para a necessidade desta postura crítica do enfermeiro, pois:

*Com o desenvolvimento sociocultural, o paciente passou a ser valorizado como ser humano. O processo de ensino do paciente é, então, encarado como um meio pelo qual o paciente pode [...] ser encorajado a participar do seu tratamento, tomando decisões, assumindo responsabilidade.*

Partindo desse princípio, é importante que o enfermeiro, ao sistematizar a assistência de forma científica, valorize o conhecimento do cliente, estimulando-o a ser co-partícipe do planejamento do seu cuidado de saúde. Sendo assim, o profissional deve procurar estabelecer uma relação educativa com o cliente e seus familiares, valorizando a troca de experiências e ajudando a

pessoa a se conduzir nessa fase. Essa relação pode ocorrer em qualquer momento, a exemplo de quando se coletam dados da história de vida, saúde e suas alterações, no contato ao realizar o exame físico e procedimentos técnicos e quando se fazem esclarecimentos ao cliente, a seus familiares e entes queridos que necessitam de ajuda para o ajustamento a novos diagnósticos ou a alterações da imagem corporal.

De acordo com Sawada et al. (1993), nas relações educativas como em qualquer outra atividade de enfermagem, a comunicação é um dos instrumentos mais importantes para o estabelecimento de ação interpessoal. Especialmente com o cliente cirúrgico, ela deve ser utilizada, na tentativa de minimizar a ansiedade no pré-operatório.

A preocupação e a expectativa de ter que se submeter a um procedimento cirúrgico causam ansiedade e tensão, gerando sofrimento tanto da pessoa que se prepara para a cirurgia, quanto daquelas que o rodeiam. Vê-se que a família e outros que fazem parte do seu convívio cotidiano constituem importante ancoradouro para a pessoa que precisa fazer esse enfrentamento. Porém, eles também precisam de suporte, pois estão envolvidos emocionalmente, devido à proximidade e relacionamento com o cliente.

A enfermagem tem procurado desenvolver ações de ajuda na administração da ansiedade das pessoas sob sua responsabilidade, na fase pré-operatória. Contudo, não tem conseguido, ainda, definir estas mesmas ações para os familiares. Nesse sentido, Meeker & Rothrock (1997) citam o estudo de Lesky (1993) com cinqüenta familiares de clientes que estavam sendo submetidos à cirurgia eletiva, no qual detectou que o seu nível de ansiedade era muito alto. Recomendou que os enfermeiros não só deveriam reconhecer essa ansiedade, como ainda desenvolver interações específicas para reduzi-la durante o período de espera dos familiares na fase intra-operatória.

Nesse estudo, embora a ansiedade seja percebida como uma vivência negativa, ela pode ser considerada como um sinal de vitalidade, até determinado ponto, e serve para despertar e motivar não só o organismo mas também



a "pessoa" afetivamente conforme Taylor (1992) e Peña Grass (1993). A motivação é fruto de uma necessidade sentida e serve de impulso contínuo para as pessoas crescerem e se desenvolverem, enfim, para alcançarem melhor qualidade de vida.

Considera-se que o cliente, ao passar por enfrentamentos decisivos em sua vida, muitas vezes pode manifestar diversos sentimentos que poderão fazê-lo sofrer e repercutir na família. Acredita-se de suma importância que os enfermeiros, como prestadores de serviços de saúde, desenvolvam ações educativas na sua prática profissional que preparem tanto o cliente como seus familiares à situação cirúrgica.

O momento da internação pode ser o marco inicial dessa relação educativa, quando o enfermeiro, ao interagir com o cliente, pode perceber o conhecimento que este possui sobre o processo operatório e identificar a origem das informações (experiências pessoais, de vizinhos, amigos e familiares que já foram operados). Assim, abre-se um vasto campo de atuação para o profissional intercambiar os seus conhecimentos com os do cliente e, a partir daí, estabelecer relações de ajuda e troca de informações.

Zago (1993) comenta que, mesmo que a informação seja fornecida por profissionais capacitados, ela ainda é insuficiente para dar segurança ao cliente, a não ser que se estabeleça um contato que oportunize conversar, expor seus medos/receios, esclarecer dúvidas e que o encoraje a participar ativamente de cada momento do período perioperatório.

O enfermeiro, ao encorajar a participação do cliente, atuaria como educador, utilizando meios comunicativos como atenção, respeito, silêncio, carinho e alegria que perpassam a prática do cuidado e alicerçam o relacionamento com o cliente cirúrgico. (Lenardt, 1996)

A comunicação é o instrumento básico dos programas de educação em saúde, sendo necessário uso de linguagem apropriada e de recursos técnicos adequados, respeitando-se as características culturais, tornando comum o significado das mensagens. (Meneghin, 1993)

Fox (1997) afirma que as atividades de ensino de enfermagem envolvem mais do que a instrução ou informação. Para ele, a educação é

*...uma interação interpessoal que inclui avaliação da prontidão e o conhecimento existente, facilitação da aprendizagem, estabelecimento de rapport, confiança e respeito mútuos, redução da ansiedade e avaliação da aprendizagem.*

Argumenta ainda que o período pré-operatório é crítico e que, no ensino, a capacidade de aprendizagem do cliente é influenciada pela *...maturidade, estágio de desenvolvimento, aprendizagem anterior, saúde física, mental e ambiente.* (Fox, 1997, p. 212)

A preocupação em estabelecer uma relação educativa no período pré-operatório vem sendo tema de estudos de diversos autores. Estes estudos evidenciam os benefícios da educação do cliente que se submete à intervenção cirúrgica, tais como: a redução de abstenções, suspensão de cirurgias e adesão ao tratamento (Cárnio et al., 1995); baixo índice de complicações (Melo et al., 1996; Matos, 1985); menor permanência hospitalar (Matos, 1985); favorecimento ao autocuidado (Fontes, 1980); esclarecimento de dúvidas dos clientes e adiantamento de possíveis situações a serem experimentadas (Zago, 1993); ajuda na readaptação física, social e psíquica para clientes e familiares (Melo et al., 1996); e a redução do medo e ansiedade (Sawada et al., 1993; Arruda, 1998).

Apesar dos inúmeros benefícios das ações educativas no período pré-operatório, vale a pena refletir sobre as possibilidades e vantagens da ampliação do contato do enfermeiro com o cliente antes da internação, pois o período pré-operatório para cirurgias eletivas tem seu início desde o momento em que o cliente decide pela intervenção cirúrgica, e não apenas no momento da internação na clínica. A partir de então, ele começa a refletir sobre a tomada de decisão e suas conseqüências. Daí a necessidade de se proporcionar espaço, para que ele possa expor toda a bagagem de experiência de vida, seus sentimentos e dúvidas a uma pessoa que tenha competência técnica nas relações e interações humanas. Nesse cenário, emerge o enfermeiro que poderá ser o

profissional a estabelecer o vínculo de troca e ajuda junto ao cliente e, ao mesmo tempo, contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção de enfermagem na educação de adultos em período pré-operatório.

Quanto ao relacionamento interpessoal e à interação do profissional com o cliente, teóricos de enfermagem, como Travelbee (1982), Watson (1992), Orlando (1978) e Orem (1980), têm oferecido subsídios teóricos para quem deseja usá-los como suporte de trabalho. Tais referenciais situam o relacionamento enfermeiro-cliente como sendo possível de se aplicar na relação terapêutica, extensivo também aos familiares, tornando-se, portanto, um instrumento na assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico e sua família.

Travelbee (1982) denomina a relação enfermeiro-cliente de *relação pessoa-a-pessoa* e afirma que ela possui caráter terapêutico muito importante, quando o enfermeiro usa sua própria pessoa como instrumento para ajudar pessoas, famílias ou comunidade a resolverem seus problemas.

Watson (1992) propõe uma combinação do humanístico com o científico, dizendo que esta é que delinea a essência do cuidado, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento. Enfatiza ser imperativo que a enfermagem encontre equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática do comportamento humanístico. Afirma, ainda, que a estrutura da ciência do cuidado é construída sobre dez fatores, dentre os quais se destaca o quarto fator que está relacionado com o *estabelecimento da relação de ajuda-confiança*. Para esta teórica, um dos instrumentos mais valiosos que o enfermeiro pode utilizar na relação é a comunicação, que estabelece harmonia e cuidado.

O processo de enfermagem proposto por Orlando (1978) é interativo e seu propósito é o de satisfazer as necessidades de ajuda do indivíduo. Valoriza as expressões verbais e não verbais do cliente, através das quais o enfermeiro é estimulado a reagir para auxiliar esse cliente, ou seja, iniciando o processo interativo.

Orem (1980), em sua teoria, preocupa-se com o autocuidado do indivíduo e pondera que o enfermeiro provê recursos para a realização do autocui-

dado ou atua nos déficits, seja para ajudar, seja para fazer aquilo que o cliente não consegue. Neste processo, procura resgatar a independência da pessoa para o seu autocuidado.

Outros teóricos da área de educação, como Paulo Freire e Knowles, apresentam propostas que contribuem para a compreensão do processo educativo; o primeiro voltado para a educação libertadora, empregado como referencial teórico em inúmeros estudos da área de enfermagem, e o segundo aborda o modelo andragógico de educação.

Pensando especificamente na educação de adultos, o referencial andragógico de Knowles (1999) é uma possibilidade a ser aplicada por enfermeiros em questões de saúde do adulto, podendo ser desenvolvida no âmbito individual, grupal ou coletivo, enfatizando a participação, o diálogo, a relação horizontal entre o educador e o educando, entre outros. O ponto de partida do processo de aprendizagem, no referencial andragógico<sup>7</sup>, ocorre quando for estabelecida uma ponte entre aquilo que o indivíduo conhece e vivenciou e aquilo que ele precisa saber ou está motivado a aprender.

Tais teorias acabam por levar a pesquisadora à reflexão e a fazer alguns questionamentos:

Sendo o cliente considerado um ser integral, ao internar-se num hospital, poderá ser tratado apenas como o portador de uma afecção e reduzido a um amontoado de sinais e sintomas ?

Será que a dificuldade em minimizar a ansiedade e o receio/medo do cliente, no período pré-operatório, decorre do fato de que a relação enfermeiro-cliente se encontra limitada, devido ao escasso período de tempo entre a internação e a cirurgia?

Será que o cliente não está sendo despersonalizado, quando é enquadrado dentro de padrões, normas e rotinas pré-operatórios, sem que sejam

---

<sup>7</sup> Andragogia - Teoria de aprendizagem de adultos, opõe-se à pedagogia.

considerados a individualidade, as crenças, os valores e as experiências de vida?

O domínio da técnica pode ser motivo de segurança para o cliente, mas será que não está sendo supervalorizada a tecnologia do domínio do corpo e relegando a segundo plano as relações interpessoais?

Este estudo de cunho educativo junto a clientes adultos em pré-operatório é uma tentativa de responder a estas questões, pois busca propiciar um tempo maior de contato do enfermeiro (educador) com o cliente (educando) antes da internação, com a intenção de estar dialogando, ouvindo, estimulando a co-participação, respeitando e valorizando seus conhecimentos e experiências prévias.

## **OBJETIVOS**

Para este estudo, foram propostos os seguintes objetivos:

- ✓ Desenvolver um método co-participativo de assistência de enfermagem com enfoque educativo, numa abordagem andragógica, a clientes em preparo pré-operatório.
- ✓ Analisar a experiência dos sujeitos envolvidos - enfermeiro (educador) e cliente (educando) - no desenvolvimento da metodologia.
- ✓ Avaliar as possibilidades de aplicação do método andragógico de ensino na assistência de enfermagem no pré-operatório de clientes adultos.

## **CAPÍTULO 2**

### **APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **A ANDRAGOGIA COMO UM MODELO DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS**

Para o desenvolvimento deste estudo na área de educação de enfermagem para adultos, foi realizada a experiência de utilização do referencial teórico do modelo andragógico de ensino, proposto por Knowles, como base no estudo participativo com o cliente cirúrgico. Tal opção se baseou na idéia de que uma prática assistencial de enfermagem com enfoque educativo pode propiciar a pessoas adultas a participação no planejamento de seu cuidado e despertar, nesses indivíduos, interesse e raciocínio crítico reflexivo sobre suas experiências, com relação ao assunto preparo pré-operatório.

O modelo andragógico de educação foi uma opção como suporte teórico, pelo fato de também acreditar que o ser humano adulto possui uma bagagem de experiências que foram adquiridas durante o processo de viver, de crenças, de valores e a capacidade de tomar decisões e iniciativas, em especial quando motivados por necessidades, interesses ou incentivos internos.

Os primeiros educadores de adultos aparecem na literatura desde os tempos antigos, quando os professores disseminavam seus conhecimentos para adultos e não para crianças. Dentre os principais mestres da Antigüidade, podem-se citar Confúcius e Lao Tsé da China; profetas hebreus e Jesus nos tempos bíblicos; Aristóteles e Platão na Grécia antiga; Cícero, Evelid e Quintilian na Roma antiga. Todos acreditavam em um conceito diferente de aprendizagem, pois perceberam que ela é um processo ativo de curiosidade e não uma recepção passiva de conteúdos transmitidos. Para o ensinamento de suas teorias, utilizavam técnicas onde os alunos eram envolvidos ativamente em todo o processo de ensino, pois os estudos eram realizados com base na exploração das características de um caso e na busca conjunta de possíveis soluções. Observa-se, no entanto, que, com o passar do tempo, essas técnicas

foram substituídas pela educação formal, na qual existe uma recepção passiva do conteúdo transmitido ao aprendiz. (Knowles, 1990)

Segundo esse mesmo autor, as primeiras escolas foram organizadas entre o sétimo e o décimo Século na Europa, para preparar jovens adolescentes para o sacerdócio. Conhecidas como Escolas Monásticas Catedrais, tinham o objetivo de doutrinar os alunos nas crenças, fé e rituais da Igreja. Séculos mais tarde, começaram a ser organizadas as escolas seculares, surgindo no Século 19 as escolas públicas, onde foi desenvolvido o método pedagógico de ensino.

A Pedagogia ficou conhecida *como a arte e a crença de ensinar crianças*, baseada em pressupostos e métodos de ensino preestabelecidos, em que o professor tem a responsabilidade completa em tomar as decisões sobre o que, como e quando será aprendido e se o material foi aprendido. É uma educação direcionada pelo professor, deixando ao aprendiz somente o papel de ser submisso às suas instruções. O modelo pedagógico como método generalizado de ensino persistiu até o Século 20, quando foram publicados os primeiros estudos sobre a necessidade de métodos de ensino específicos para adultos.

Apesar de tradicionalmente a pedagogia ter se alicerçado em bases práticas que reforçam as raízes em que o professor é o detentor do saber, e o aluno, *tábula rasa*, nestes últimos anos modelos pedagógicos progressistas vêm se instalando, nos quais a ênfase é dada ao aluno responsável pela construção do seu conhecimento na aprendizagem, em detrimento do ensino.]

Um forte estímulo para o estudo da vida adulta foram as mudanças que sofreu o padrão populacional, causadas pelo envelhecimento da população, queda das taxas de natalidade e o grande número de perdas masculinas identificado na Europa e Estados Unidos na década de 50, em consequência da II Guerra Mundial. (Neri, 1994)

Barbieri (1996), em seu estudo sobre a descoberta do valor econômico da educação, diz que já na década de 50 a educação era vista como bem de

investimento, por ser um fator de acúmulo de capital humano. Na década seguinte, a educação de adulto, em especial, passa a ser valorizada por contribuir para o desenvolvimento da sociedade, pois ela capacita o indivíduo para a participação social e racional, de forma cooperativa e responsável. Dá-se, assim, início ao processo de revalorização do ser humano, que vem cada vez mais tentando desenvolver seu potencial de acúmulo de conhecimento, auxiliado, sobretudo, pelas rápidas transformações tecnológicas que facilitaram a transmissão de informações.

Os estudos sobre as características dos adultos como aprendizes surgiram inicialmente na Europa, diante das necessidades encontradas por esses adultos em se ambientarem em um modelo básico de educação já tradicional e direcionado para crianças e jovens.

Knowles (1990) mostra a grande influência européia dos professores e filósofos, dizendo que o holandês Van Enkevort fez um estudo da origem do termo andragogia e descobriu que este fora usado pela primeira vez em 1833 pelo professor alemão de gramática Alexander Kapp ao descrever a teoria educacional do filósofo grego Platão. Porém, por influência do filósofo alemão Johan Friedrich Herbart, o termo desapareceu por quase cem anos. O reaparecimento do termo se deu em 1921, pelo cientista social alemão Eugen Rosenstock, ao declarar que o indivíduo adulto necessitava de educação com professores, métodos e filosofia especiais, acreditando ter sido ele o inventor do termo até 1962, quando teve conhecimento de que este já tinha sido utilizado anteriormente por Kapp e Herbart.

Andragogia deriva do grego “aner” (adulto) e “agogus” (conduzir, guiar), definida como *arte e ciência de ajudar o ser humano a aprender*. Inclui desde os meios mais elementares da comunicação, como aprendizagem da leitura, escrita, até a aquisição dos mais altos conteúdos filosóficos, científicos e tecnológicos. A andragogia possui outras premissas e orientações em que a aprendizagem parte primeiramente do interesse do adulto em querer aprender,



e os métodos utilizados devem respeitar as experiências de cada indivíduo. (Knowles, 1990)

Van Enckevort assegura ainda que os primeiros “insights” e pesquisas em relação à aprendizagem de adulto começaram em 1949, com a publicação “A mente madura”, de Harry Overstreet. Posteriormente, os trabalhos “Educação informal de adultos”, em 1950, e “Visão geral na pesquisa de educação de adultos”, de Edmund Brunner (1954), são seguidos por J. R. Kidd (1959) com a obra “Como os adultos aprendem” e um capítulo denominado “Teoria de aprendizagem de adultos”, encontrados no livro americano “Manual de educação de adultos”, em 1960. Foi encontrado, também, o trabalho de Harry L. Miller, chamado “Ensinando e aprendendo na educação de adultos”, em 1964. Estes trabalhos são mais caracterizados como listas descritivas de conceitos e princípios andragógicos, e não como criadores de modelos de teoria. Desde então, vários autores como Filipovic, Samoloevic e Savicevic têm se dedicado ao processo de educação de adultos. (Knowles, 1990)

Em 1967, o iugoslavo Dusan Savicevic apresentou a Knowles um conceito de uma teoria unificada da aprendizagem de adultos, conhecida como Andragogia, para diferenciar da teoria de aprendizagem de crianças: Pedagogia. Em 1968, Knowles publicou o artigo “Androgogia, não Pedagogia”, que objetivava apresentar a terminologia à literatura americana. Nesse artigo, Knowles usou Androgogia ao invés de Andragogia e foi corrigido por correspondência pelos publicadores do dicionário Merriam – Webster que, somente em 1981, colocaram a palavra Andragogia na sua “Addenda”, abrindo dessa forma o caminho para a linguagem oficial.

Na literatura estrangeira, destacam-se os teóricos Knowles e Ludoski, que trabalham na educação de adultos, por terem desenvolvido métodos andragógicos de ensino.

No Brasil, o pedagogo Paulo Freire se sobressai por ter desenvolvido seu método de ensino de adultos com base na descoberta de que a utilização de palavras do universo do próprio aprendiz no processo educacional faz com

que ele desenvolva com mais eficiência sua aprendizagem. Knowles e Ludzinski o consideram um andragogo, enfatizando que seu trabalho pode ser usado dentro de métodos de andragogia, como demonstrado pelo Nottingham Andragogy Group. (Milligan, 1995)

Para apoiar o argumento de que a pedagogia é diversificada em sua natureza, examinar-se-á a teoria de Paulo Freire. A pedagogia de Freire é citada freqüentemente como uma teoria relacionada à educação em enfermagem. A obra "*Pedagogia dos oprimidos*" de Paulo Freire, publicada em 1985, é semelhante em muitas maneiras à educação apoiada pela teoria andragógica, embora o termo não fosse usado por ele. Para entender seu ponto de vista, é importante reconhecer que a maior parte de seus trabalhos na área de educação foi realizada na América do Sul: no Brasil, Nicarágua e Chile, de 1960 em diante. Essa experiência e a sua participação no Movimento Católico Radical influenciaram muito a sua posição, pois empenhou-se em aliviar a opressão das pessoas pela "Educação Libertadora", na qual ressalta a participação e o diálogo como também um relacionamento horizontal entre o educador e o aluno. (Freire, 1978, 1985; Milligan, 1995)

Freire enfatiza a idéia de que a educação tem essencialmente uma função política. Seus métodos e terminologias, incluindo uma referência à práxis, refletem seu alinhamento com a filosofia esquerdista (South American Christian Marxist), pois, nos primeiros anos de sua carreira, ele se referiu a Che Guevara como *um dos grandes modelos de professor humilde*. Por acreditar que o diálogo entre o educador e o educando não compreende apenas a troca de informação, vai muito além, porque não pode haver diálogo verdadeiro sem que este esteja permeado pelo amor, humildade e fé nos seres humanos. (Freire, 1978, 1985)

Em contraposição ao modelo educativo libertador, Freire deixa bem claro que a Pedagogia pode ser usada para controlar o indivíduo, especialmente no sentido político, o que se torna evidente quando faz a analogia de que a educação é como um banco: nele, o professor deposita informação na

mente do aluno, sem que haja diálogo. Ele advertiu que conhecimento/saber é processual, não basta apenas engolir fatos. (Freire, 1987) Dessa forma, vê-se que o indivíduo tem que examiná-los, refletir sobre eles, aproximar-se e tomar decisões. Isso pela ótica do educando, que está pautada em suas experiências e vivências, ou seja, nesse modelo, ele é estimulado a ser responsável e participante pelo seu próprio processo de aprendizagem.

O conceito de educação "*bancária*", citada por Cohen (1993), representa uma *adaptação* ao mundo, em vez da *transformação* do mundo. Para French & Cross (1992), o conhecimento não é mais estático, mas torna-se algo pessoal e valioso e, portanto, consistente com as metas da educação moderna de enfermagem. (Milligan, 1995)

Inúmeros estudos na área de enfermagem têm por referencial teórico/metodológico a Pedagogia de Freire. Dentre eles, destacam-se os de Oliveira (1999) que empregou a prática compartilhada como estratégia para o exercício da cidadania, e Gonzaga (1994) que utilizou o itinerário de Paulo Freire como instrumento orientador das práticas pedagógicas nas ações coletivas em saúde junto a uma comunidade urbana, na construção de projetos coletivos envolvendo instituição de saúde e usuários desses serviços.

Constata-se, assim como Mezirow apud Milligan (1995), que um dos pontos de interseção da Pedagogia de Freire e a Andragogia é o conceito de transformação, pois é visto como parte central dos dois processos educativos.

O propósito de se trazer alguns comentários sobre o trabalho de Freire não foi criticá-lo, ao contrário, concorda-se com seus métodos educacionais e seu ponto de vista sociológico. Destaca-se o fato de que sua teoria é uma forma específica de Pedagogia, inserida no vasto campo da pedagogia tradicional, e que suas metas são ao mesmo tempo semelhantes às da Andragogia.

Em decorrência dessa interface, optou-se em ter como referencial teórico a Andragogia que, em sua essência, a própria palavra diz a que veio.

No entanto, ao se estudar o modelo pedagógico e o modelo andragógico, verificam-se os contrastes existentes entre os dois métodos de ensino. Na educação tradicional, o professor organiza todo o conteúdo, elabora o planejamento de suas aulas e define antecipadamente o meio que considera mais eficiente para repassar suas informações aos alunos, método conhecido como modelo de conteúdo.

O professor andragógico (educador) elabora procedimentos que visam envolver os educandos no processo de educação. Esses procedimentos se caracterizam por estabelecer um clima que favorece a aprendizagem, cria mecanismos para o planejamento mútuo, diagnostica as necessidades para a aprendizagem, formula objetivos do programa para satisfazer essas necessidades, desenha o padrão de experiências de aprendizagem, conduz tais experiências com técnicas e materiais apropriados, avalia os resultados e re-diagnostica as necessidades. Esse método é conhecido como modelo de processos. *A diferença não é que um lida com o conteúdo e outro não; a diferença é que o modelo de conteúdo se preocupa com a transmissão de informações e habilidades, enquanto o modelo de processo se preocupa com a providência de procedimentos e recursos para ajudar o aprendiz a adquirir informações e habilidades.* (Knowles, 1990, p. 119)

Knowles, desde a publicação do seu primeiro artigo sobre Andragogia, em 1968, tem se dedicado exaustivamente à elaboração da teoria de aprendizagem de adultos, definindo pressupostos e elementos metodológicos que norteiam a sua aplicação na prática. A partir de então, o termo andragogia é freqüentemente associado a este teorista que, naquela época, dizia que, em situação de aprendizagem, os adultos se diferenciavam das crianças em alguns aspectos, tais como: autoconceito, experiência de vida, prontidão para aprender, perspectiva temporal e orientação da aprendizagem, requerendo um sistema educacional específico, levando em consideração a independência, a percepção e a motivação.

Ainda Knowles (1990) define o adulto de diferentes óticas: biológica, legal, social e psicológica. Do ponto de vista biológico, torna-se adulto quando pode se reproduzir; é considerado adulto legalmente a partir do momento em que, com base na lei, obtém o direito de voto, da carteira de motorista e outros documentos civis; torna-se adulto social quando cumpre papéis de adulto, tais como pai, cidadão, marido ou mulher e outros; o adulto psicológico é aquele responsável pela própria vida e capaz de se autodirecionar. Esta última definição é a mais importante no processo de aprendizagem.

Ludojoski (1972) definiu que o homem adulto *é considerado um ser em desenvolvimento histórico e herdeiro de sua infância, saído da adolescência e a caminho de sua velhice, em processo contínuo na individualização de seu ser e de sua personalidade*. Para caracterizá-lo, definiu três critérios: aceitação de responsabilidade, predomínio da razão e equilíbrio da personalidade.

Na aceitação da responsabilidade, definiu que o adulto é aquele que reconhece a responsabilidade de seus atos e toma suas decisões consciente de suas conseqüências, prometendo somente o que acredita poder cumprir. Essa atitude se torna às vezes extremista, fazendo com que o adulto perca o impulso espontâneo para a generosidade e a solidariedade, tendo foco somente no cumprimento do seu dever.

O predomínio da razão é uma das qualidades próprias do adulto que o distingue de crianças e adolescentes; ele é capaz de enxergar o mundo com objetividade. Sua capacidade de abstrair, generalizar, julgar, decidir, induzir e argumentar leva a um certo pragmatismo que lhe permite admitir a existência de problemas que não têm solução, considerada sua capacidade e conhecimentos disponíveis. A objetividade, tão necessária à sobrevivência humana, quando extremada, pode levar à solidão, freqüentemente sentida na vida adulta, que se acentua na perda de um ente querido, ou com a possibilidade da própria morte.

No equilíbrio da personalidade, o adulto é aquele que concluiu seu crescimento em todas as dimensões, ou seja, em corpo e em espírito, em sen-

timento e em sexualidade, na razão e em sua própria conduta moral. Para alcançar este degrau, requer grande esforço: em primeiro lugar é necessário superar a própria infância com sua moral puramente intrínseca, libertar-se da dependência de seus pais e adquirir uma imagem e vida autônoma. Todavia, esse comportamento sem limites pode levar a um estilo de vida conformista, anulando possibilidades de esforços para superação das situações habituais enraizadas.

Ao reavaliar seus estudos, Knowles passou a considerar, desde 1984, os modelos pedagógicos e andragógicos como paralelos, ou seja, as práticas pedagógicas são apropriadas como ponto inicial ou ponto de partida, quando os aprendizes não têm nenhuma experiência prévia sobre uma área ou um assunto específico. O modelo andragógico não tem uma ideologia, é um sistema de meios alternativos de suposições ou hipóteses, conduzindo à principal diferença entre os dois modelos, onde o pedagógico é um modelo ideológico que exclui as hipóteses andragógicas, e o modelo andragógico é um sistema de hipóteses que inclui as hipóteses pedagógicas. (Knowles, 1990)

Aucoin-Gallant (1994), em seu estudo sobre a aprendizagem de adultos, confirma que o modelo de Knowles é apresentado em forma de um contínuo pedagógico-andragógico, formando uma espécie de escala de hipóteses que tenta contemplar o aprendiz em sua totalidade, pelos estágios de desenvolvimento na situação de aprendizagem.

Constatou-se que a Andragogia, em nível mundial, tem sido aceita de modo crescente no âmbito da educação e da enfermagem, sendo utilizada na prática curricular, a partir da década de 70, e na assistência, na década de 90. (Barbieri, 1996)

Avaliando algumas obras da literatura internacional, evidenciou-se que, embora a maioria dos textos aponte aspectos positivos sobre a Andragogia, Darbyshire (1993) apresenta críticas e defende a Pedagogia como um método de ensino que oferece possibilidades potentes e transformadoras para a educação da Enfermagem. Também há estudos que aplicam esse método em ati-

vidades e pesquisas assistenciais, a exemplo de Mander (1992) que, em seu estudo preliminar, realizado com mães que abandonaram seus bebês, e com parteiras, detectou, entre outros, que o adulto aprende mais com a própria experiência de vida. Daí ser o aprendizado por toda vida.

Por outro lado, Happs (1990) critica o modelo tradicional de enfermagem e concorda que os adultos necessitam de métodos especiais. Apresenta a Andragogia como sendo uma nova perspectiva para a educação de adultos e acrescenta ainda que aprender é um processo que envolve pensar, descobrir, inquirir, refletir, criticar e responder criativamente.

Quanto à aplicação do método andragógico na formação de enfermeiros, segundo Burnard (1989) isto poderia acontecer em alguns momentos do programa curricular de enfermagem, e o professor deveria ser livre para recomendar a abordagem centrada no estudante, em certos estágios do treinamento acadêmico.

Contudo, os estudos de Janhonen (1991) que examinam perspectivas didáticas da enfermagem, baseadas no referencial andragógico, explicitaram que a maioria dos educadores da Finlândia ainda planeja os conteúdos didáticos curriculares, define os objetivos de suas aulas, e as avaliações são centradas no professor.

Pensando que esta tem sido uma prática universal, acredita-se, assim como Raudonis (1987), que os estudantes de enfermagem são aprendizes adultos e que os professores devem considerar as experiências e habilidades básicas para facilitar a aprendizagem e estimular a vontade de crescimento contínuo, para que eles se tornem competentes membros de sua profissão.

No entanto, apesar de Milligan (1995) defender a teoria da Andragogia como tendo filosofia, métodos e pesquisas que a apóiam e são condizentes com a educação contemporânea da enfermagem, é uma teoria educacional prática com muito significado para os educadores de enfermagem da atualidade, por ser consistente com o conceito de cuidado buscado na prática de enfermagem. Chama a atenção para que se faça uma reflexão crítica sobre a

própria motivação do professor, como também dos métodos que se utilizam para saber se estão cumprindo as necessidades dos alunos ou as suas próprias.

No Brasil, a Andragogia teve início em 1987 com a inserção de disciplinas sobre a educação de adultos em curso de pós-graduação em enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na Universidade de São Paulo, com o objetivo de vivenciar em grupo a maturação e a aprendizagem adulta. (Manzoli, 1984)

Mais tarde, em 1994, foi criado o Núcleo de Estudos Sobre Orientação de Enfermagem ao Cliente Adulto - "PRÓ-CLAD", coordenado pela professora Friedlander. Esse núcleo teve por objetivo desenvolver pesquisas voltadas para a área de formação da enfermagem e orientação do cliente adulto. (Barbieri, 1996)

Estudos brasileiros como os de Tasqueti & Lima (1994), Takayanagui & Silva (1994), Barbieri (1996), Arruda (1998) e Freitas (1999) demonstram a validade da Andragogia como uma nova proposta metodológica de educação de adultos. Para melhor entendimento, serão apresentados de forma sintética.

Tasqueti & Lima (1994) realizaram estudo objetivando verificar como os programas das disciplinas de Enfermagem Médico-cirúrgica e Fundamentos de Enfermagem de três escolas realizavam sua programação à clientela que era composta de alunos adultos-jovens. Verificaram que eles não incluíam pressupostos de educação de adultos nas disciplinas. Diante dos achados, sugeriram que se promovessem discussões e reflexão por parte dos docentes e dirigentes das escolas, em geral, sobre o tipo de aluno que têm em mãos, suas características, a literatura existente e qual o programa disciplinar que deve ser aplicado, tendo em vista o aluno adulto – universitário.

Takayanagui & Silva (1994), em seus estudos, tiveram como objetivo conhecer como se dá o atendimento à gestante, considerando o modelo andragógico de Knowles. Foi identificado que, quando o profissional já vivenciou uma situação semelhante à situação em que se encontra o cliente, sua forma



de atender é diferente. Então, propõem treinamento e reciclagem em serviço pela educação continuada, para que haja reflexão e desenvolvimento da maturidade pessoal e profissional, o que pode ser ampliado para todas as áreas de assistência.

Barbieri (1996), com seu estudo experimental aplicado a mulheres que participavam de um programa de planejamento familiar, verificou que o grupo participante do programa com didática baseada no modelo andragógico teve melhor conhecimento do que aquele que recebeu o programa com método tradicional de ensino. As mulheres do grupo que recebeu o programa no modelo andragógico, qualificaram-no mais positivamente, assim como o educador e os benefícios adquiridos com ele. Um outro ponto importante de seu estudo é que a aplicação do modelo andragógico de Knowles contribuiu para o aperfeiçoamento das ações educativas do enfermeiro com relação aos trabalhos de planejamento familiar.

Em estudo anterior, empregou-se a Andragogia com clientes a serem submetidos a cirurgias eletivas, verificando-se, nesse processo educacional, que os conhecimentos, tanto do educando como do educador, serviram de base para a construção de um modelo assistencial voltado para o adulto. (Aruda, 1998)

Freitas (1999) detectou em seu estudo comparativo que as gestantes, que participaram da intervenção educativa fundamentada em um modelo de educação de adultos, apresentaram, quando puérperas, menor número de problemas relativos ao autocuidado, aos cuidados com o recém-nascido e ao aleitamento materno, quando comparadas àquelas que não participaram da referida intervenção.

Freitas aponta, ainda, a importância de o enfermeiro se comprometer com os resultados de suas ações, para que sua assistência seja continuamente aperfeiçoada, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da clientela.

Na Andragogia, o papel do educador é facilitar o caminhar do grupo rumo à educação. Nessa abordagem metodológica, o educador é um recurso pessoal, pois expõe, demonstra, promove valores, supervisiona, assessora e ajuda no gerenciamento do grupo. (Hoff, 1989) Busca, ainda, desencadear um processo que torna o cliente ou educando co-participante no seu próprio aprendizado, estabelecendo um acordo interativo pessoal e empenho em aprender.

O modelo andragógico de Knowles se baseia em seis pressupostos relacionados às características dos adultos e em sete elementos metodológicos que norteiam o seu desenvolvimento. Eles serão descritos a seguir, conforme apreensão e síntese interpretativa feita pela autora deste estudo.

#### **Pressupostos:**

***Necessidade de aprender:*** no processo de aprendizagem, o adulto precisa identificar a necessidade daquilo que está aprendendo, que benefícios serão gerados ou quais as conseqüências negativas de não aprender. Na educação de adultos, o trabalho do educador é ajudar o educando a adquirir consciência da necessidade de aprender. Uma ferramenta ou arma potente para isso é a utilização de experiências similares e reais, em que os educandos descobrem por si onde estão e onde irão chegar com a aprendizagem.

***O autoconceito do aprendiz:*** adultos têm o autoconceito de ser responsáveis pelas decisões em sua vida e desenvolvem uma necessidade psicológica de ser vistos e tratados por outros como seres capazes de se autodirecionarem e, portanto, ser autônomos.

***Prontidão para aprender:*** os adultos se tornam prontos, com maturidade para aprender aquelas coisas que eles precisam, estando aptos a fazer e colocar em prática o seu aprendizado em situações reais da sua vida.

***O papel da experiência:*** os adultos vêm para a atividade educacional com um volume e qualidade diferentes da experiência de um jovem. A diferença na quantidade e na qualidade das experiências dos adultos tem várias con-

seqüências na sua educação, que devem ser usadas como importante recurso para a aprendizagem.

**Orientação para a aprendizagem:** a orientação para a aprendizagem do adulto é voltada para a vida atual, ou seja, para o desenvolvimento de tarefas ou superação de problemas que enfrentam. Os entendimentos e novos conhecimentos, técnicas, valores e atitudes são apreendidos com mais eficácia quando são apresentados e aplicados no contexto da vida real.

**Motivação:** os adultos recebem alguma motivação externa (como melhor trabalho, salário, promoções), porém o maior potencial motivador são as pressões internas (desejo de satisfação, auto-estima, qualidade de vida, crescimento e desenvolvimento, entre outros).

#### **Elementos metodológicos:**

**Clima:** o clima deve transmitir a valorização do ser humano. Para tanto deve ser informal, consensual, dialógico e de respeito mútuo entre o educador e o educando. O educador deve ser facilitador, colaborador, apoiador e advogado. Além disso, considera-se também a organização ambiental com sua estrutura política, entre outros, suas cores, tamanho e arranjo físico e o clima psicológico, proporcionando à pessoa conforto, segurança, confiança, aceitação, respeito, em clima de cooperação, para que aconteça a participação interativa.

**Cria mecanismos para o planejamento:** o planejamento da educação/capacitação deve ser por decisão participativa. Estabelecer mecanismo para o planejamento mútuo não é suficiente; é necessário que a delegação da responsabilidade e influência seja real nas decisões para ambas as partes. As pessoas têm tendência a se comprometer para uma decisão ou atividade em direta proporção à sua participação ou influência no seu planejamento.

**Diagnóstico:** é feito por avaliação conjunta entre educador/educando. Constitui veículo efetivo para determinar as necessidades de aprendizagem. Nele, são identificadas as percepções do educando, o que ele quer ser, o que quer realizar, em que nível quer atuar, sendo este o ponto inicial para constituir

o modelo de competência<sup>8</sup>. O diagnóstico pode ter momentos individuais e coletivos.

***Estabelecimento dos objetivos:*** por negociação entre os participantes envolvidos no processo de aprendizagem. Envolve um conjunto de circunstâncias que identifica uma classe de desempenho humano que pode ser observada e alcançada.

***Plano de aprendizagem:*** é o desenho ou modelo do programa, pautado numa série de episódios relatados pelo educando. O programa consiste de momentos individuais e coletivos, sendo cada projeto planejado de forma colaborativa.

***Atividades de aprendizagem:*** conduzem-se as experiências de aprendizagem por meio de técnicas e materiais apropriados com o envolvimento/participação ativa do educando em atividades práticas.

***Avaliação:*** conjunta, com participação dos envolvidos no processo, considerando-se os dados de evidências auto-adquiridas, as crenças, os valores e os sentimentos manifestos. A avaliação é realizada em quatro passos: reação à avaliação; avaliação da aprendizagem; avaliação de comportamento e avaliação dos resultados. Reação à avaliação: identifica todos os sentimentos negativos e positivos com relação às informações obtidas pelo educando; avaliação da aprendizagem: envolve a análise das informações sobre os princípios, fatos e métodos utilizados; avaliação de comportamento: requer informações do observador sobre as mudanças reais do educando, comparadas com suas atitudes anteriores; avaliação dos resultados: controla as variáveis suficientemente, para demonstrar que foi a educação/capacitação a responsável pelas mudanças ocorridas.

---

<sup>8</sup> Os andragogos preferem utilizar o termo modelo de competência ao se referirem às capacidades, requisitos e habilidades que são necessários para a apreensão e/ou desenvolvimento de uma nova aprendizagem. (Knowles, 1990)

## MARCO REFERENCIAL DO ESTUDO

O marco referencial é composto por pressupostos e conceitos que servem de guia para o processo de cuidar do cliente cirúrgico em período pré-operatório.

### Pressupostos

Entendem-se pressupostos como crenças, valores, *coisas* em que se acreditam. Apresentam-se a seguir alguns pressupostos oriundos das reflexões teóricas e práticas sobre o cliente cirúrgico em pré-operatório, acrescidos de outros baseados no método Andragógico de ensino e pressupostos da pesquisa participante, que conduziram a aprendizagem do ser humano em sua fase adulta. São eles:

- O ser humano adulto é dinâmico e está em contínuo aprendizado, com capacidades para aprender coisas novas e efetuar mudanças no seu comportamento, independentemente da idade.
- O cliente é um ser humano racional e social que pensa, reage, enfrenta e tenta se adaptar às situações às quais está exposto.
- O adulto tem necessidade de adaptar-se a novas situações e, desta forma, busca conhecimentos para garantir a sobrevivência, subsistência, crescimento e realização pessoal e profissional.
- O desejo de aprender deve ser despertado nos adultos, para motivá-los a adquirir novos conhecimentos e/ou habilidades.
- O adulto estabelece suas próprias necessidades de aprendizagem e aprende mais efetivamente quando lhe é permitido seguir seu próprio ritmo. (Moscovici, 1996)
- O período pré-operatório se inicia a partir do momento em que ocorre a indicação cirúrgica e a aceitação da pessoa em se submeter ao procedimento.

- A assistência de enfermagem, no período pré-operatório para cirurgias eletivas, tem seu início em nível ambulatorial, após a pessoa aceitar se submeter à intervenção cirúrgica.
- O cliente cirúrgico tem o direito de compartilhar informações com o enfermeiro sobre sua doença e tratamentos, participando ativamente nas decisões que influenciam no seu processo saúde-doença.
- O enfermeiro é um dos elementos da equipe de saúde capacitado para preparar a pessoa que irá se submeter a uma cirurgia e enfrentar as situações do pré, trans e pós-operatório.
- O enfermeiro, assistindo o cliente no pré-operatório, deve sempre levar em consideração suas experiências, crenças e valores, buscando interagir com ele: esclarecendo suas dúvidas, medo, ansiedades e expectativas, minimizando o impacto da cirurgia e da hospitalização, buscando assisti-lo de forma individualizada.
- O enfermeiro deve propiciar um ambiente informal e acolhedor, a fim de estabelecer a interação interpessoal, sendo esta a base do trabalho educativo.
- Os profissionais de saúde têm o dever de manter o respeito, a privacidade e a individualidade dos clientes, no que tange às suas necessidades e expectativas, relacionadas a crenças e valores socioculturais, filosóficos, espirituais e familiares.
- O envolvimento deliberado do enfermeiro, como investigador na situação de pesquisa, é essencial, por ser essa a forma adequada de produzir conhecimento. Por outro lado, essa postura não pode ser unilateral, pois o conhecimento só pode ser gerado na prática participativa que fornece a interação entre o saber popular e o saber erudito que se fundem no processo educativo mútuo e devem levar à ação transformadora.

## **Conceitos**

São abstrações do pensamento, concepções, idéias formuladas e transcritas em palavras. No processo de elaboração dos conceitos, procurou se adequar as concepções pessoais com as dos vários autores que têm trabalhado com a educação de adultos e com o pré-operatório. O marco conceitual neste estudo foi constituído pelos conceitos de ser humano adulto/cliente cirúrgico, Andragogia, educação, co-participação, pré-operatório, enfermagem perioperatória e interação.

### ***Ser humano adulto/cliente cirúrgico***

É o ser humano que apresenta características gerais de adultez: maturidade tanto física como mental, ocupação/desempenho de papéis na sociedade e alcance legal da maioridade. As diferenças estão nas peculiaridades e especificidades relacionadas a sua história de vida, crenças, valores, experiências, limitações e paixões. As reações de defesa e os mecanismos de enfrentamento também fazem parte da individualidade, variando de acordo com o significado que a situação representa para cada um, como ser, existir.

O ser humano adulto - cliente cirúrgico - é uma pessoa que está enfrentando problemas de saúde, e a cirurgia é uma alternativa para a sua resolução. Sua maturidade e experiências de vida o tornam capaz de fazer opções e decidir sobre seu corpo, vida e saúde. O adulto manifesta desejo de aprender coisas novas, quando estas se revertem em benefícios e imediatismo na resolução do seu problema de saúde.

### ***Andragogia***

É uma metodologia de ensino que pode ajudar as pessoas adultas a aprender. A Andragogia considera a condição do adulto como ser que possui potencialidades e é capaz de conduzir seu aprendizado, de acordo com os próprios interesses. Enfatiza os aspectos referentes ao processo de orientação da aprendizagem e conduz ao enriquecimento dos conhecimentos culturais,

profissionais e sociais do adulto, mediante a autoformação, a auto-educação e a auto-aprendizagem. (Knowles, 1990)

### **Educação**

A educação é um processo de permanente ação/reflexão (*práxis*) que ocorre ao longo do ciclo vital do ser humano. É caracterizada como um *fato histórico*, representada pela história individual de cada ser humano e suas vivências na comunidade; é um *fato existencial*, caracterizada pela própria existência de se fazer homem; é um *fato social*, determinada temporalmente pelos interesses da sociedade (relações econômicas, usos, ciências, instituições); é um fenômeno *cultural*, que depende do grau de desenvolvimento da comunidade, relacionado aos conhecimentos, experiências, usos, crenças, valores, etc...; é um *fato de ordem consciente*, determinada pelo grau alcançado pela consciência social e objetiva de suscitar no educando a consciência de si e do mundo; é, por natureza, contraditória, pois implica simultaneamente conservação e criação, ou seja, a crítica, a negação e a substituição do saber existente, possibilitando a criação do novo e do progresso da cultura. Entre pessoas, a educação ocorre quando ambos, o enfermeiro e o cliente, tiverem a consciência crítica de que não existe saber absoluto, e, sim, saber relativo, devendo este ser a base da relação educativa. ( Knowles, 1990; Freire, 1994 e Pinto, 1982)

### **Co-participação**

O adulto, como cliente possuidor de saberes e idéias, é capaz de refletir criticamente o experiente e o vivido e de relacionar-se com outros em busca do novo, do atual e do necessário.

Como não existe saber absoluto e o conhecimento só pode ser gerado pela prática participativa, é importante que o enfermeiro e o cliente, que são os sujeitos fundamentais da educação pré-operatória, se coloquem numa relação horizontal de co-participação para realizarem troca de saberes, adaptem-se a



situações adversas e gerarem novos conhecimentos. A educação co-participativa é o envolvimento deliberado com objetivos comuns, negociada e decidida entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem.

### ***Pré-operatório***

Pré-operatório é o período que antecede o ato cirúrgico. Inicia-se a partir da indicação e decisão do cliente pela intervenção cirúrgica e termina com a sua transferência para a mesa operatória. Hense (1987) divide o pré-operatório em três estágios, ocorrendo dois antes da internação hospitalar. O primeiro estágio vai da manifestação da alteração da saúde até a consulta médica; o segundo, da indicação cirúrgica até a hospitalização; e o terceiro, da hospitalização até a cirurgia. No transcorrer dos estágios, ocorre um processo espaço-temporal, onde o cliente cirúrgico se vê diante de eventos, problemas e dificuldades que, para ele, assumem formas de prazos marcados, pelos quais ele tem que passar e que, gradativamente, vão se realizando. Durante esses estágios, o cliente fica *esperando* os resultados dos exames, a definição da cirurgia, a internação, a cirurgia e a possibilidade ou previsão de alta. Sente que está *perdendo o controle* dos seus limites, quando não consegue mais cuidar de si, desconhece muitas situações ou tem a sensação de perda de coisas importantes e acaba *sofrendo emocionalmente*, por ter que passar pelas emoções desagradáveis, ruins ou negativas que o fazem sofrer. Fica ansioso, sente medo, agonia, nervosismo e preocupação.

É, nesse contexto, que o cliente cirúrgico vivencia com o enfermeiro uma prática de cuidar diferenciada e interativa, denominada "Processo de Decisão Co-participativa".

### ***Enfermagem perioperatória***

A enfermagem é a ciência e a arte da prática do cuidado. A terminologia enfermagem perioperatória é utilizada para caracterizar as atividades que os membros da equipe de enfermagem desenvolvem nas três fases da experi-

ência cirúrgica, ou seja, pré-operatória, intra ou trans-operatória e pós-operatória. O enfermeiro, como pessoa integrante da equipe de enfermagem, coloca seus conhecimentos, habilidades, saberes e pensamentos à disposição do cliente cirúrgico e família; ele interage, compartilha, descobre, compreende e desenvolve suas práticas do cuidado de forma co-participativa e negociada, agindo como facilitador do processo de aprendizagem.

### **Interação**

É a maneira pela qual se estabelece o relacionamento interpessoal, pela atenção, respeito, diálogo, silêncio, sorriso, olhar, gesto, postura corporal, aproximação, afastamento, presença, disponibilidade de ajudar e outras ações ou manifestações humanas, pois, segundo Moscovici (1996), *o processo de interação humana ocorre permanentemente entre as pessoas, pela forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não verbais, pensamentos, reações mentais e/ou físico-corporais.*

## **CAPÍTULO 3**

### **DESCREVENDO A METODOLOGIA**

Nessa proposta, a metodologia de assistência de enfermagem reuniu os elementos e condições para o desenvolvimento do estudo co-participativo, uma vez que incorporou o espaço e a oportunidade de encontro dos sujeitos (enfermeira pesquisadora e cliente), a experiência compartilhada de assistência com a coleta e o processo de análise dos dados. A abordagem participante, como modalidade de pesquisa qualitativa, foi oportuna neste estudo, porque ela preconiza essa participação do pesquisador e pesquisados, durante toda a sua realização. Também porque esse processo participativo ocorre mediante ação educativa, que valoriza o conhecimento e a pessoa do outro, em que os participantes desvelam a realidade, interagem e se ensinam mutuamente. (Haguette, 1995) Estas características foram ao encontro do modelo Andragógico de educação que permeou todo o desenvolvimento do processo de decisão co-participativa.

Para fins didáticos, apresenta-se a assistência realizada no estudo e a metodologia em separado.

#### **O ESTUDO CO-PARTICIPATIVO**

##### **Local do estudo**

A coleta dos dados foi realizada com os clientes que estavam aguardando cirurgias eletivas na clínica cirúrgica de uma Instituição Hospitalar Pública na cidade de Cuiabá.

O local dos encontros foi definido em comum acordo entre os participantes, acontecendo na instituição e no domicílio dos clientes, em atendimento às suas necessidades e preferências. Tais escolhas levaram em conta a própria orientação do modelo andragógico que considera que uma relação educativa tem melhores resultados se ocorrer em ambientes o mais informais e des-

contraídos possível, favorecendo o estabelecimento de um clima de cooperação e participação interativa.

### **Sujeitos do Estudo**

Foram adultos que seriam internados na clínica cirúrgica para submeter-se a cirurgias eletivas.

Os critérios para a escolha dos entrevistados foram condicionados a: idade (adulto com idade superior a 18 anos<sup>9</sup>), data da programação da cirurgia (possibilidade de encontros no mínimo 10 dias antes da internação) e residir em Cuiabá ou Várzea Grande.

Pela abordagem qualitativa, a determinação da amostragem ocorre em detrimento da saturação dos dados relevantes para a temática, que neste estudo alcançou limiar de participação de 19 clientes.

O contato<sup>10</sup> inicial dos clientes escolhidos foi por telefone e/ou telegrama. No primeiro encontro, foram informados sobre os itens que constam de aspectos éticos da pesquisa, descritos adiante.

### **Coleta de dados**

O início da coleta dos dados se deu em outubro de 1998 e o término, em junho de 1999. Durante esse período, foram desenvolvidas as etapas da assistência de enfermagem, ocorrendo a pré-análise simultaneamente com a coleta dos dados, para nortear os encontros subseqüentes que tiveram a participação real e decisiva dos clientes.

Inicialmente, a coleta dos dados junto a cada cliente foi prevista para ser realizada em quatro (4) encontros, sendo três (3) destes individuais e um (1) coletivo. Desses quatro (4) encontros, três (3) seriam no pré-operatório e um (1) no primeiro dia de pós-operatório. Porém, após contato com os três primeiros clientes, foi necessário voltar ao marco teórico e delinear um novo

---

<sup>9</sup> Para este estudo, foi adotada a classificação do Ministério da Saúde, que estabelece que a fase adulta se inicia a partir dos 18 anos.

caminho metodológico, considerando as necessidades pessoais dos clientes e o método de educação de adultos adotado. O modelo andragógico de educação preconiza exatamente o oposto do que estava sendo praticado, ou seja, nesse modelo, a participação do cliente (educando) deve ser real e decisiva, tanto quanto a do enfermeiro (educador), em todos os momentos, desde o diagnóstico, planejamento até a avaliação. Em consequência disso, a definição antecipada de encontros individuais e coletivos também foi abolida, dando espaço para a decisão do cliente, dependendo dos interesses e incentivos internos. A partir de então, os encontros foram diferenciados para cada cliente, adequando-os às necessidades individuais ou de grupos afins, variando entre 1 e 4 no pré-operatório e 1 e 3 no pós-operatório.

Em casos especiais, houve visita domiciliar e contatos por telefone no pós-operatório tardio<sup>11</sup>, quando se fez necessário o acompanhamento.

### ***Instrumento de coleta dos dados***

A técnica de entrevista semi-estruturada foi bastante adequada para este estudo, pois se obtiveram os dados a respeito do que as pessoas *sabiam, acreditavam, esperavam, sentiam ou desejavam, pretendiam fazer, faziam ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas procedentes*. O tipo de entrevista utilizada foi focalizada e por pautas, pois enfocava um tema específico e conferia ao cliente entrevistado ampla liberdade de expressão sobre o assunto. A entrevista por pautas levou em conta o grau de estruturação feito pelo enfermeiro/entrevistador que guiou a abordagem de questões de seu interesse e dos pressupostos para o estudo. (Trivinõs, 1987, Gil 1994, Minayo, 1996)

O roteiro de entrevista pré-estruturada (Anexo I) norteou a coleta de dados do primeiro encontro, pois, quando ocorreram outros encontros, estes

---

<sup>10</sup> Foram definidos contatos, aqueles feitos pelo telefone e, encontros, os realizados pessoalmente.

<sup>11</sup> Entende-se que a definição temporal dos períodos pós-operatórios varia em função da gravidade da patologia, do tipo de cirurgia e da reação orgânica do cliente ao procedimento. Geralmente, considera-se pós-operatório imediato as primeiras 24 horas após a realização do procedimento e pós-operatório tardio, o período que vai desde a alta até a eliminação completa dos riscos decorrentes do próprio ato cirúrgico.

tiveram por base o diagnóstico e o planejamento realizado do encontro anterior. A escolha das estratégias e atividades de aprendizagem era adequada às necessidades e interesses do cliente e realizada em comum acordo entre o enfermeiro (educador) e o cliente (educando), tendo este último a liberdade de manifestar outros questionamentos ou propor atividades diferentes no momento do novo encontro.

A coleta de dados do encontro ocorrido no primeiro dia de pós-operatório também foi realizada utilizando-se de instrumento semi-estruturado específico para cada cliente, porque resultou das questões trabalhadas no(s) encontro(s) pré-operatórios e das abordagens utilizadas.

Os encontros não tiveram tempo definido e apresentaram duração variável de trinta a setenta minutos.

As pessoas presentes nos encontros eram geralmente o cliente e a pesquisadora, porém seis clientes vieram acompanhados por familiares que também participaram das atividades educativas.

Durante os encontros, os registros foram feitos através de diários de campo (Anexo II) e uso de gravações. As transcrições das fitas foram realizadas na íntegra, respeitando-se o seu teor.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

Durante as ações de cuidar, prevaleceram os critérios de respeito à dignidade do ser humano, a proteção aos direitos e o seu bem-estar, conforme recomenda a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa com seres humanos. Para preservar os direitos dos sujeitos do estudo e da Instituição onde foram coletados os dados, tiveram-se os seguintes cuidados:

- a) A direção do hospital, a gerência e serviço de enfermagem médico-cirúrgica e o serviço de cirurgias receberam cópia do projeto. Esclareceu-se, por meio de ofício, quanto à viabilidade do estudo e ao

compromisso de manter o anonimato da Instituição quando da divulgação dos resultados.

- b) O cliente que atendia aos critérios preestabelecidos foi consultado, esclarecido e incluído no estudo somente após assinar o formulário de consentimento. (Anexo III)
- c) Ao cliente foi garantido o direito de desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso interferisse no tratamento cirúrgico e/ou cuidado, além do seu completo anonimato, por ter seu nome substituído por personagens bíblicos.
- d) Foi mantido sigilo das informações prestadas.
- e) O cliente teve o direito de tomar decisões conjuntas sobre seus cuidados, garantindo dessa forma a co-participação.
- f) As entrevistas foram gravadas e, quando necessário, fotografadas, sempre com prévia autorização do cliente cirúrgico e/ou familiar.
- g) Foi esclarecido que este tipo de estudo não acarretaria riscos ou desconfortos aos clientes. Ao contrário, as ações visariam ao maior conforto e recuperação nas fases cirúrgicas, além de propiciarem maior co-participação do cliente e seu(s) familiar(es) no processo de cuidar.
- h) A Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição onde foi realizado o estudo e a da Universidade Federal de Mato Grosso receberam cópia do projeto contendo protocolo de pesquisa, termo de compromisso (Anexo IV) e protocolo de consentimento, após informação. (Anexo III)
- i) Apesar de todo o rigor da pesquisa, os membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros e funcionários de enfermagem) foram informados apenas sobre o desenvolvimento da pesquisa e seus objetivos. Porém, desconheciam quais clientes estavam participando dela, pois a preocupação era de que o tratamento dado aos sujeitos

da pesquisa não fosse diferente dos outros que dela não participaram. Visava-se, ainda, na fase de avaliação, captar como a equipe percebia estes clientes.

## **A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Foi baseada no marco explícito anteriormente, buscando atender ao objetivo do estudo em seu caráter co-participativo. O planejamento e a particularidade da assistência de enfermagem foram realizados em conjunto com o cliente, a partir do momento em que fossem sendo propostas as etapas metodológicas.

### **1º- Vivências e Manifestações (Coleta de Dados)**

A coleta de dados foi dinâmica e começou no primeiro encontro entre o enfermeiro e o cliente cirúrgico, mantendo-se até o último encontro. Houve momentos em que ela foi mais intensa.

As técnicas utilizadas para o levantamento dos dados foram a entrevista e a observação das formas verbais e não verbais de comunicação.

Dados complementares foram obtidos pela consulta de documentos, como o prontuário e os relatos da equipe de saúde.

Para a coleta dos dados, foi imprescindível atender a um dos elementos metodológicos da andragogia - o estabelecimento de um "clima" de confiança que facilitasse o intercâmbio enfermeiro/cliente e propiciasse o encorajamento da manifestação das experiências e dos conhecimentos que o cliente possuía.

### **2º- Diagnóstico da Situação/Necessidades**

O diagnóstico da situação foi realizado após cada encontro, pela **avaliação conjunta** entre o enfermeiro e o cliente, objetivando desvelar as informações acerca do que a pessoa sabia, esperava, sentia ou desejava saber



sobre a cirurgia. Além dessas, foram considerados os aspectos de expressão não verbal, como gestos, expressão facial, entre outros.

### **3º- Definição/Desenvolvimento das Atividades de Aprendizagem (Planejamento/Implementação)**

O planejamento foi elaborado pelo processo de **decisão co-participativa**, e o plano assistencial foi **seqüenciado segundo o interesse, curiosidade e incentivos internos** da pessoa e dos objetivos propostos.

Os direitos do cliente quanto às informações foram garantidos e, quando estas dependeram de outros profissionais da área de saúde, foram realizados os encaminhamentos. Os profissionais foram contatados antecipadamente e, na oportunidade, tiveram conhecimento sobre o trabalho em desenvolvimento.

### **4º- Avaliação**

A avaliação foi um processo dinâmico que teve início com o desenvolvimento das ações, e culminou no último encontro com o cliente, onde se previu a retomada do significado da experiência, opiniões, avaliação do processo assistencial e, em particular, do método educativo empregado na percepção das pessoas envolvidas no processo.

## **CAPÍTULO 4**

### **OS ACHADOS DO ESTUDO À LUZ DA ANDRAGOGIA**

A apresentação e a análise dos dados estão divididas em três subtópicos. Iniciam-se com a caracterização da clientela representada nos Quadros 1 e 2 que, respectivamente, retratam as características do cliente cirúrgico de modo geral e, posteriormente, especificam a situação e o acompanhamento cirúrgico. O segundo subtópico faz uma retomada dos pressupostos de Knowles e os aproxima dos achados durante o processo assistencial, finalizando com a descrição dos elementos metodológicos.

#### **CONHECENDO O APRENDIZ**

Embora inicialmente não se tivesse a intenção de estar caracterizando em quadros a clientela, com o decorrer do trabalho, sentiu-se a necessidade de agruparem-se os dados em dois quadros para facilitar sua visualização, organização e discussão. Cabe ressaltar que os itens desta caracterização não foram predefinidos, nem tiveram questionário norteador. Eles se formaram gradualmente, pelos itens de identificação obtidos do prontuário do cliente e pelas manifestações espontâneas durante os encontros. Estes dados se apresentaram ricos e interligados à vida da pessoa, à sua inserção na família e na sociedade, o que, de certa forma, interferiu na programação e no curso da assistência, com as facilidades ou dificuldades do cliente estar aderindo ou não aos programas. Surgiram outras questões como gênero, idade, chefe de família, que influenciaram na marcação da cirurgia, como comentário elaborado após a apresentação do Quadro 1.

QUADRO 1: Caracterização geral dos clientes a serem submetidos à cirurgia eletiva. Cuiabá, 1999.

Nome	Idade	Sexo	Cor <sup>*</sup>	Estado Civil	Religião	Ocupação	Escolaridade <sup>**</sup>		Nº Filhos	Renda Familiar <sup>***</sup>	Naturalidade Cidade/Estado	Agregação Mora com:
							1º	2º				
1. Abigail	40	F	Parda	Separada	Católica	Passadeira de roupas		I	02	2,5	Cuiabá/MT	Filhos
2. Ana	24	F	Parda	Casada	Católica	Babá		I	02	2,5	Cuiabá/MT	Marido e filhos
3. Daílla	27	F	Branca	Casada	Católica	Do lar	C		03	04	Paranatinga/MT	Marido e filhos
4. Esther	44	F	Branca	Separada	Católica	Faxineira	I		04	4	Pejuçara /RS	Filhos solteiros
5. Eva	54	F	Parda	Casada	Católica	Faxineira	I		05	4,5	D. Aquino/MT	Marido + filhos cas.
6. Izabel	47	F	Parda	Casada	Protestante	Do lar	I		05	2	Cuiabá/MT	Marido
7. João	54	M	Parda	Casado	Protestante	Comerciante	A		04	2-3	Cuiabá/MT	Mulher
8. Lia	70	F	Branca	Viuva	Protestante	Aposentada	C		08	7	Erechim /RS	Filho casado
9. Lucas	23	M	Parda	Solteiro	Católico	Desempregado	I		01	3-4	Cáceres /MT	Mãe
10. Marcos	59	M	Branca	Separado	Protestante	Vendedor ambulante	I		08	0,66	Afagador do Ingazeiro / PE	Sozinho
11. Maria	66	F	Parda	Separada	Protestante	Do lar	I		07	1,5	Chapada dos Guimarães/MT	Filha e netos
12. Matheus	41	M	Parda	Casado	Protestante	Comerciante		C	03	6	Cuiabá/MT	Mulher e filhos
13. Paulo	40	M	Parda	Separado	Católico	Vendedor ambulante	I		02	0,88	Itambaqui/MG	Sozinho
14. Pedro	39	M	Parda	Casado	Católico	Funcionário empresa privada	I		02	2,5	Cuiabá/MT	Mulher e filhos
15. Priscila	46	F	Parda	Casada	Protestante	Produtora de Paçõquinha	I		02	3	Rondonópolis /MT	Marido e filhos
16. Raquel	38	F	Parda	Divorciada	Católica	Vendedora ambulante		I	03	3	Cuiabá/MT	Filhos
17. Simei	43	F	Parda	Separada	Protestante	Cozinheira	I		01	1	Bahia	Filho Solteiro
18. Tamar	49	F	Parda	Casada	Protestante	Cozinheira	I		05	4,5	Minas Gerais	Marido
19. Thiago	62	M	Parda	Casado	Protestante	Joalheiro	C		04	5	Pantanal /MT	Mulher

\* Segundo classificação empregada pelo IBGE na última PNAD - Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (1991).

\*\* A= Analfabeto I= Incompleto C= Completo

\*\*\* Baseada em salário mínimo vigente em 1999 ( 132,00 reais).

O total de clientes que fez parte do estudo foi de 21. Destes, apenas 19 foram caracterizados, porque dois apresentaram obstáculos à participação, tais como não querer conversar e adiar o encontro várias vezes.

Ao observar os dados contidos no Quadro 1, a idade dos clientes variou entre 23 e 70 anos, tendo dois deles idade superior a 65 anos. Pela legislação, o idoso tem o direito de ter acompanhante e, coincidentemente, ambos o solicitaram. Como esta não é uma prática na Instituição onde foi realizado o estudo, ela foi negociado junto à equipe e atendida. Dos dezenove clientes (100 %) entrevistados, doze (63%) eram mulheres e sete (37%), homens. A idade delas variou entre 24 e 70 anos, quatro (21%) eram separadas do marido e trabalhavam para sustentar a família, ou seja, ocupavam o lugar de “chefe de família”<sup>12</sup>, fato constatado em cerca de 18,5% em 1985.

Quanto ao estado civil, dez (52%) eram casados<sup>13</sup>, seis (31%), separados, um (5%), viúvo, um (5%), divorciado e um (5%), solteiro. O estado civil teve interferência na programação da vida das pessoas no sentido de preparar-se para a internação e convalescença, sobretudo mulher “chefe de família” e com filhos menores. Interessante destacar neste item que, eventualmente, aconteciam lacunas nas escalas de cirurgias, e alguns clientes eram chamados para se internar na véspera da cirurgia. Nessas situações, as assistentes sociais informaram que faziam os encaminhamentos e, quando o cliente era homem, geralmente aceitava a internação, e se fosse mulher, não. Aparece aqui a questão de gênero que, embora não seja objeto do estudo, teve grande influência na decisão e planejamento da internação. A alegação das clientes era de ter que ... *organizar as coisas da casa...* , ...*arranjar alguém para ficar com os filhos menores...*, ...*deixar estoque de mantimentos...*, entre outros, e precisavam de mais tempo para fazer isso. Dentre os sete homens que participaram do estudo, apenas dois (10%) eram separados, moravam sozinhos e trabalhavam para sua própria sobrevivência, porque os filhos eram criados e sustenta-

---

<sup>12</sup> Mulher “Chefe de família” mostrada em BRASIL.IBGE. Amostra de 1% do Censo Demográfico de 1970 e PNAD’s 1977 e 1985.

<sup>13</sup> Segundo a Legislação brasileira, qualquer pessoa que vive maritalmente por mais de dois anos, possui os mesmos direitos de um casado. Então, todos os clientes que viviam com alguém por período igual ou superior a este, foram considerados casados. (Piovezane,1999)

dos pela ex-mulher. A pessoa que era “chefe de família”, fosse mulher ou homem e, principalmente, trabalhador autônomo, preocupava-se com a reserva econômica para enfrentar o período de convalescença.

*Sabe, desde o ano passado estou juntando dinheiro, tudo que consigo economizar coloco no banco, não estou fazendo dívida de jeito nenhum, só aguardando essa cirurgia. Não sei quanto tempo vou ficar sem trabalhar. (Esther- faxineira)*

*Estou procurando fazer uns bicos a mais para juntar dinheiro, tenho 4 bocas para dar de comer e depois da cirurgia vou ter que dar uma parada para recuperar. (Matheus - comerciante)*

A cor da pele dos clientes foi predominantemente a parda (15, 79%). Os brancos (4,21%) tinham descendência européia, sendo dois imigrantes do Rio Grande do Sul e dois de outros Estados do Brasil.

Os participantes eram em sua maioria de Mato Grosso (83,68 %) e os demais (16,32%), de outras regiões do país. A identificação da naturalidade permitiu atender aos hábitos e costumes dos clientes, que se manifestaram pela dor de cabeça pela falta do *cafezinho* em jejum e nervosismo pela falta do *chimarrão*. Estas situações foram perfeitamente possíveis de ser solucionadas.

Acredita-se que a religiosidade seja uma expressão cultural e uma forma de relação entre parentes e amigos, uma manifestação importante que une as pessoas. Neste estudo, a religiosidade não teve relação com a naturalidade, ou seja, entre os clientes mato-grossenses e os de outras naturalidades, cerca de 50% deles eram católicos e 50%, protestantes. Nos encontros, a religiosidade foi manifestada pela crença em um “ser superior”, em expressões tais como: ... *Deus é poderoso ...*, ... *Deus vai me ajudar...*, ... *seja o que Deus quiser ...*, ... *o médico opera mas quem guia as mãos dele é Deus ...*, ... *faço novena ...*, ... *Vou rezar a noite toda para Deus ajudar na internação e na cirurgia...*, ... *confio em Deus que vou ficar curada com esta cirurgia...*, ... *oro todo dia pedindo saúde e cura ...*, ... *tenho fé de que vou ficar boa ...*, ... *Deus terá piedade de mim ...*, entre outras. Percebe-se que as pessoas diante de situações críticas de doença, dor e sofrimento buscam a força Divina, que é superior e transcende ao humano. Os clientes acreditam que Ele seja o detentor do poder sobre a vida e a morte.

Hense (1987) constatou que o “reconhecimento de um ser superior” é algo evidente durante todo o processo cirúrgico vivido pelo cliente. Quando a alteração da saúde é percebida por ele e existe a indicação cirúrgica, os hábitos religiosos se mantêm e, às vezes, se intensificam. Esse “reconhecimento de um ser superior” freqüentemente é tido como último recurso, alguém que ainda pode fazer algo, que ninguém mais pode fazer.

Coincidentemente os clientes eram católicos e protestantes, não havendo nenhum que fosse espírita ou de outras crenças que acreditam na reencarnação. Independentemente de suas crenças, percebeu-se que as pessoas temiam a morte, porque sabiam que a vida material/carnal não é imortal, e que a morte é individual. Alguns se prepararam para enfrentar a cirurgia e o vulto da morte. Este foi o caso da Lia querer fazer a “Santa Ceia” antes de se internar, para estar com *tudo “quite”*, caso tivesse que “*ir para o outro lado*”. Outros ficaram mais calados nos momentos que antecederam a cirurgia, como se estivessem fazendo uma análise reflexiva sobre a sua vida. Também existiam aqueles que se diziam preparados para tudo (cirurgia, morte), faziam orações e liam a Bíblia, mas, na medida em que se aproximava o evento cirúrgico, mudavam de idéia, dizendo que se tivessem escolha de viver sem sofrimento não arriscariam a vida fazendo a cirurgia.

*... eu até torcia que a minha internação fosse no domingo ou só na semana que vem para não perder a “Santa Ceia” que terá neste sábado. Na minha congregação (igreja) só tem “Santa Ceia” uma vez por ano e quero me preparar, porque se eu tiver que ir para o lado de lá...*

*Ah! A Santa Ceia parece ter um significado especial para a senhora! É muito, muito importante para mim, barbaridade! É muito bonito, a gente não pode ter nada de atrito com ninguém. Tudo na Santa paz, tudo quite. A gente para participar tem que estar com essa parte toda liquidada. Parece que a gente se sente aliviada. A confissão de lá, é você ir lá na frente e contar tudo de bom que recebeu de Deus e o que você abusou dele. Isso é muito lindo, Deus de qualquer jeito terá misericórdia e perdoará nossas faltas, é só a gente se arrepender. Eu quero participar! (Lia)*

*Só quero saber se vão fazer outra ultra-sonografia antes da cirurgia para ver se as pedras (cálculos biliares) ainda estão lá*

*[...] se não tiverem quem sabe eu posso deixar de me arriscar.  
(Ana)*

A ocupação é um dado importante de se saber, pois a patologia do cliente pode estar relacionada ou ser agravada dependendo do tipo de atividade de vida diária que ele executa. Um exemplo bem característico é o do Antônio que, durante as entrevistas, relatou medo da hérnia voltar quando retornasse ao trabalho de descarregador de sacos de cimento em uma loja de materiais para construção. Sua outra preocupação se relacionava ao tempo de licença necessária no pós-operatório, pois pensava que deveria ficar mais ou menos seis meses sem trabalhar e temia perder o emprego. Neste caso específico, ele foi esclarecido que não haveria necessidade de tanto tempo de licença, sendo-lhe enfatizada a importância sobre os cuidados que deveria ter no pós-operatório. Foi realizado, também, a pedido do cliente, um encaminhamento para a firma tecendo explicações sobre a cirurgia realizada e sugerindo a adequação do trabalho do cliente em atividades que evitassem grandes esforços físicos, para não ocorrer a recidiva da patologia ou complicações no pós-operatório. Posteriormente, em contato por telefone, o cliente informou que houve essa adequação do tipo de trabalho e que estava se sentindo bem.

O cliente muitas vezes possui algum tipo de conhecimento que adquiriu por experiências de amigos, e se prepara para o pós-operatório. Este foi o caso da Esther que se submeteria a uma safenectomia "D" com exérese das veias colaterais. Sabendo o que precisava fazer para ajudar na recuperação e prevenção de complicações, programou seu trabalho, "*adiantou serviço pesado*", conversou com os clientes sobre o seu afastamento temporário do serviço de diarista por causa da cirurgia e comprou meias elásticas para ajudar no retorno venoso. A organização e o planejamento são evidenciados nas falas de Esther:

*Eu andei adiantando as faxinas mais pesadas de lavar paredes, janelas, azulejos, calçadas [...] e conversei com as pessoas para "agüentarem" até eu voltar da cirurgia, eu sou diarista. Inclusive já comprei duas meias elásticas para usar depois.*

Quem pediu para a senhora comprar?

*Ninguém! Eu já sabia, então me adiantei [...] dizem que a gente tem que usar pelo menos uns três meses para a cirurgia sarar e não rebentar nenhum outro vazinho na perna. Sabe [...] na faxina de casa a gente fica muito em pé e de joelho.*

Porém, há situações em que o cliente nada sabe, sendo necessária alguma interferência, mediações, como foi o caso do Antônio, descrito anteriormente.

Das dezenove pessoas que participaram dos encontros, oito (53%) eram trabalhadores autônomos que não tinham nenhum vínculo empregatício e também não pagavam INSS. Apenas cinco (26%) eram empregados com carteira assinada, três (6%) trabalhavam com os afazeres do lar, uma (5%) era aposentada e um (5%), desempregado. Para essas pessoas, a cirurgia tinha um significado especial de recuperar a saúde e a funcionalidade orgânica, alegando que um corpo saudável era mais produtivo para qualquer que fosse o trabalho, remunerado ou não.

*Só o fato de estar doente já modificou minha vida. Estou trabalhando menos. Tive que mudar minha oficina do centro da cidade para minha casa no bairro Lixeira para poder trabalhar conforme a condição; com isso o movimento caiu um pouco. (Thiago)*

*... eu estou com essa dor aqui na barriga que está me incomodando; tem dia não consigo nem fazer as coisas da casa. (Maria)*

*Com essa cirurgia, vou gastar menos dinheiro com remédio [...] também vou ficar sem dor [...] e poder trabalhar mais [...] meu dinheiro ajuda em casa. (Esther)*

*Preciso ficar bom desse pé para poder trabalhar, senão morro de fome [...] sou sozinho e ganho para o sustento. (Marcos)*

Estar informada da escolaridade dos clientes favoreceu o norteamento das possíveis estratégias a serem utilizadas na facilitação da aprendizagem. Sabe-se que a comunicação não depende apenas da escrita, ela pode acontecer pela leitura de símbolos e pela interação entre o receptor e o emissor. Isso pôde ser confirmado pela situação vivenciada com o João que, apesar de analfabeto, era comerciante em um bairro da periferia da cidade e possuía inteligência demonstrada pela sua habilidade em fazer cálculos, emitir troco e fazer compras. Como estratégia de aprendizagem, foi sugerida a utilização de



desenhos e auto-apalpação. Neste caso específico, jamais poderia ter empregado a leitura formal ou outra atividade que dela dependesse. Neste estudo, o grau de escolaridade em nenhum momento interferiu no processo de comunicação, porque houve interação das partes envolvidas (enfermeiro/educador e cliente/educando), pelo diálogo e por atividades individuais e grupais, desde o analfabeto João até o que tinha 2º grau completo - o Matheus.

Assim como Happs (1990), entende-se que o diálogo é importante na comunicação e não implica somente ouvir, mas interagir e entender o que os outros estão dizendo, respondendo às idéias, pensamentos e sentimentos.

O item gregário, do quadro 1, foi de fundamental importância, pois, conhecer a situação do cliente, poderia interferir tanto no pré quanto no pós-operatório. Alguns clientes moravam sozinhos e não teriam ninguém para ajudá-lo no pós-operatório. Outros tinham filhos e esposa ou marido que poderiam estar ajudando nos cuidados do pós-operatório ou ainda acompanhando durante a hospitalização, caso fosse necessário. Nesse sentido, Lia e Maria tiveram um acompanhante imediato durante o pós-operatório. Dos clientes atendidos, 6 (31%) sempre tinham acompanhante durante os encontros antes da internação - geralmente um familiar. Isso se devia a três fatores: idade do usuário, suas limitações físicas e transporte. Os acompanhantes também participaram ativamente das discussões e do preparo tanto do pré quanto do pós-operatório, manifestando interesse em adquirir conhecimentos, para ajudar seu parente operado. Isso aconteceu tanto com aqueles que ficaram acompanhando no hospital, quanto com os outros que prestariam cuidados no seio da família, o que foi confirmado posteriormente via contatos telefônicos.

Destaca-se o caso da acompanhante da cliente Maria que queria ver a figura do corpo humano e também da acompanhante da cliente Lia que participou de dois encontros no pré-operatório e não viria ao terceiro devido a um compromisso pessoal. Porém, no terceiro encontro, ela estava presente e, quando indagada sobre sua presença, disse que se tratava de um momento de grande aprendizado, o que facilitaria para prestar cuidados no pós-operatório. Neste tipo de estudo feito com base na abordagem andragógica, a vivência

gregária é um elemento que deve ser sempre considerado e contemplado. Isso porque as pessoas que integram a família, seja de forma direta ou indireta, geralmente são solidárias e prestam cuidados físicos ou apoio emocional ao sujeito que vai se submeter a procedimento cirúrgico.

*A senhora me disse que não poderia vir acompanhando sua sogra neste encontro, o que aconteceu? Eu dei um jeito de me desfazer do compromisso, pois não queria perder este último encontro por nada deste mundo.*

*Por quê? Apesar de não precisar fazer nenhuma cirurgia, tenho aprendido muito nestes encontros, vou poder ajudar a sogra e quem sabe um dia poderei precisar, eu não estou livre de passar por uma situação destas. (acompanhante da Lia)*

*Eu posso vir junto com a mãe para também ver a figura do corpo que a senhora vai mostrar? (acompanhante da Maria)*

No caso dos clientes que moravam sozinhos, foram solicitadas ao serviço social providências para o transporte no dia da alta e encaminhamento dos agentes de saúde da unidade sanitária mais perto do seu domicílio, para acompanhamento.

Com relação à renda familiar, dezessete (89%) dos participantes viviam com até 4 salários mínimos, e dois (11%) ganhavam menos de um salário mínimo. Coincidentemente, eram os homens separados que estavam doentes e tinham que trabalhar para sobreviver. A renda per capita variou entre 0,08 e 3-4, o que demonstra as carências financeiras (< de 1 salário mínimo) a que cerca de 50% dos clientes estão submetidos, fato que poderia estar interferindo na sua qualidade de vida e saúde. Quanto ao número de elementos da família que dependia da renda revelada pelos clientes, nove (47%) disseram que sua família possuía de 1 a 3 pessoas, seis (32%) disseram que possuíam de 4 a 7 pessoas, dois (11%), que possuíam 8 pessoas na família e apenas dois (11%) disseram morar sozinhos. Estas características da renda familiar devem ser observadas ao se traçar o plano assistencial co-participante, considerando-se que o hospital onde os dados foram coletados é uma instituição pública que atende especialmente a uma população de baixa renda, usuários do SUS.

QUADRO 2: Situação e acompanhamento do cliente submetido à cirurgia eletiva. Cuiabá, 1999.

Nome	Cirurgia realizada/prevista	Experiência pessoal c/ cirurgias	Tempo de espera p/ ser chamada p/ operar	Nº de vezes que refez exames pré-operatórios	Nº de encontros pré-operatórios	Nº de encontros pós-operatórios	Observações
1. Abgail	Colecistectomia	Atrioseptoplastia	8 meses	2	2		Protelada internação para tratamento de TB
2. Ana	Colecistectomia	1 cesárea	7 meses	2	2		Desistiu após exame USG (Opção do cliente)
3. Dalila	Herniorrafia Inguinal "E"	3 cesáreas	2 meses	1	1	1	-
4. Esther	Safenectomia "D" + Exerese de veias	-	7 meses	3	1	1	-
5. Eva	Tireoidectomia parcial	1 cesárea + 1 laqueadura	17 meses	3	3	2	No primeiro encontro PO a cliente teve náuseas e vômitos por isso novo encontro.
6. Izabel	Hepatectomia + colecistectomia	-	4 meses	1	3		1 encontro no dia da suspensão da cirurgia devido aumento das extrassístoles e 2 encontros durante o tratamento na Clínica Médica. Evoluindo para morte.
7. João	Prostatectomia	-	10 meses	3	2	1	-
8. Lia	Colecistectomia	1 Cir. No Tendão de Aquiles + 1 enxerto	12 meses	4	3	1	-
9. Lucas	Fechamento de colostomia	Sutura de reto e colostomia	7 meses	2	4	3	Teve complicações no pós-operatório e refez colostomia temporariamente.
10. Marcos	Revascularização da Perna "E" + Enxerto	-	2 meses	1	1	1	-
11. Maria	Colecistectomia	-	10 meses	4	1	1	-
12. Matheus	Colecistectomia	Amputação de falange "D"	3 dias	1	1		Suspensa cirurgia por elevação pressórica e cirurgia de urgência em outro hospital
13. Paulo	Uretroplastia	1 dilatação uretral	7 meses	3	1	1	Na cirurgia fez somente dilatação uretral devido falso trajeto. Continuará com cistostomia e tratamento clínico para posterior uretroplastia.
14. Pedro	Herniorrafia	-	5 meses	2	1	1	-
15. Priscila	Herniorrafia Inguinal "D" com Tela de Malex	2 cesáreas + 1 herniorrafia	2 meses	1	1	1	-
16. Raquel	Reconstrução da válvula anti-refluxo gastroesofágica	Válvula natural anti-refluxo gastroesofágica	4 meses	1	1		Trabalho em equipe multiprofissional (Enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista e psicólogo) antes de remarcar a cirurgia.
17. Simeí	Herniorrafia Incisional "E"	2 cesáreas, 1 histerectomia, 1 herniorrafia	13 meses	3	1	1	-
18. Tamar	Herniorrafia Incisional com Tela de Malex	1 cesárea + 1 hemorroidectomia + 2 herniorrafias	8 meses	3	1	1	-
19. Thiago	Colecistectomia	-	3 meses	1	3	1	-

Com relação ao Quadro 2, denominado de situação e acompanhamento do cliente submetido à cirurgia eletiva, constata-se que, dos 19 clientes cirúrgicos, sete (37%) tinham previsão ou realizaram colecistectomia, outros cinco (26%), herniorrafias, seguidos de um (5%) submetido a uretroplastia, um (5%), safenectomia, um (5%), prostatectomia, um (5%), fechamento de colostomia, um (5%), revascularização da perna "E", um (5%), hepatectomia, um (5%), tireoidectomia, um (5%), reconstrução da válvula anti-refluxo gastroesofágica. Alerta-se para que o profissional esteja preparado e seja altamente criativo, para poder estar explicando as dúvidas que o cliente tem e, também, procurando minimizar sua ansiedade, com estratégias que facilitem a interação e o aprendizado acerca do que vai acontecer tanto no pré, quanto no trans e pós-operatório.

No estudo em questão, constata-se que doze (63%) clientes tinham experiência pessoal prévia com cirurgias. O resultado da experiência anterior conduziu para o maior ou menor número de encontros pré-operatórios. Quando as experiências foram consideradas por eles como positivas, sem riscos ou complicações no pós-operatório, favoreceram o fortalecimento da autonomia de decisão quanto ao ato cirúrgico. Quanto às negativas, em razão de fatores inesperados (colostomia), conduziram ao maior número de encontros e necessidade de múltiplas abordagens que proporcionassem formas de aprendizado diferentes e únicas para cada cliente.

O número de encontros no pré-operatório variou em função da necessidade do cliente. No pré-operatório, foi de 1 a 4 e no pós-operatório, de 1 a 3. As estratégias empregadas nos encontros com o cliente, com ou sem acompanhantes, também foram variadas, em atendimento à individualidade da pessoa. Os encontros foram individuais e coletivos, e as estratégias para estimulação da aprendizagem variaram entre diálogo, leitura conjunta, desenhos esquemáticos, figuras do corpo humano, manuais de condutas e demonstrativos de materiais, discussão de casos, auto-apalpação, correlação de sinais e sinto-

mas com formas e cores de desenhos, visita à clínica, ao centro cirúrgico e ao cliente internado em pós-operatório. Também houve a oportunidade para o cliente assistir a uma cirurgia pelo visor.

O tempo de espera entre o envio do aviso de cirurgia e a internação do cliente variou de 3 dias a 17 meses. Sete (37%) clientes esperaram de 4 a 7 meses; cinco (26%), de 3 dias a 3 meses; quatro (21%), de 8 a 11 meses; dois (10%), de 12 a 15 meses e um (5%) esperou 17 meses para ser internado e operado.

O hospital onde foi realizado o estudo agenda cirurgias eletivas. Percebeu-se, no entanto, pelo levantamento preliminar<sup>14</sup>, que o envio do aviso de cirurgia era maior do que a capacidade de leitos para atender a este tipo de cirurgia, ficando desta forma um contingente muito grande de clientes na lista de espera. Detectou-se que havia clientes nessa lista de espera há mais de um ano, alguns mantinham contatos, refazendo consulta ambulatorial e exames a cada três meses<sup>15</sup>, na expectativa de que, ao serem chamados para a cirurgia, estivessem com a avaliação e exames “em dia”. Outros retornavam esporadicamente ou quando os sintomas se intensificavam e, ainda, houve casos em que a espera foi tão prolongada que chegaram a procurar outro hospital para realizar a cirurgia.

*Já fiz os exames pré-operatórios 3 vezes e esta é a 3ª vez que sou chamada para operar, chego aqui e não sou internada [...] porque outro paciente teve emergência e foi encaixado na minha vaga. (Eva)*

*Estou esperando para a cirurgia há sete meses. Ninguém me chama... ficam prometendo que será daqui a 30 dias ou na semana que vem e este dia nunca que chega, e eu sou obrigado a ficar esperando. Até procurei o INPS para fazer uma consulta e ver se operava em outro lugar, mas lá me disseram que tinha que esperar na fila, porque nem vaga para consulta tinha. A gente que precisa, tem que enfrentar fila de tudo*

---

<sup>14</sup> Este levantamento preliminar deu origem a um estudo paralelo da demanda reprimida, que norteará a reorganização do serviço de marcação de cirurgias do hospital, o qual está sendo desenvolvido em parceria com a chefia do serviço de cirurgias e o serviço social.

<sup>15</sup> O tempo de validade dos exames pré-operatórios na Instituição onde foi realizado o estudo é de três meses.

*quanto é lado, não tem jeito mesmo [...] daí voltei para cá [...] pelo menos aqui eu já tava na fila da cirurgia. (Paulo)*

Com os clientes participantes deste estudo, foram realizados dezenove primeiras consultas médicas e solicitação de “bateria” de exames<sup>16</sup> pré-operatórios e vinte e quatro retornos ou reconsultas médicas, com repetição de exames, ou seja, foram solicitados mais vinte e quatro pedidos de exames de sangue, fezes e urina, onze RX de tórax e eletrocardiogramas, além dos exames especializados como ultra-sonografia, enema opaco, entre outros, necessários para cada caso em particular.

Concorda-se com Hossne (1995) quando diz que no serviço público a marcação do dia e hora da cirurgia, em geral, é um fenômeno mais complexo do que na rede privada de atendimento à saúde, sendo fonte de grande apreensão para o cliente e seus familiares. Acredita-se que a apreensão também atinja os profissionais que têm contato direto com o usuário no serviço público de saúde, porque freqüentemente existem situações de confronto nas relações, que desgastam tanto a imagem do usuário, quanto a dos profissionais de saúde e a da Instituição. Os seguintes comentários expressam as apreensões vivenciadas pelas partes:

*Estou esperando uma vaga para mim internar há sete meses. Às vezes as pessoas podem ter dor ou até morrer de tanto esperar [...] eu tô cansado de esperar, só eu sei o que estou passando. Sou pobre, doente e moro sozinho [...] vendo picolé para mim comer. Isso é vida!!!!. (Paulo-cliente)*

*O pobre sofre de todo lado, com doença [...] falta de trabalho, de dinheiro [...] depende dos outros para tudo [...] eu mesmo dependo da ambulância lá do pronto socorro da Várzea Grande para me trazer aqui em Cuiabá e depois me levar, pois não consigo andar com o pé desse jeito, mas tenho que esperar a cirurgia, eu preciso. (Marcos-cliente)*

*A gente fica aqui na frente recebendo reclamação de que não chamam para internar. A gente tenta explicar para o paciente*

<sup>16</sup> Entende-se por bateria de exames aqueles exames que são requisitos básicos para avaliação do cliente cirúrgico em pré-operatório. Na Instituição estudada, é determinado que clientes até 40 anos necessitam de exame de sangue, fezes e urina, e os acima de 40 anos necessitam destes exames, mais RX de tórax e eletrocardiograma para o risco cirúrgico.

*ou familiar que tem que esperar a vaga, mas não adianta [...] daí chama o médico para avaliar e ver-o-que pode fazer. (Sr<sup>a</sup>. V.- assistente Social)*

*A gente é chamado lá na frente para ficar de embate direto com o paciente e família, é uma situação desagradável, [...] eles (os pacientes) querem que a gente crie vaga de qualquer jeito, reclamam, choram, mas o que eu posso fazer se a clínica está cheia? O problema não é só meu, é do hospital, do sistema de saúde, do governo. Eu já ando nervoso, nem durmo direito pensando nessas coisas. (Sr.K. - médico.)*

*É só você ficar um dia aqui para ver quanta coisa acontece. É gente que não acaba mais querendo internar. Alguns vêm aqui reclamar que nunca foram chamados [...] outros que estão esperando há mais de ano [...] tem os que chegam com o aviso de internação vencido [...] dois ou três dias depois da data prevista para internação e querem internar de qualquer jeito. É duro agüentar essa situação, às vezes a gente vê que a pessoa até está precisando mesmo, mas a vaga já foi preenchida. É muita gente querendo entrar. No final do dia a gente tá cansada de ver tanta desgraça, doença, pobreza. Parece que a gente não faz nada aqui na frente, mas a carga é grande. (Sr<sup>a</sup>.J.- portaria)*

As falas dos clientes, do médico, da assistente social e da funcionária da portaria, aqui representadas, expressam por si os sentimentos vivenciados pelas partes envolvidas no processo de pré-internação.

Percebeu-se que o enfermeiro, nesta Instituição, tem seu primeiro contato com o cliente de cirurgias eletivas no dia da internação e, provavelmente, desconhece a longa trajetória percorrida pelas pessoas para conseguirem uma vaga na clínica e ser operadas. Conhecer os caminhos trilhados pelo cliente, desde a indicação cirúrgica, seu preparo, tempo de espera, internação e realização do procedimento cirúrgico propriamente dito, foi como desvelar outras interfaces do processo perioperatório e reforçar o pressuposto que a atuação da enfermagem com o cliente deve se iniciar no período que antecede a internação.

O tempo de espera entre o envio do aviso de cirurgia e a internação significa desgaste físico, emocional e financeiro tanto do cliente quanto da Insti-

tuição, pela necessidade de retornos para avaliação clínica e refazer exames a cada três meses. Para o cliente, significa parar de trabalhar para vir ao hospital (mormente quando é autônomo), arranjar acompanhante em caso de idosos ou com dependência física, gastar dinheiro para transporte, enfrentar filas para refazer exames e receber novo aviso de cirurgia. Para os profissionais e Instituição, significa desgaste da imagem, embate dos profissionais com os clientes que cobram resolução dos seus problemas, gastos com recursos humanos e materiais para realizar retorno ambulatorial e refazer exames.

Os dirigentes da Instituição e sobretudo os responsáveis pelo serviço de cirurgia, onde foi realizado o estudo, informaram que o aumento de clientes cirúrgicos foi decorrente do momento histórico e político local, reflexo da decadência da assistência de saúde, em nível nacional. As falhas na redistribuição e repasse de verbas, especialmente para as instituições hospitalares conveniadas, desestabilizaram o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde. Alguns hospitais da cidade mantiveram número simbólico de leitos, apenas para manter o convênio, e outros se descredenciaram. Diante disso, o atendimento ao usuário cirúrgico ficou centralizado em dois hospitais públicos de Cuiabá, o que talvez “justifique” o prolongado tempo nas listas de espera para operar.

## **A APLICAÇÃO DA ANDRAGOGIA NA OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O propósito principal aqui é apresentar, discutir e analisar os dados à luz do modelo andragógico de Knowles (1990), demonstrando como os pressupostos e elementos metodológicos deste modelo permearam a relação educativa entre o enfermeiro/educador e o cliente/educando no processo de decisão co-participativa.



## **A EMERGÊNCIA DOS PRESSUPOSTOS DA ANDRAGOGIA NO CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO**

Os pressupostos andragógicos de Knowles (1990) são seis, conforme já descritos anteriormente. Retomam-se aqui esses pressupostos, para problematizá-los à luz dos achados empíricos.

### ***Necessidade de aprender***

Em relação ao primeiro pressuposto, afirma Knowles que, no processo de aprendizagem, o adulto precisa identificar a necessidade daquilo que está aprendendo, bem como os benefícios que serão gerados a partir do aprendizado ou as conseqüências negativas de não se aprender.

Na educação de adultos, o trabalho do educador é ajudar o aprendiz a adquirir consciência da necessidade de aprender. Uma ferramenta ou arma potente para isto é utilizar experiências similares e reais, em que os educandos descobrem por si onde estão e onde irão chegar com a aprendizagem.

Como geralmente os adultos têm um plano a ser alcançado, isto faz uma diferença muito grande. Eles decidem o que fazer e o que aprender e se empenham ativamente em busca deste alvo. Dessa maneira, acredita-se que o modo de pensar do aprendiz é o ponto chave do método andragógico de educação que deve ser apreendido pelo educador.

Assim, os encontros realizados na pesquisa foram uma estratégia para a interação entre o educador (enfermeiro) e o educando (cliente), com o propósito de mostrar a importância da pessoa estar consciente da sua tomada de decisão.

As perguntas que ficaram subjacentes nos encontros realizados foram: eu preciso desses encontros, para quê? Quero operar, porque estou em busca de quê? O que será realizado na cirurgia? Que partes do meu corpo serão extirpadas ou manipuladas?

Essa prática educativa resultou no seguinte comentário de um cliente:

*Eu vim aos encontros porque precisava de ajuda. Eu tinha interesse em saber. A senhora estava fazendo uma pesquisa, e eu queria participar. O interesse era meu de querer saber mais do meu caso e conhecer partes do meu corpo que eu desconhecia e também da cirurgia que eu não entendia. Sabe, eu quero saber que partes do meu corpo vão mexer. Eu precisava disso, né? E me ajudou muito! (Lucas)*

Foi importante fazer com que o indivíduo que tivesse necessidade de esclarecimentos, pensasse sobre aquilo que ele gostaria de aprender e incorporasse o conhecimento como uma coisa boa para si mesmo, tendo a consciência de que aquilo que ele estava fazendo, era em benefício próprio. Knowles (1990) diz que até em modelos que apresentam falhas, pode ser criado um ambiente de querer, de despertar a importância do que está se fazendo. Logo a pessoa se interessará, ficará motivada e aprenderá melhor. A motivação é algo que vem de dentro da pessoa; o que talvez possa ser feito, é estimular a liberação dos desejos pelo diálogo, paciência e compreensão.

### ***Autoconceito do aprendiz***

Como os adultos têm o autoconceito de ser responsáveis pelas decisões em sua vida e desenvolvem uma necessidade psicológica de ser vistos e tratados por outros como pessoas capazes de se autodirecionarem e, portanto, ser autônomos, pode-se dizer que as pessoas atingem a maturidade quando incorporam a responsabilidade pelas suas decisões e encaram as conseqüências dos seus atos, ou seja, já falam e atuam em nome do seu próprio desejo, nomeiam seus sentimentos e, portanto, se respeitam.

Neste estudo, a tomada de decisão dos clientes de se submeterem à cirurgia, como alternativa de resolução de seus problemas de saúde, e de participarem dos encontros para se preparar para o evento, denota a sua autonomia, pois estão administrando a sua vontade, sendo, desse modo, respeitados na sua escolha.

Apesar desta autonomia, em algumas situações, eles apresentaram dependência de acompanhantes, devido às limitações orgânicas como dificuldade de deambulação, diminuição da acuidade visual, ser idoso, entre outros.

Observou-se que os adultos com mais idade, apesar de apresentarem certo declínio das funções orgânicas, *foram capazes de aprender coisas novas e efetuarem mudanças em seus comportamentos*, sentindo-se, até, motivados a repassarem as suas experiências e assumirem papéis de instrutores dos participantes, durante a reunião coletiva. (Moscovici, 1996)

Geralmente, as pessoas, quando apresentam problemas de saúde, subjugam-se ao saber dos profissionais da área e, durante os contatos, estão mais acostumadas a responder perguntas do que formulá-las, o que, de certa forma, as torna dependentes do outro. Esta foi uma experiência de atendimento diferenciado que ajudou o adulto a fazer a transição de ser dependente para um aprendiz autodirecionado, uma vez que era estimulado a falar sobre si e, por conseguinte, ser valorizado. Isso reforça o que Knowles diz que “enquanto a pessoa amadurece o autoconceito, muda de ser uma personalidade dependente para uma autodirecionada”, como evidencia o diálogo seguinte:

Mas a senhora operou 4 vezes e nunca perguntou para ninguém o que é uma hérnia?

*Não!*

E por que nunca perguntou, não tem curiosidade para saber?

*A gente tem vergonha e medo de perguntar, principalmente porque é médico; se fosse uma médica, talvez eu tivesse mais coragem, também a gente durante a consulta mais responde o que se pergunta, nem dá muito tempo de pensar nas coisas; a gente às vezes até tinha perguntas, mas na hora esquece, só depois que chega em casa é que fica lembrando, ....a consulta é muito rápida, o médico fica perguntando como foi isso, aquilo.... e a gente só respondendo...*

Pausa... fica olhando para mim.

*Sabe, eu nunca me prolonguei na conversa, assim como a gente está falando.*

Isso é muito interessante... A senhora vai operar pela quarta vez e nunca teve a coragem de perguntar para o médico o que é Hérnia.

*Nunca, a gente fica tímida de chegar perto do médico homem, deles pegarem na minha barriga... Mulher não, eu não tenho vergonha.*

E agora, depois que a gente conversou, a senhora tem vontade de perguntar alguma coisa?

*Agora eu quero saber o que é uma hérnia? Do que que sai uma hérnia? Por que sempre volta e aumenta cada vez mais?*

Pode-se verificar na fala da cliente Tamar que, além de se subjugar ao saber do outro, deixa evidente a questão das assimetrias de saberes, reforçada pelas hierarquias de gênero. Percebe-se, de forma clara, a intimidação e o medo pela exposição do corpo - inadequada, segundo os padrões vigentes exigidos pela cultura ocidental - a um profissional de sexo diferenciado do seu, fato que muito raramente é considerado pelo saber dominante em saúde - o saber clínico que, por sua vez, também dirige a organização dos saberes em enfermagem. (Pereira, 2000)

Detectou-se, neste estudo, que as pessoas que possuíam baixo grau de instrução formal, muitas vezes desvalorizavam-se perante si mesmas e, por consequência, perante os profissionais de saúde, fato evidenciado pela alegação freqüente de que não sabiam formular perguntas de forma adequada e, por isso, intimidavam-se diante do pesquisador. Porém, ao participarem dessa metodologia de educação, que aplica o princípio da horizontalidade entre educadores e educandos, situando-os num mesmo plano, em posição de diálogo e de dinamicidade, elas passaram a se valorizar como possuidoras de conhecimentos e capacidades revelados a cada encontro, com as argumentações e questionamentos realizados.

Acredita-se que durante as conversas as pessoas começam a se sentir valorizadas, demonstram saber muitas coisas e se sentem são respeitadas. Desse modo, a auto-estima melhora de tal forma, criando um ambiente bem melhor que facilita a aprendizagem. Com isso, as pessoas se predispõem a

aprender e mudam o seu autoconceito. Passam a perceber que não eram incapazes como pensavam e que têm condições de se fazer entender. A prerrogativa para que isso aconteça é a de que o outro se predisponha a interagir mediante uma escuta incondicional, o que envida a valorização dos conteúdos trazidos pelo cliente e minimiza os conceitos e preconceitos do pesquisador.

A relação co-participativa entre enfermeiro e clientes ocorreu durante o desenvolvimento das atividades utilizadas para o atendimento das necessidades individuais ou de grupos. A exemplo, cita-se uma das atividades desenvolvidas com os clientes Thiago e Lia que foi a de visualizar e fazer a leitura da figura humana com seus órgãos internos. A tradicional explicação sobre a parte anatômica e funcional do corpo humano, como freqüentemente se realiza, foi abolida, dando espaço e tempo para que cada um pudesse “viajar” conforme seus conhecimentos, curiosidades ou interesses.

No início da atividade, ambos ficaram observando atentamente a figura e depois perguntaram: *onde que fica a nossa vesícula? Vocês sabem. Não, a gente não sabe qual desses é que é a vesícula! Vocês sabem sim! Onde que dói?* Thiago responde: *deste lado* (mostra o hipocôndrio direito). Então, coloque-se na mesma posição do desenho, relacione o local da dor em seu corpo e tente localizar na figura. Desse modo, foram utilizados os próprios sinais e sintomas que eram vivenciados por eles, para que descobrissem por associação e correlação o órgão de interesse, neste caso, a vesícula.

Após identificação do lado da figura onde estaria localizada a vesícula, questionou-se qual dos órgãos situados daquele lado seria a vesícula. Ninguém respondeu, ficaram só olhando a figura. Realizaram-se novas abordagens, utilizando a associação da cor do órgão pintado na figura com a cor do vômito biliar, e Lia a identificou. Através dessas associações, Thiago e Lia foram descobrindo respostas aos seus próprios questionamentos. A cada descoberta, manifestavam satisfação por se descobrirem capazes de fazer a leitura da figura do corpo humano e associarem-na aos sintomas que apresenta-

vam. Isso foi gratificante, pois se percebeu que, quando as pessoas sentem que seus conhecimentos são valorizados, elas ficam mais receptivas, interessadas e confiantes em expressarem aquilo que desejam.

Nas situações abaixo, narram-se episódios em que houve mudanças no autoconceito das pessoas, a partir do uso do método andragógico:

Thiago queria ter a sua mulher como acompanhante no pós-operatório. Foi necessário fazer alguns arranjos para acomodar essa situação, pois estava institucionalizado que em enfermarias masculinas o acompanhante deveria preferencialmente ser do mesmo sexo. Para tanto, realizaram-se negociações, e ela permaneceu junto ao marido. No pós-operatório, ela sentiu que Thiago estava bem e foi dormir em casa. Neste caso, o cliente adquiriu conhecimentos, teve autoconfiança, deixou de ser dependente da mulher e alcançou a sua autonomia.

*Será que eu não posso ser a acompanhante do meu marido? Só temos um ao outro. Eu é que cuido dele, já sei seus gostos. Prometo ser discreta e sair do quarto quando forem mexer com os outros pacientes. (Acompanhante do Thiago)*

*Eu vou ficar mais tranquilo se minha esposa ficar comigo. (Thiago)*

*Ele chegou do centro cirúrgico quieto, não falava nada, eu fiquei sentada do seu lado, de repente, olho para o lado e vejo ele mexendo com os pés e exercitando as pernas, virando de um lado para outro, enchendo o pulmão e soprando. Perguntei ao Thiago o que era aquilo e ele respondeu que aprendeu antes da internação, naquele dia que foram ver o centro cirúrgico. Fiquei com ele até 20:30h [...] ele estava tão bem, fazendo as coisas sozinho [...] confiei e fui embora. (Acompanhante do Thiago)*

Eva, no final do primeiro encontro, perguntou se o próximo seria demorado, porque ela não podia deixar de cumprir os afazeres de mãe, mulher e avó. Porém, no segundo encontro, parecia não ter pressa para ir embora e, no dia da internação, teceu comentários que evidenciam a mudança na sua autoestima:

*Meu marido viajou, nem sabe da minha internação, e minha filha está preparando o aniversário do filho para este final de semana e disse: Vai internar logo agora, mãe!?*

*Eu não estou nem aí para a festa do meu neto ou para qualquer coisa, quero operar, cuidar de mim, já esperei demais.*

Isso pode demonstrar que a vinda aos encontros propiciou reflexões da cliente no sentido de encontrar tempo para pensar mais sobre si, nas suas possibilidades de cura e de autovalorização. Até mesmo conscientizou-a de que, para desempenhar bem seus papéis de mãe, mulher e avó, é preciso ser ela mesma, em sua essência, cuidando-se e respeitando-se.

Izabel estava ciente da gravidade do seu caso - um tumor hepático de grande volume - e, por isso, pensava ter clareza acerca das suas reduzidas possibilidades de sobrevivência. Afirmava ainda estar "preparada" para a morte e, inclusive, solicitou eutanásia, caso se confirmasse o diagnóstico de tumor hepático maligno. Alegava não querer dar mais trabalho para o marido, uma vez que não podia contar com o apoio dos filhos. Durante o encontro domiciliar e também no hospitalar, ocorridos antes da cirurgia, com frequência dizia ser desvalorizada e explorada pelos próprios filhos:

*Minha filha só vem aqui em casa para me trazer problemas [...] Não acredita no que eu estou sentindo [...] Vem na minha casa e dá "tchau" como se nada tivesse acontecendo, sendo que no outro dia eu iria operar [...] Fica falando comigo pelo telefone e gritando com a filha ao mesmo tempo, talvez nem estivesse escutando o que eu estava falando; desse jeito a gente perde até a vontade de falar.*

*Deixei uma carta para cada um dos meus filhos e também para o meu marido, caso aconteça algo, entregue para eles. Eu escrevi, porque no papel é mais fácil dizer as coisas que a gente gostaria de falar pessoalmente, e também porque as pessoas têm que ler para saber o que está escrito.*

Apesar de dizer que estava preparada para a morte, à medida que foi se aproximando o dia e a hora da cirurgia, manifestou desejos e temores até então omitidos. Disse que não queria morrer sem estar em paz com os filhos, estava triste e não entendia por que eles a tratavam assim. Enfim, tinha pro-

blema sério de socialização relacionado a sua família. Neste caso específico, houve necessidade de se desempenhar o papel de “advogada”. Fiz contato com os filhos, inclusive os que residiam fora de Cuiabá, para que dialogassem com a mãe neste momento tão crítico da sua vida. Houve reconciliação da família, e uma das filhas combinou de estar esperando por ela na saída do Centro cirúrgico. Porém, antes da indução anestésica, ela apresentou aumento das extrassístoles, e a cirurgia foi suspensa para tratamento clínico. Ao retornar para a clínica, ela parecia tranqüila e, quando questionada, disse:

*Não me importa que a cirurgia foi suspensa, eu ia correr risco de vida [...] para mim, agora, o importante é que minha filha está aí fora, esperando, para me levar para casa.*

Diante disso, será que ela estava realmente preparada para morrer como dizia? Será que ela queria mesmo a eutanásia? Ou ela queria unicamente ser cuidada, tratada, ouvida, entendida em seus temores e anseios, amada e reconhecida pelos filhos?

Acredita-se que este cuidado de enfermagem foi além dos cuidados físicos do cliente. Apesar de ela não ter sido submetida à cirurgia, esta intervenção junto à família foi muito importante para a reconquista da sua auto-estima. Ela passou a existir como pessoa e a ser valorizada como mãe.

### ***Prontidão para aprender***

Ainda com relação aos pressupostos da andragogia, sabe-se que os adultos se tornam maduros para aprender aquelas coisas das quais precisam. Dessa forma, estão aptos a fazer e colocar em prática o seu aprendizado em situações reais da sua vida. Um indivíduo no decorrer da vida está pronto a aprender coisas diferentes, dependendo da fase pela qual esteja passando. Por exemplo: uma mulher recém-casada pode estar pronta para aprender a cuidar da casa e a fazer comida, já uma futura mãe vai priorizar o aprendizado de como cuidar de um bebê.



Prosseguindo neste raciocínio, um cliente que escolhe se submeter a uma cirurgia, vai querer aprender sobre as fases do processo cirúrgico, seus benefícios, riscos e enfrentamentos. Então, cada fase da vida leva uma pessoa a se prontificar a aprender algo diferente, estando a prontidão relacionada a desafios enfrentados, aos novos papéis assumidos e às condutas mais complexas exigidas.

Quando uma pessoa apresenta algum problema de saúde, ela precisa que o andragogo desperte nela o desejo de aprender sobre o seu problema e coloque-a a pensar nas razões e nos porquês de um esforço maior para renunciar a uma “zona de conforto” e a se prontificar a aprender. Talvez ela não possua o conhecimento necessário por falta de informação, por medo ou qualquer outra razão. Então, o papel do andragogo é organizar a informação para o cliente em uma linguagem acessível e adequada, aumentando assim sua autonomia em relação ao próprio corpo e ao evento pelo qual passará.

Espera-se que uma pessoa amadurecida esteja predisposta ao aprendizado daquilo que precisa conhecer e do que precisa fazer para lidar com eficácia nas situações cotidianas da sua vida. Ela precisa estar pronta a aprender, para depois conseguir enfrentar o seu problema específico.

O caso de Raquel, portadora de refluxo gastroesofágico, que estava aguardando reintervenção cirúrgica, pode ser descrito como um exemplo de falta de prontidão. Esta cliente manifestava desejo de refazer a cirurgia, e o médico estava protelando para tentar primeiro o tratamento clínico que consistia de medicamentos e dieta específica para potencializar os seus efeitos. Porém, ela não procurava se ajudar, fazendo os cuidados recomendados, sempre alegando alguma dificuldade para executá-los. Apesar disso, não poderia ser descartada a possibilidade de dar certo o tratamento clínico que era complementar ao tratamento cirúrgico realizado anteriormente. Nesse caso, foi necessário trabalhar em equipe multiprofissional, porque seu comprometimento não era só físico, tinha o psicológico, o nutricional e o social que interferiam na re-

cuperação da saúde e sucesso da primeira cirurgia. O êxito do tratamento clínico dependia da prontidão da cliente em fazer a sua parte e se responsabilizar por ela, e não esperar que o medicamento fizesse efeito por si só ou querer que a cirurgia resolvesse os problemas sem a sua contribuição. Mesmo que a cirurgia fosse refeita com sucesso técnico, sua efetividade dependeria também dos controles especiais que deveriam ter sido realizados desde a primeira intervenção. No entanto, a cliente ainda não os tinha introjetado, porque não estava pronta para isso.

Knowles (1990) fala desse tipo de aprendiz que não gosta de tomar decisões, prefere ser comandado ou guiado por outros, enquanto o que mais comumente acontece é o contrário, ou seja, as pessoas gostam de decidir. Raquel não tinha se conscientizado da necessidade de saber quais eram os riscos e benefícios da reintervenção cirúrgica, sendo necessário realizar um trabalho no sentido de propiciar atividades que a ajudassem na compreensão disso e despertassem nela a necessidade de ser co-partícipe e co-responsável pelo seu tratamento de saúde, alcançando, desta forma, melhor qualidade de vida.

### ***Papel da experiência***

Afirma Knowles (1990) que os adultos vêm para a atividade educacional com um volume e qualidade diferentes da experiência de um jovem. Essa diferença na quantidade e na qualidade das experiências dos adultos tem várias conseqüências na sua educação, que podem ser usadas como importante recurso para a aprendizagem.

Por isso, em qualquer grupo de adultos haverá muitas diferenças individuais em termos de história de vida, estilo de aprendizagem, motivação, necessidade, interesse, entre outros. Portanto, a grande ênfase na educação de adultos deve ser centrada na individualização do ensino e em estratégias diferenciadas de aprendizagem.

No preparo pré-operatório do cliente, foi possível realizar a individualização da assistência, por meio do diagnóstico daquilo que a pessoa já sabia a respeito do processo cirúrgico, suas experiências e, desta forma, detectar a existência de possíveis lacunas, para a realização de um planejamento conjunto das atividades a serem realizadas. Uma das estratégias utilizadas, nesse trabalho, foi a de propiciar encontros individuais e/ou coletivos entre os participantes, bem como outras atividades, sempre respeitando a vontade das pessoas.

A experiência dos aprendizes em pré-operatório fez a diferença no grupo, porque eles possuíam repertórios variados. Alguns já trabalharam na área da enfermagem, outros prestaram cuidados a familiares, ou ainda possuíam conhecimento sobre problemas de saúde por experiência própria. Os que sabiam, falaram, orientaram, demonstraram, foram instrutores inclusive, enquanto que os outros opinaram, participaram como “manequins”, enfim, interagiram, trocando experiências para desenvolver uma aprendizagem que fosse significativa para ambos.

Experiências anteriores, de cunho pessoal ou não, interferiram e/ou influenciaram no enfrentamento da cirurgia atual. Quando as experiências foram positivas, serviram de estímulo, permitindo que o próprio cliente fizesse comparações, estabelecesse parâmetros, planejasse e providenciasse antecipadamente materiais necessários para o autocuidado no pós-operatório. Os exemplos a seguir são algumas das evidências de que experiências positivas vivenciadas pelos clientes favoreceram significativamente a aprendizagem e reforçam o pensamento de Knowles (1990) de que o indivíduo aprende melhor, quando sente que o seu conhecimento prévio é valorizado e os novos conhecimentos são relacionados e integrados às experiências anteriores, servindo como um recurso importante para a aprendizagem:

*Eu tive um colega que operou desta mesma situação minha, então ele ficou muito bem, [...] ficou perfeito deste problema da vesícula e eu acho que também vou ficar. (Thiago)*

*Conhecer aquela paciente que já tinha operado, me deu coragem, sabe! Porque ela era mais velha que eu e estava tão forte, boa, animada [...] Eu tinha medo por causa da minha idade, então... de lá para cá então eu fiquei mais tranqüila. (Lia)*

*Ontem encontrei uma mulher que fez tratamento junto comigo, né! [...] Ela conseguiu fazer a cirurgia ainda no ano passado e [...] me disse que está bem, que com 20 dias já estava trabalhando e tudo. [...] Ela usou meias elásticas [...] então me adiantei e comprei dois pares para mim usar depois da cirurgia. (Esther)*

Da mesma forma, as experiências negativas podem ser interpretadas de maneira errônea e disseminar inconsistências, contribuindo até para intensificar o grau de ansiedade dos clientes. A exemplo, citam-se os casos de Matheus e Lucas, que encararam a experiência cirúrgica anterior como uma experiência negativa, porque ela foi marcada por uma série de eventos ruins como: *sangue, dor, desespero para encontrar socorro, hospital, agulha, ouvir conversas e não entender as palavras* (termos técnicos), entre outros. Ambos tiveram experiências com cirurgias de urgência, por causa de traumas. Um perdeu parte do dedo por esmagamento e o outro teve lesão de reto por arma de fogo e saiu do centro cirúrgico com uma colostomia. Lucas disse que nunca tinha ouvido falar sobre colostomia até o dia em que viu a sua. Queixou-se também de não ter sido esclarecido sobre seu problema de saúde, até o momento da realização dos encontros. Matheus, depois do acidente com o dedo, passou a ter pavor de sangue, hospital e outras coisas afins. As experiências anteriores tiveram repercussão negativa em suas vidas, provavelmente pela modificação da percepção que passaram a ter de si, pela perda da integridade orgânica e funcional.

*Um corpo mexido, nunca mais é a mesma coisa... (Lucas)*

*Não quero nem pensar naquele dia, que coisa horrível aquela sanguera na mão, não sabia direito nem o que tinha acontecido... (Matheus)*

Essa negatividade, de certa forma, contribuiu para o maior número de encontros no pré-operatório, a exemplo de Lucas que solicitou quatro encon-

tros individuais com variadas estratégias de aprendizagem, até que se sentisse devidamente esclarecido e tranqüilo. Matheus, por sua vez, durante os encontros, pediu para ir e voltar do centro cirúrgico dormindo, não queria ver nada. As experiências negativas de Lucas e de Matheus tiveram dupla coincidência. Primeiro, porque ambas foram resultantes de traumas e cirurgias de urgência, e segundo, porque nenhuma teve complicação no pós-operatório. Porém, questiona-se: Se eles tivessem apresentado complicações, as experiências negativas não poderiam ter sido resultantes ou agravadas pelo trauma emocional?

Desses dois clientes atendidos, o mais fragilizado foi o Lucas - o colostomizado - porque ao procurar emprego no pós-operatório foi taxado de inválido, ficando, desta forma, o procedimento cirúrgico que salvara sua vida como o causador de sua invalidez para desenvolver papéis sociais como trabalhador. Na verdade, uma colostomia não deixa ninguém inválido para o trabalho, mas desencadeia a necessidade de trabalhos esclarecedores que de fato propiciem a readaptação pessoal, social e cultural tanto do cliente quanto da comunidade, sobretudo dos empregadores, para que não façam a exclusão social pela falta de conhecimento.

A situação pela qual Lucas passou, ficou expressa neste seu depoimento:

*Fui procurar emprego e quando viram isto aqui - colostomia - disseram que eu era inválido, não podia trabalhar [...], é horrível esta situação...*

Também a cliente Lia manifestou preocupações baseadas nas próprias experiências anteriores relacionadas ao local da anestesia - a coluna vertebral - que, no imaginário popular, está profundamente associada a problemas de locomoção por erro médico, durante o procedimento anestésico. Experiências negativas, às vezes, são disseminadas nos meios populares, tornando-se quase uma predestinação, algo que parece que vai acontecer e que influencia negativamente a pessoa que vai se submeter a uma cirurgia.

### ***Orientação para a Aprendizagem***

As pessoas apresentaram mais facilidade de apreender os conteúdos, quando entenderam a temática, com base nas associações e exemplos do seu cotidiano. Algumas vezes, conseguiu-se fazer essa aproximação e, em outras, o próprio cliente fazia correlações com objetos do seu trabalho, frutas de preferência ou atividades da vida diária. No estudo, esta estratégia foi denominada de aprendizagem associativa, tendo como base, além da andragogia, a pedagogia de Paulo Freire, que valoriza a reconstrução dos saberes baseada no cotidiano das pessoas comuns. Dessa forma, as associações feitas pelos clientes, diante da exposição a temas mais complexos, foram valorizadas e emergiram de diferentes formas.

A vesícula biliar foi associada por Maria a uma fruta ainda na árvore: *essa tal de vesícula me representa igualzinho uma fruta pregada no pé. Parece uma manga verde.* Já a circulação dos membros inferiores foi associada por Marcos à utilização do óleo por uma máquina: *é como o óleo bom e o óleo queimado de um motor de máquina.* O canal uretral foi associado por Paulo a um cano que apresenta dificuldade para escoar a água: *Meu problema é como se o cano estivesse amassado.* A hérnia inguinal foi associada por Priscila à estrutura do asfalto: *Se alguma coisa ceder por baixo, o asfalto desmorona.*

Da valorização desses conteúdos, outras associações foram criadas com o intuito de aproximação com o cotidiano das pessoas. Algumas foram utilizadas especificamente para mulheres e outras, de forma mais genéricas.

Para explicar o que seria uma hérnia inguinal, fez-se a dinâmica da auto-apalpação e simulação da separação das fibras musculares numa carne de gado cozida. Para explicar a recidiva de hérnia, associou-se a fraqueza das fibras musculares com a costura das fibras de um tecido esgarçado. Para se fazer entender o que seria uma tela de Marlex, ela também foi associada a um remendo que se coloca como reforço por baixo de um tecido esgarçado. Por fim,

para localizar a vesícula na figura, foi realizada a associação da pintura verde da vesícula com a cor do vômito biliar.

### **Motivação**

Sabe-se que, atualmente, buscam-se formas alternativas de educar. Assim também Knowles acredita que a melhor maneira de educar seja a de facilitar a aprendizagem, partindo do potencial do aprendiz, pois facilitar a aprendizagem é diferente de ensinar. Facilitar a aprendizagem é permitir que a pessoa seja o agente principal do seu próprio processo. Para tanto, o direcionamento das temáticas a serem abordadas deve atender aos desejos/interesses/necessidades circunstanciais de cada ser.

Os clientes cirúrgicos adultos manifestaram desejo/necessidade de aprender aquilo que se reverteria em benefício próprio. Queriam esclarecimento daquilo que aconteceria com seu corpo, onde se localizava o órgão que se encontrava com problemas, como seria a cirurgia, onde seria o corte, entre outros. No princípio tinham dificuldades para expressar sentimentos ou dúvidas. Quando isso acontecia, a disponibilidade para ouvir, a valorização de todo e qualquer conhecimento manifestado, a empatia, a paciência, o diálogo franco e esclarecedor, foram os mecanismos que venceram as barreiras e permitiram que acontecesse uma interação verdadeira. Acredita-se que a interação seja uma das chaves da andragogia.

Neste processo de aprendizagem, a relação horizontal entre o educador (enfermeiro) e o educando (cliente) é muito importante, reforçada também pela relação dialógica. O diálogo informal, descontraído, afirma-se na valorização do cliente como pessoa possuidora de conhecimentos, crenças e valores próprios. Nesta relação dialógica, o cliente assume papel de agente principal. Para ele, a tarefa desse aprendizado deve ser significativa e relacionada com seus objetivos, interesses e formas de vida. O reflexo que os novos conhecimentos podem ter sobre ele e a relevância que assume a relação da nova

aprendizagem com as experiências já vividas, elevam o nível de aspiração e motivação contínua.

Os clientes cirúrgicos que se integraram ao trabalho, responderam positivamente ao convite para participar e vieram aos encontros programados, porque sentiram-se motivados a aprender, a se preparar para enfrentar a cirurgia. Alguns quiseram saber sobre o corpo humano, onde seria o corte, como funcionaria seu corpo depois da retirada de determinado órgão, que cuidados deveriam ter, se poderiam ter acompanhantes, o que trazer para o hospital, horário de visitas, etc. Aquilo que aprenderam, modificou suas vidas no sentido de internalizar conhecimentos que permitissem a realização e a participação no seu próprio cuidado e/ou a aceitação de certos procedimentos, de forma autônoma e consciente. Refazer a colostomia por motivo de complicação, como no caso de Lucas, ou fazer uma etapa da cirurgia e aguardar a outra, no caso de Marcos, já que ambos queriam ficar curados logo, dependeu de espera, por terem que passar por novas etapas de tratamento. A aceitação da espera, nestes casos, também fez parte da terapia.

Quando questionados sobre a razão de terem aceito fazer parte do estudo, responderam que queriam aprender, estar familiarizados com as situações pelas quais poderiam passar, o que aconteceria com seus corpos, como a cirurgia os ajudaria a retornar às suas atividades da vida diária, relacionadas à produtividade deles como trabalhadores, cuidado pessoal, relação conjugal, familiar e lazer.

O conceito de **auto-estima** e a necessidade de manter a **integridade corporal** apareceram na fala de Lucas, assim expressos: *Quero ficar bom logo desta coisa (fechar a colostomia) [...], minha vida acabou com ela (colostomia), sou muito preocupado com a limpeza disso aqui, do cheiro*. Dalila, no entanto, interpreta de forma diferente e diz: *Quero usar roupa colada no corpo e não posso, porque essa bola (hérnia inguinal) fica aparecendo*. Este fato é reafirmado por Maria que assim se manifesta: *Quero ficar livre desta barrigona (hér-*



nia umbilical gigante) [...], meu marido diz que ela é muito esquisita. Eva corrobora, dizendo: *Quero tirar esse papo, mas também não quero ficar roncando e assoviando enquanto durmo depois da cirurgia... ainda tenho marido.*

O conceito de **autocuidado** emergiu de outra maneira no diálogo com a cliente Izabel que afirma: *Quero poder fazer as coisas [...] cuidar de mim pelo menos [...], com este problema, não consigo nem lavar direito os pés.*

Outros cuidados necessários à recuperação da saúde de alguns clientes, como a **restrição alimentar**, foram motivo de preocupação, quando Maria dasabafa: *Quero comer comida normal, bem temperada. Lia, no entanto, queixa-se: Há muito tempo não janto, passo mal, o estômago fica pesado. Às vezes quero comer comida de sal [...] mas fico só nas frutas.*

A **produtividade** e o **lazer** também foram temas de grande ansiedade manifestados. Marcos assim expressa sua preocupação com a sobrevivência: *Quero trabalhar, mas o pé não me deixa (úlceras varicosas), dói muito [...] não consigo andar [...] para sobreviver coloco um garoto para vender suquinho para mim. Já Thiago se revela interessado pela volta às atividades recreativas, quando diz: Quero operar logo e ficar bom [...] estou "louco" para pescar.*

A motivação interna pode ser uma mola propulsora nas tomadas de decisões e também funcionar como direcionadora das temáticas que podem ser trabalhadas pelo andragogo.

Para a maioria das pessoas, apresentar problemas de saúde significa sentir dores, gastar com remédios, ter limitações físicas para o trabalho, ser menos produtivo e mais dependente de outros. A cirurgia, em muitos casos, foi o resultado da procura pela melhor qualidade de vida, na busca de corpo saudável e mais produtivo, pois ele é sentido como um instrumento primeiro de trabalho e de manutenção da dignidade humana.

## A EMERGÊNCIA DOS ELEMENTOS METODOLÓGICOS DA ANDRAGOGIA DIRECIONANDO O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

### *Estabelecimento de um Clima Condizente com a Aprendizagem*

A busca pela melhoria da qualidade no clima de vida tem sido preocupação crescente nas últimas décadas. Knowles (1990), como educador preocupado com a qualidade dos climas de aprendizagem, procurou em outras ciências fundamentos que ajudariam a melhorá-los, o que favoreceria a aprendizagem. Para ele, o clima deve ser visto sob os aspectos organizacional, humano e interpessoal, institucional, psicológico de ordem, de respeito, de colaboração interativa.

**Organizacional:** refere-se aos recursos humanos e materiais, bem como a sua apresentação e utilização.

**Humano e interpessoal** (ambiente psicológico): pode reforçar um comportamento desejado especialmente em termos de motivação, transferência ou manutenção de aprendizagem; o clima psicológico para a aprendizagem transmite segurança, confiança, respeito e entendimento.

**Institucional:** aprova e recompensa comportamentos novos, encoraja a manutenção destes comportamentos e permite, especialmente, a prática frequente destes novos comportamentos.

**Psicológico de ordem:** estimula a investigação e o questionamento, incentiva a aprendizagem por descobrimento e tolera os erros, contanto que algo seja aprendido.

**Respeito:** enfatiza a importância do clima no qual as diferenças individuais e culturais são respeitadas e os níveis de ansiedade são administrados apropriadamente, o suficiente para motivar sem criar obstáculos. A recompensa pelas metas alcançadas é encorajada para aquelas pessoas que respon-

dem a esse tipo de motivação, e os sentimentos são considerados tão relevantes para a aprendizagem quanto as idéias e as habilidades.

**De colaboração e participação interativa:** enfatiza a colaboração em vez da competição, encoraja a lealdade ao grupo e relações interpessoais que apóiam a participação interativa.

Os aspectos do clima andragógico permearam todo o Processo de Decisão Co-participativa, desde a provisão de recursos humanos e materiais que se enquadram no clima organizacional, até as relações humanas e interpessoais.

A facilitação da aprendizagem de adultos foi influenciada pelo ambiente de maturidade, informalidade, apoio, respeito mútuo, relação dialógica e consensual, na qual foi pautada a interação entre o educador/facilitador (enfermeiro) e educando (cliente). Nessa relação, os esforços do educador e do educando foram somados com o objetivo de construir caminhos em busca da satisfação das curiosidades, interesses e incentivos internos, em vez de relações verticais do tipo superior-inferior entre enfermeiro e cliente em ambiente usual de assistência.

As relações se iniciaram com um preparo psicossocial e psicoemocional do cliente, para que se estabelecesse um clima de confiança, favorecendo a expressão de seus sentimentos e expectativas. Muitas vezes, foi necessário usar as técnicas de motivar e silenciar, porque a princípio o cliente ficava parado, quieto, observando cada movimento que se realizava, como se estivesse esperando algum questionamento. Foi, então, necessário conversar, descontrair e estimulá-lo a falar sobre o que estava pensando, ou se desejava fazer alguma pergunta, para posteriormente serem trabalhadas as questões emergentes. O caso da Maria é um típico exemplo:

A senhora gostaria de saber alguma coisa sobre a cirurgia?

*Ah ... eu não sei.*

A filha que estava acompanhando, diz: *Mãe, por que a senhora não diz o que quer saber.* Ela responde: *Pára filha! Deixa eu falar.* A filha continua: *Como é que diz que não sabe, então eu falo.* Ela quer saber onde que corta, o que é essa tal de vesícula.

Então a senhora não sabe de que lado vão cortar a senhora?

*Não, eu não sei.* Risos e troca de olhares entre mãe e filha, em seguida aquela encobre o rosto com as mãos, como se estivesse com vergonha.

Olha, estes encontros são para a gente conversar, trocar idéias, vocês podem falar e perguntar o que quiserem.

A filha diz: *Toda amiga dela que ia lá em casa, ela perguntava: como é que é esse corte? Como que corta? Como que faz? Agora que é para ela perguntar, ela não pergunta. Vai mãe, pergunta!*

Maria fica rindo e diz: *Pára filha, deixa eu.*

*Deixa o quê, mãe! A senhora não sabe nada, nunca operou.*

Maria fica quieta, com a cabeça baixa, mexendo no vestido, depois diz:

*Saber como é que corta, eu não quero saber não. Deixa eu saber só depois que eu operar.*

Risos dela e da filha. Depois esta diz: *Viu? Ela tá morrendo de medo. Não quer nem falar. Mãe! aproveita que tem alguém que quer ajudar a senhora a perder o medo.*

Então não quer nem saber do corte?

*Agora é que eu não sei.*

Não sabe o quê?

*Não sei nem do que eu tenho medo.*

Para esta cliente, foi necessário muita paciência para que se estabelecesse um **clima psicológico** que transmitisse confiança, aceitação, respeito, enfim, um clima de cooperação para que houvesse a participação interativa.

Depois de muita conversa, Maria diz:

*Tenho um monte de coisa na minha cabeça.*

O que a senhora tem na sua cabeça?

*Esse negócio do corte. Eu quero saber se o corte é em baixo do peito ou na barriga. Eu tenho medo desse corte. Aiiii meu Deus! [...] E o que é que vão arrancar de mim?*

A descontração, a disponibilidade para ouvir e ajudar, demonstradas aos clientes e acompanhantes durante os encontros, foram potentes “armas” para que a confiança fosse estabelecida e a liberdade de expressão acontecesse.

Os encontros ocorridos na Instituição não tinham lugar fixo, aconteciam nos espaços que estavam vagos naquele momento. Por se tratar de um trabalho de pesquisa, tanto os horários quanto os locais de encontro se subordinavam à disponibilidade do cliente. Apesar da flexibilidade, em algumas situações ficou comprovado que o **clima organizacional** teve influência sobre a motivação das pessoas. Salas com ar condicionado, mesas, cadeiras e materiais disponíveis, como cartazes, panfletos, manuais, entre outros, facilitaram o envolvimento dos participantes nas atividades de aprendizagem. Sejam exemplos os comentários a seguir:

*O que importa é a gente ter um lugar para ficar e conversar e aqui está bom, tem cadeiras, ar condicionado, [...] a sala está ótima. (Lia)*

*Estamos bem, só que com muito calor [...] a gente tem que andar a pé uma grande parte do caminho até chegar no hospital. Mas aqui está muito bom, está fresquinho, gostoso... (acompanhante do Thiago)*

Nos encontros ocorridos em consultórios, procurava-se mais proximidade, baseada na empatia, cordialidade, cumplicidade de sentimentos, isto é, ter os mesmos sentimentos com relação a determinadas crenças, identidade regional, entre outros. Também, sempre que possível, utilizou-se de posicionamentos em forma de círculo ou ao lado do cliente e familiar, sem a separação convencional ocorrida pela mesa de consultório que, de certa forma, distancia e talvez até diferencia as posições de enfermeiro/médico/cliente, a fim de se conseguir maior interação.

O início das conversas, geralmente, eram com assuntos informais do cotidiano das pessoas, do ambiente (temperatura ambiental, observação sobre alguma roupa que a pessoa estivesse usando, um elogio), ou qualquer assunto

trivial, evitando-se ir direto à exploração da temática, para que a pessoa se descontraísse e se dispusesse a falar sobre si. Quando esta intenção era alcançada, surgia a oportunidade de direcionar o assunto, para não se distanciar do foco pretendido.

Alguns exemplos a seguir sugerem abordagens ou estratégias que poderão ser utilizadas para facilitar a interação entre o educador (enfermeiro) e o educando (cliente).

No primeiro encontro com a cliente Esther, sabendo que ela era gaúcha, teci comentários sobre o clima ameno que estava acontecendo naquele dia e que lembrava o Rio Grande do Sul. Ela, ao saber que eu também era gaúcha, ficou contente, “enganchou” no meu braço e, desta forma, fomos andando até a sala de reuniões, como se fôssemos conhecidas de longa data.

Thiago, um cliente muito reservado, parece ter se descontraído no segundo encontro, quando introduzi conversa contando que tinha ganho um peixe e me lembrado dele, pois sabia que pescaria era seu lazer predileto.

Priscila tinha corpo esguio, cabelos castanhos, rosto com traços finos e olhos cor de mel, um conjunto de beleza harmonioso e bonito. Sua decisão de se submeter a herniorrafia inguinal teve precedentes fisiológicos, mas também tinha sido fortemente influenciada por questões estéticas. Ela era uma mulher jovem que queria usar roupas justas. Ao visitá-la na enfermaria no pré-operatório imediato, estava diferente, com o cabelo cortado, o que, por sinal, combinou muito bem com o formato do rosto, aparentando mais jovialidade. Ao ouvir isto, a cliente sorriu, agradeceu e disse que tinha se preparado para operar e começar uma nova fase da sua vida.

No pós-operatório, Maria veio ao hospital para um encontro e estava toda produzida, cabelos arrumados, perfumada e com um vestido colorido. Parecia feliz e, quando a elogiei, me abraçou e disse que eu é que era bonita por

ter sido “paciente” com ela, esclarecendo suas dúvidas e minimizando o receio da cirurgia.

Para cada cliente, em particular, utilizaram-se abordagens diferenciadas, para que os encontros se tornassem agradáveis e atrativos, de forma a estabelecer um clima de aceitação, amizade, proximidade ou igualdade que favorecesse a interação entre o enfermeiro e o cliente.

No encontro coletivo realizado entre Thiago e Lia, o clima psicológico de ordem e o clima de colaboração e participação interativa foram imprescindíveis para que a aprendizagem fosse significativa. Esses climas foram identificados durante as atividades desenvolvidas no centro cirúrgico.

Enquanto estava sendo mostrada a sala de recuperação, houve oportunidade para se realizarem as orientações e treinamentos pré-operatórios. Lia, 70 anos, atendente de enfermagem aposentada, vestindo branco, prontificou-se a ser a instrutora do Thiago que, atentamente, ouvia as explicações e com tudo concordava. Mesmo observando que as informações estavam ultrapassadas para a atualidade, não foi feita nenhuma interrupção ou correção. Estas foram realizadas adequadamente em momento posterior, em respeito à instrutora.

Independentemente do aspecto, o pressuposto clima foi fator primordial no preparo do cliente, para enfrentar sua situação de forma tranqüila e equilibrada, o que influenciou de forma positiva sua recuperação no pós-operatório.

### ***Criação de Mecanismo para Planejamento Mútuo ou Conjunto***

O planejamento da educação/capacitação do aprendiz para Knowles (1990) deve ser por decisão participativa, na qual os mecanismos devem ser providenciados, a fim de envolver todas as partes concernentes da educação, no seu planejamento.

O planejamento das atividades a serem desenvolvidas no preparo do cliente em pré-operatório permitiu a sua participação efetiva nas decisões e escolha dos caminhos a trilhar, para o atendimento das suas necessidades. Neste modelo de educação, parece que o educador até pode definir um alvo a alcançar, porém os caminhos a serem percorridos e as estratégias a serem utilizadas sempre deverão ser por decisão participativa.

Por me considerar uma pessoa-recurso, possuidora de quantidade significativa de experiências específicas na temática pré-operatória, pude sugerir estratégias de aprendizagem, compartilhando a decisão final com os educandos.

Acredita-se que o planejamento como um todo deve ser compartilhado verdadeiramente e não “fazer de conta” que os clientes estão decidindo, enquanto quem na realidade está no comando é o enfermeiro. As escolhas devem ser respeitadas, as responsabilidades por elas devem ser assumidas, com consciência dos benefícios e dos riscos a elas inerentes.

Neste estudo, freqüentemente, os clientes aceitavam a sugestão de conhecer o espaço físico (a clínica, o centro cirúrgico, a sala de recuperação, entre outros). Porém, existiram aqueles que assim não procediam por questões pessoais e tiveram respeitadas as suas decisões, porque o princípio cardinal da andragogia é que o adulto seja ou venha a ser autodirecionador.

Matheus foi um cliente que durante os encontros declarou ter pavor de sangue, remédio e hospital e não queria ver o centro cirúrgico. Preferia ir e voltar dormindo, por ser muito “nervoso”, e sua pressão aumentar em situações de ansiedade. Por ele, não entraria nem no hospital, mas como tinha decidido pela cirurgia, estava tentando enfrentar a situação, pois além do risco de vida, sentia dores insuportáveis.

Se o planejamento não tivesse sido realizado em conjunto, e esta estratégia de fazer o reconhecimento dos locais por onde passaria fosse imposta



pelo enquadramento da rotinização do preparo do cliente para a cirurgia, entende-se que Matheus estaria sendo desrespeitado. E esse desrespeito seria uma negação dos fundamentos da andragogia.

### ***Diagnóstico das Necessidades de Aprendizagem***

É feito por avaliação conjunta educador/educando. Constitui um veículo efetivo para determinar as necessidades de aprendizagem. Nele, são identificadas as percepções do educando, o que ele quer ser, o que quer realizar, em que nível quer atuar, sendo este o ponto inicial para constituir o modelo de competências<sup>17</sup>. O diagnóstico pode ter momentos individuais e coletivos.

Com relação a este aspecto, evidenciou-se que nem sempre o cliente tinha percepção organizada do que sabia, esperava, sentia ou desejava saber sobre a cirurgia, sendo esta manifestada no transcorrer dos encontros. Na medida em que questionamentos iniciais eram dirimidos, outros surgiam.

A princípio, os questionamentos eram simples, evoluindo tanto na quantidade como na complexidade, detalhamento e especificidade. O exemplo a seguir demonstra essa evolução. No primeiro encontro, Thiago quis saber o tipo de anestesia que iria ser usada. No segundo, interessou-se em conhecer as estruturas internas do corpo humano. No terceiro, solicitou demonstração em desenho de como era feita a cirurgia. Isso deixa claro que, na medida em que um questionamento era respondido, outros interesses ou curiosidades eram despertados, a partir dos quais novos diagnósticos eram realizados ou evidenciados. Observou-se também que, no quarto encontro, ocorrido no pós-operatório imediato, o cliente não teceu perguntas a respeito de como aconteceu a cirurgia. Apenas solicitou esclarecimentos sobre os cuidados com a ferida cirúrgica, a dieta e a retirada de pontos, que são específicos do pós-

---

<sup>17</sup> O modelo de competências se refere às capacidades (habilidades) ou requisitos, diferindo-se da maneira de se comportar ou performance. (Knowles, 1990)

operatório. Diante disso, pode-se inferir que as dúvidas do cliente sobre o ato operatório em si foram sanadas nos três primeiros encontros.

O diagnóstico da situação de cada cliente foi realizado em conjunto, no final de cada encontro, independentemente da quantidade de vezes em que estes encontros ocorreram. Nessas ocasiões, procurou-se fazer uma relação das manifestações ou evidências que iam surgindo, avaliando-se as discrepâncias entre aquilo que o cliente já sabia e o que gostaria de saber, desenvolvendo, dessa forma, um diagnóstico realístico para si mesmo.

### ***Estabelecimento dos Objetivos***

É realizado por negociação entre os participantes envolvidos no processo de aprendizagem e refere-se a um conjunto de circunstâncias que identifica uma classe de performance humana que pode ser observada e alcançada.

Durante os encontros, os objetivos foram decididos entre o educador(enfermeiro) e o educando (cliente), baseados nas manifestações verbais e não verbais, desde que fossem atribuídos significados para a relação de aprendizagem. Por exemplo, num dos encontros coletivos, Thiago, Lia e seus acompanhantes definiram como objetivo conhecer o corpo humano internamente, a clínica onde ficariam internados e o local do ato operatório. Para tanto, a estratégia de ensino se deu pela exploração da figura humana expressa num atlas de anatomia; visita ao centro cirúrgico e à unidade de internação; e programação do encontro com o cliente em pós-operatório, com a finalidade de troca de experiências.

### ***Plano de Aprendizagem***

É o desenho ou modelo do programa pautado numa série de episódios relatados pelo educando, seqüenciado, conforme disposição e interesse para

aprender. O programa consiste de momentos individuais e coletivos, sendo cada projeto planejado de forma colaborativa.

No início de cada encontro, retomavam-se os seus objetivos, e o plano das atividades era seqüenciado em termos de interesse coletivo e/ou individual. Quando o encontro era coletivo, havia necessidade de entrar em acordo com as partes envolvidas, para se ter um começo coletivo. Já no individual, isso não ocorria. O desejo/escolha da pessoa era o seu começo.

Encontro coletivo:

Gostariam de começar por onde?

*Pela clínica e pela paciente internada. (Thiago)*

*Para mim tanto faz, eu já conheço a clínica, mas será bom conversar com a paciente operada. (Lia)*

Encontro individual:

*Quero ver o desenho do corpo e falar sobre o intestino. (Lucas)*

Knowles (1990) alerta que o trabalho em pequenos grupos é mais eficiente, porque algumas pessoas têm dificuldades de expor seus conhecimentos, em especial suas limitações e deficiências. Trabalhar com pequenos grupos é mais fácil, as pessoas se conhecem melhor, têm mais liberdade, o que favorece a interação. Quando se trabalha com grupos maiores, deve-se atentar mais para a questão do respeito pelo saber do outro, porque pode haver muitas diferenças de conhecimentos, vivências, crenças e valores que poderão ser difíceis de ser trabalhadas.

Ao serem planejados os tipos de encontros, individuais ou grupais, respeitaram-se as opções pessoais. Alguns preferiram ou gostaram da idéia de fazer encontro com grupo de pessoas que fariam cirurgias semelhantes às suas; outros, porém, preferiram encontros individuais. Em ambas as situações, fizeram seus comentários sobre as dinâmicas utilizadas.

*Eu gostei muito (do encontro coletivo). A gente pode conversar e dá para ver que os outros que têm esse problema (vesícula), também sofrem com as coisas de dor, de não poder comer direito. E quando tem coisa para fazer junto, como foi o caso de*

*falar do corpo vendo o desenho, foi bom ter mais gente porque um ajuda o outro a descobrir onde estão as coisas, troca idéia [...] a conversa fica mais animada. (Lia)*

*Eu acho bem melhor sozinho. Eu posso perguntar mais coisa, posso perguntar aquilo que me interessa. É melhor, a gente fica mais à vontade... pode perguntar o que quiser e ninguém vai achar sua pergunta boba [...] sabe, também tem muita coisa que eu quero saber e no grupo as pessoas ficam perguntando coisas que eu já sei e ficam repetindo... e sozinho não, a atenção é só para mim. (Lucas)*

Observando os comentários anteriormente mencionados, percebe-se a importância do respeito à escolha do tipo de encontro preferido pelo cliente, uma vez que ele sabe em que ambiente se sente mais à vontade. Lucas fez a sua escolha pelo encontro individual em função de experiências anteriores (encontro grupal), porque queria escolher os conteúdos do seu interesse. Já Lia se preocupou mais com a troca de experiências.

Geralmente os adultos têm um plano a ser alcançado, um alvo, e isto faz uma diferença muito grande. Eles decidem o que fazer e o que aprender, e se empenham ativamente em busca deste alvo. O modo de pensar do aprendiz é o ponto chave desta teoria. Acredita-se que as perguntas que vêm por trás disso tudo é: eu preciso disso, para quê? Quero operar, porque estou em busca de quê?

### **Atividades de Aprendizagem**

As formas de aprendizagem utilizam métodos e técnicas combinados para sua facilitação, pela participação ativa do educando em atividades práticas que, neste estudo, consistiram de: visita à clínica onde se internariam, ao centro cirúrgico e a cliente internado em pós-operatório; observação de uma cirurgia pelo visor, leitura conjunta de textos e figuras ilustrativas do corpo humano, troca de experiências entre os clientes (educandos), seus acompanhantes e o enfermeiro (educador).

Tais atividades tiveram a função de ajudar a abrir canais de comunicação entre os aprendizes; conduzir ao treinamento de habilidades para utilizar experiência de outras pessoas como recurso de aprendizagem; envolver os aprendizes nos principais aspectos do processo; e familiarizar o cliente/familiar com as possíveis situações que poderiam enfrentar.

### **Avaliação**

A avaliação preconizada pela andragogia compreende quatro etapas: reação à avaliação, avaliação da aprendizagem, do comportamento e dos resultados. Neste estudo, estas fases não ocorreram de forma estanque e tiveram a participação dos envolvidos no processo co-participativo de aprendizagem.

**Reação à avaliação:** é a fase onde são identificados os sentimentos com relação às informações obtidas pelo educando.

*O fato de saber o que será feito na cirurgia ajuda muito, porque quando a gente não sabe, fica imaginando coisas, fica naquela insegurança, ansiedade... fica pensando o que será, o que não será? Sabendo das coisas, a gente melhora tudo isso, o medo diminui... (Priscila)*

*Hoje, conversando com a senhora, com os médicos e passando pelos lugares que já passei e vou passar de novo, [...] sei mais detalhes. Foi muito bom...estou mais tranquilo. (Lucas)*

Neste aspecto, percebeu-se que as pessoas tiveram espontaneidade para argumentar que tinham insegurança pelo desconhecimento, e que a escuta incondicional, as conversas, são estratégias que favorecem a fluência dos sentimentos. A sensação é a de que se pode ser um ancoradouro e ao mesmo tempo ser um recurso de aprendizagem.

**Avaliação da aprendizagem:** envolve a análise das informações sobre os princípios, fatos e métodos utilizados.

*Eu aprendi bastante com as conversas... (Lia)*

*O desenho foi bom porque a gente vê como é o nosso corpo, não fica só na imaginação e também fica sabendo os locais onde vai ser trabalhada a cirurgia. Quando a gente não sabe, fica pensando um monte de besteiras... Eu mesmo tinha uma curiosidade muito grande de ver meu corpo por dentro, como é, como funciona. (Lucas)*

*Achei interessante visitar o centro cirúrgico e a clínica antes da internação. A gente vê as coisas com calma, conhece como é lá dentro e também as pessoas. Isso ajuda [...] a tirar um pouco do medo daquilo que não conhece. (Thiago)*

Nessa relação, a aprendizagem foi significativa e mútua, pois aprendeu-se a escutar mais e a falar menos, planejar em conjunto, compartilhar sentimentos e emoções e providenciar recursos para cada situação, buscando sempre atender à individualidade de cada participante.

**Avaliação do comportamento:** requer informações do observador sobre as mudanças reais do aprendiz após o treinamento, comparadas com suas atitudes anteriores. Neste aspecto, profissionais da área da saúde, envolvidos direta ou indiretamente com o processo, perceberam o comportamento diferenciado do cliente, pois este demonstrava facilidade de comunicação, autonomia, segurança e tranquilidade ao enfrentar a internação, a cirurgia e as intercorrências. Vale ressaltar que os membros da equipe multiprofissional de saúde, apesar de não saberem quais eram os sujeitos da pesquisa, facilmente os identificavam pelo comportamento e conhecimento, conforme demonstram as falas que se seguem:

*Este trabalho está valendo muito, nossa! Os que participam do seu trabalho são diferentes dos outros pacientes, mais decididos, não ficam com medo de levantar, ir tomar banho ou andar depois da cirurgia. Eu acho que eles até pedem menos remédio para dor do que os outros. (Sr<sup>a</sup> A- auxiliar de enfermagem)*

*A gente percebe a diferença entre uma pessoa que teve os encontros antes da internação e a que não teve. Os que tiveram sabiam bastante coisas, aparentavam tranquilidade e eram mais comunicativos e, aqueles que não fizeram, chegavam cheio de dúvidas, muitas vezes nem sabiam o que fariam com ela, só sabiam que iriam operar. Esses dias, uma paciente [...], estava chorando porque durante a visita médica eles falaram*

*um monte de coisas com [...] palavras difíceis [...] e a paciente não entendeu [...] e já começou a pensar o pior. Daí fica mais difícil da gente trabalhar. (Sr<sup>a</sup> R- enfermeira)*

*Achei o trabalho feito com a paciente Lia sobre pré-operatório muito bom, excelente; facilitou nossa explicação sobre o ato cirúrgico e pós-operatório. Notamos que essa paciente era diferente, pois compreendeu perfeitamente todas as etapas do pré-operatório, o que seria difícil sem o trabalho realizado. Esse trabalho foi muito útil e gostaríamos que fosse feito com os outros pacientes também. (Sr<sup>a</sup> S- médica)*

**Avaliação dos resultados:** controla as variáveis suficientemente, para demonstrar que foi a educação/capacitação a responsável pelas mudanças ocorridas. A competência de conhecer-se e cuidar de si, o espaço para nomear e elaborar os sentimentos ocorridos pelo processo interativo de aprendizagem, favoreceram o crescimento pessoal. Esta variável foi identificada nos participantes, à medida que transformavam seu modo de agir e pensar:

*Aprendi coisas novas, pois as que sabia já eram bem antigas. (Lia)*

*Até lá dentro da sala de cirurgia, o médico e até os outros mesmos me acharam bastante calma, a minha pressão não alterou em nada e me perguntaram o que eu tinha feito. Então, eu disse que tinha feito a entrevista com você e que estava bem mais calma, pude conversar, perguntar, saber mais. O pouco que a gente conversou, se conheceu, me deu bastante confiança. Eles me acharam diferente das outras pacientes e também diferente da primeira vez que a cirurgia foi suspensa, naquele dia eu estava nervosa. (Esther)*

*Eu já sabia o que precisava fazer e fui fazendo depois da cirurgia. Minha mulher até estranhou de eu não ficar pedindo para ela fazer ou chamar a enfermeira para ajudar. (Thiago)*

*Foi muito bom encontrar com a senhora no dia da internação e nos outros dias também, isso deu tranquilidade, porque a gente sabia que alguém aqui de dentro já conhecia a gente. (Pedro)*

Percebeu-se, após os encontros, que os clientes demonstravam saber o que estava acontecendo nas fases cirúrgicas e como poderiam se ajudar. Também foi percebida a atuação do enfermeiro que, com este tipo de trabalho, passou a desempenhar outro papel, o de referência para os clientes, uma vez

que os contatos com eles foram mantidos durante todas as fases, ou seja, no pré-operatório, tanto antes como depois da internação, no trans e no pós-operatório.

Apesar de ser um trabalho de pesquisa, o atendimento pré-operatório, anterior à internação, pela enfermagem, teve repercussão na comunidade, porque houve demanda espontânea de clientes cirúrgicos que estavam nesta fase. Isto mostra que a enfermagem pode e deve galgar outros espaços junto com a equipe multiprofissional, de maneira a ampliar seu campo de atuação, propiciando atendimento personalizado ao cliente e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de assistência perioperatória.

*Fiquei sabendo que o hospital estava dando um curso para as pessoas que iam se operar e eu também queria participar, porque estou esperando ser chamada para a cirurgia. (Raquel)*

*Como eu já sabia do seu trabalho e a cirurgia foi suspensa, voltei a te procurar, porque queria saber mais coisas sobre a minha cirurgia. (Eva)*

Tais ponderações demonstram que a oferta deste tipo de serviço à comunidade pode ser uma forma de atender aos anseios da clientela que se encontra em fase pré-operatória.



## O FINAL DO CAMINHAR

### O CAMINHAR

Durante o caminhar na realização desta pesquisa, destacam-se sua relevância, as facilidades e as dificuldades à sua realização, como apresentadas a seguir.

A *relevância* deste trabalho se evidenciou por ter desenvolvido uma forma alternativa de estar preparando o cliente para a cirurgia antes da internação, sem gastos desnecessários para a Instituição, utilizando-se, preferencialmente e sempre que possível, os dias de retorno ao médico ou para a realização de exames. Talvez seja este um campo da enfermagem a ser explorado, pois ela é parte integrante da equipe de saúde e pode fazer um trabalho em conjunto com o médico, visando à melhoria da qualidade de assistência, por meio de uma abordagem mais humanística de cuidar. Este trabalho pode ser instituído tanto em serviços públicos como em privados, dependendo, apenas, da instituição desejar integrar esta prática educativa como filosofia do serviço de atendimento ao cliente cirúrgico em fase adulta.

Já as *facilidades* encontradas para a realização desta pesquisa foram em maior número do que as dificuldades, no que concerne ao apoio dos cirurgiões, serviço social, serviço de registro e serviço de enfermagem, conforme a seguir.

O apoio dos cirurgiões se concretizou no fornecimento antecipado da escala cirúrgica para o chamamento dos clientes que atendiam aos critérios da pesquisa; na adequação das internações aos clientes, respeitando suas necessidades individuais, protelando as internações do cliente com problemas de saúde familiar ou socioeconômica (emprego novo); no trabalho em equipe, sempre que necessário, discutindo casos clínicos e cirúrgicos, fazendo atendimentos especiais dos clientes encaminhados, na evidência de intercorrências

clínicas ou cirúrgicas; no respeito à pesquisadora como enfermeira, fazendo convite para passar visita clínica, apresentando os casos dos clientes e as atividades desenvolvidas no trabalho que estava sendo realizado, assim como na cessão das salas ambulatoriais e outros espaços para que os encontros acontecessem.

O apoio do serviço social se deu pelo encaminhamento de telegramas aos clientes, estabelecendo encontros com a pesquisadora; pela manutenção de contato com a pesquisadora, através do BIP, nos casos de demanda espontânea, e pelo auxílio na localização de endereços e dos pontos de referência para contato com os clientes.

O serviço de registro apoiou este trabalho, na medida em que se dispunha a localizar os prontuários a qualquer hora do dia ou da noite e a separá-los para os encontros.

O serviço de enfermagem ambulatorial e perioperatória facilitou este estudo, pois providenciou recursos humanos e materiais sempre que solicitado, atendeu e acomodou as necessidades dos clientes e, ainda, participou das avaliações do processo assistencial, além de contribuir com valiosas sugestões.

Quanto às *dificuldades* encontradas para a realização desta pesquisa, além de clientes sem telefone para contato e endereços desatualizados, houve casos de clientes que residiam em outras cidades, usavam o telefone e o endereço de parentes ou amigos que moravam em Cuiabá ou Várzea Grande. Estas situações só vieram a ser constatadas após o contato com as referências (amigo ou parente), o que, às vezes, acontecia antes ou somente depois de terem perdido a data do encontro, quando compareciam para perguntar mais detalhes sobre o chamamento. Houve certa dificuldade de comunicação - o cirurgião repassava os possíveis clientes que se enquadravam nos critérios pre-estabelecidos e duas vezes chamou-os para a internação antes de o trabalho

de pesquisa ter sido concluído, com a alegação de esquecimento e duplicação de avisos de cirurgia.

Contudo, estas dificuldades não impediram a realização do trabalho. Somente mostraram a necessidade de uma reorganização do sistema de agendamento e marcação de cirurgias.

## **AS IMPLICAÇÕES**

Nesse momento, sente-se a necessidade de apontar algumas implicações para as instituições de saúde, para os profissionais da equipe de saúde, para os órgãos formadores, para o cliente a ser submetido à cirurgia eletiva e para as teorias de enfermagem.

As *instituições* devem estar preocupadas com alguns dos elementos metodológicos da andragogia, como o clima que abarca as questões organizacionais, estruturais, administrativas, financeiras e assistenciais.

A idéia de um clima organizador envolve vários aspectos, como a estrutura política que deve ser apoiada pela instituição, assim como a formação de equipe multiprofissional para atender à clientela adulta no perioperatório. São ações que requerem uma filosofia de gerenciamento assistencial, cujo modelo é organizado com ênfase no humanístico, atendendo às características específicas da clientela adulta. Tudo isso, aliado à constatação por parte da Instituição de que as organizações devem ser estruturadas mais na base de funções, tais como grupos de trabalhos interligados e grupos de projetos, que são mais motivadores para o automelhoramento e trazem menos obstáculos do que os que são estruturados hierarquicamente. Sobretudo, há necessidade de uma política financeira, em que a Instituição, investindo igualmente tanto nos recursos humanos como nos materiais, se perceba investindo no seu próprio sucesso.

Fazer com que os recursos humanos trabalhem apenas com a criatividade e as improvisações não é uma estratégia eficiente. Por outro lado, não basta ter apenas recursos materiais disponíveis. Os indivíduos devem estar motivados internamente para diferenciar o seu modo de cuidar. O cliente e seu familiar(es) que recebem atendimento personalizado e de qualidade, ficam satisfeitos e divulgam os serviços da Instituição. O cliente bem atendido é o veículo de divulgação mais eficaz entre os meios de comunicação humana.

\* Quanto aos *profissionais da saúde*, faz-se necessário que revejam conceitos e formas de educar o cliente adulto e se transformem em facilitadores da aprendizagem, no atendimento das necessidades individuais e não generalistas, e não apenas em cumpridores de normas e rotinas preestabelecidas. Knowles (1990) comenta sobre a necessidade do mínimo imutável, mas alerta para a atenção maior às individualidades.

∇ Quanto aos *órgãos formadores*,/as escolas que formam profissionais de saúde, destacando-se a enfermagem, precisam rever seus currículos, tanto para estar formando adultos-jovens, como para ajudar os alunos a lidar com as questões educativas junto aos clientes, durante sua prática profissional. Assim como Tasqueti & Lima (1994), sugere-se que sejam promovidas discussões e reflexões, por parte dos docentes e dirigentes das escolas em geral, sobre o tipo de aluno que se têm em mãos, suas características, a literatura existente e o programa disciplinar que deve ser aplicado, tendo em vista o aluno adulto – universitário, que será futuramente um educador em saúde.

Assim, a metodologia andragógica permite que o cliente a ser submetido à cirurgia eletiva seja uma pessoa efetivamente co-partícipe da relação terapeuta-cliente e, ao mesmo tempo, co-responsável pelo planejamento de sua assistência. Para que isso ocorra, ele precisa encontrar a Instituição devidamente organizada, e os profissionais de saúde capacitados para atendê-lo. Estes são os grandes facilitadores, tanto da participação do cliente no proces-

so assistencial como do seu crescimento como pessoa que deve ser valorizada em seus conhecimentos e vivências.

Embora não fosse objeto desta pesquisa estar relacionando o modelo andragógico às teorias de enfermagem, foram percebidos pontos de interseção entre este modelo e algumas teorias como as de Travelbee (1982), Watson (1992) e Orem (1980), que enfatizam o relacionamento interpessoal e a interação do profissional com o cliente; de Leininger (1978), que respeita a diversidade cultural dos clientes, o que favorece a negociação pela acomodação, manutenção e repadronização; de Watson (1992) e Silva (1997), que consideram as necessidades espirituais como a indissociabilidade do corpo-mente-espírito. Nesta pesquisa, durante o atendimento ao cliente a ser submetido à cirurgia eletiva, freqüentemente lançou-se mão de algumas fundamentações dessas teoristas. A educação andragógica aceita a visão holística do ser, do respeito à sua individualidade e integralidade. O indivíduo em pré-operatório não pode ser visto apenas como um corpo que está com determinado órgão doente, pois o ser humano é um todo integrado e não compartimentalizado.

A título de sugestão, este trabalho poderá contribuir para que as instituições de saúde reorganizem seus serviços, se elas tiverem por filosofia evitar maiores complicações do paciente no pós-cirúrgico, proporcionar uma assistência de menor risco, menos ansiedade e redução dos gastos com a repetição de exames e tempo de espera. Também haveria necessidade da reorganização na sistematização e agendamento para a entrada do cliente no pré-operatório e seu acompanhamento até o pós-operatório.

Além disso, um trabalho educativo com o cliente com relação à notificação em caso de mudança de endereço e telefone, e sua real procedência, faz-se necessário.

Com relação à espera e à reorganização, propõe-se que este trabalho seja feito, sobretudo, no serviço público. No serviço privado, em geral, isso não acontece, devido aos interesses do médico e do cliente, à espera estar apenas

condicionada aos resultados dos exames pré-operatórios e ao melhor dia e horário para ambos.

*Sugere-se* também realização de estudos em várias áreas de atendimento, utilizando-se da andragogia e ampliando-se o conhecimento, para subsidiar a implantação de serviços de saúde de excelência. Seja exemplo: fazer pesquisas mostrando a eficácia desse tipo de assistência, quando comparada com as práticas tradicionais; avaliar riscos e benefícios dos dois modelos assistenciais, constatando se há diferença na incidência e tipo de complicações no pós-operatório, quando comparados o método andragógico e o usual, dentre outros.

Vale lembrar aos *profissionais de saúde* que, ao pretenderem trabalhar no modelo andragógico, não basta apenas admirá-lo ou conhecer os seus pressupostos e os elementos metodológicos, se eles não forem efetivamente incorporados ao cotidiano de trabalho. Ao enfatizar esta preocupação, passa-se a apresentar uma situação comum experienciada pela pesquisadora e que deve ser evitada: *na leitura de um planejamento de ensino de uma unidade curricular de enfermagem, foi observada a preocupação dos professores com a educação bancária, os quais tentaram mudar seus fundamentos teóricos, ressaltando a importância do ensino não ficar centrada no professor, mas sim no aluno. Reconhecia-se, também, que a aprendizagem seria mais significativa se o aluno fosse participativo e conduzisse seu próprio caminho; enfim, um esforço por elaborar pressupostos condizentes com teorias da educação de adultos. Porém, quando foram operacionalizar este planejamento, os professores definiram previamente as etapas e estratégias a serem cumpridas pelos alunos, antes da unidade começar, e utilizaram verbos impositivos como: o grupo será dividido em quatro subgrupos de cinco alunos, no final, estes grupos deverão escolher um tema de maior ocorrência e apresentá-lo em forma de seminário, e assim por diante. Vê-se, claramente, que neste caso houve a definição antecipada do planejamento, sem a participação do aluno. Logo, a tentativa de mu-*

*dança ficou apenas na "vontade", porque estes professores conseguiram mudar somente a maneira de pensar, mas, na hora de agir, continuaram fazendo exatamente o que sempre fizeram: controlando e definindo tudo antecipadamente. A participação do aluno foi falsa. Foi desta maneira que o professor aprendeu a ensinar. Mudar exige mais que a vontade, exige um trabalho de internalização daquilo que se pretende fazer; e isto é mais difícil. Este caso se aplica plenamente à relação dos profissionais de saúde e cliente.*

Na andragogia, não se predeterminam os passos a serem seguidos nem as estratégias a serem utilizadas. Podem se sugerir algumas alternativas ou recursos de aprendizagem (jornais, revistas, livros, pesquisas, internet, visitas aos ambientes de interesse, entre outros) de que poderão lançar mão, de comum acordo. Parece que a gente pode definir um alvo a alcançar, porém os meios de como alcançar tal alvo devem ser planejados em conjunto. Caso esses não sejam atingidos no processo, outras alternativas poderão ser testadas, até que se encontre uma forma adequada. Por isso, é importante a avaliação dos resultados, pois estes serão os diagnósticos que nortearão o início de outras atividades, seja para manter ou modificar as estratégias, estabelecendo, dessa forma, um ciclo evolutivo da educação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, F. **Considerações sobre metodologia pedagógica e andragógica.** s.l. 9p. 1996, (mimeo).
- ALMEIDA, M. **Considerações em torno dos fundamentos da bioética.** p.21-25, 1997, (mimeo).
- ARRUDA, A . L. G. **Pré-operatório para cirurgias eletivas em nível ambulatorial: uma abordagem andragógica.** Trabalho de conclusão da disciplina Prática Assistencial do Curso de Mestrado Interinstitucional. UFSC-UFMT, 1997, (mimeo).
- AUCOIN-GALANT, G. L'apprentissage de l'adulte selon le modèle de Knowles. **Infirm. Can.**, v.90, n.11, p.31-4, 1994.
- BARBIERI, M. **O enfermeiro na educação de adultos em planejamento familiar.** São Paulo, 1996, 145p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- BORDA, O. Aspectos teóricos da pesquisa participante. In: **Pesquisa participante.** 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BRASIL. Código Civil. 50.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BRUNARD, P. Experiential learning and andragogy - negotiated learning in nurse education: a criyical appraisal. **Nurse Education Today**, v.9, n.1, p.300-6, 1989.
- BRUNNER L. ; SUDDART D. Conceitos e cuidados perioperatórios In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-gan, p.20, 309-24, 1998.



CÁRNIO, A. ; CINTRA F. ; TONUSSI, J. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial - Relato de experiência. **Rev. Bras. Enf.**, v.48, n.1, p.39-45, 1995.

DANKE, I. **O processo do conhecimento na pedagogia da libertação: as idéias de Freire, Fiori e Dussel.** Petrópolis: Vozes, 1995.

DARBYSHIRE, P. In defence of pedagogy: a critique of the notion of andragogy. **Nurse Education Today**, v.13, p.328-35, 1993.

DILLY, C. M. L.; JESUS M.C.P. **O processo educativo em enfermagem.** São Paulo: Robe, 1995.

FONTES, M. ; ALMEIDA, M. ; CARVALHO, D. O trauma cirúrgico: importância da orientação pré-operatória. **Rev. Bras. Enf.**, v.33, p.194-200, 1990.

FOX, V. Educação do paciente e planejamento. In: MEEKER, Margareth Huth; ROTHROCK, Jane - Alexander. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. Uni.9.

FREIRE, P. **Pedagogia em Processo: a carta para Guiné Bissau.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978

\_\_\_\_\_. **Pedagogia dos oprimidos,** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança.** 20.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 22.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FREITAS, M. A. **Assistência de enfermagem à gestante: resultado de uma intervenção fundamentada num modelo de educação de adultos.** São Paulo, 1999. 183p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo.

- GATTAS, M. L. B. Relacionamento interpessoal enfermeira-paciente. **Rev. Paul. Enf.**, v.4, n.2, p.59-61,1984.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GONZAGA, A. Â. **Educação popular em saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde**. Florianópolis: UFSC, 1994. 87p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- GROSSI, E. Só ensina quem aprende. In: GROSSI, E.; BORDIN, J. **Paixão de aprender**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HAGGETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HAPPS, S. Problem posing vs problem solving. **Nurse Education Today**, v.11, n.2, p.147-152, 1991.
- HENSE, D. “ **Tendo que operar-se**”: a experiência do paciente cirúrgico e a sua espiritualidade. Florianópolis: UFSC, 1987, 399p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- HOFF, P. S. Adult learning and the nurse. In: FUZZARD, Barbara. **Innonative: teaching strategies in nursing**. Mariland, Aspen Publication, 1989, cap.2, p.19-25.
- HOSSNE, W. S. Relação médico/paciente no âmbito da cirurgia. **Caderno de Bioética**, Belo Horizonte, n.3, p.131-50, dez.,1995.
- JANHONEN, S. Andragogy as a didatic perspective in the attitudes of nurse instrutor in Finland. **Nurse Educ. Today**, v.11, n. 4, p.278-83, 1991.

- KNOWLES, M. S. **Self-directed learning: a guide for learners and teachers.** New York: Association Press, 1975.
- KNOWLES, M.S. **The adult learner: a neglected species.** 4.ed., Houston: Gulf Publishing, 1990.
- LADDEN, C. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: MEEKER, M. H. ; ROTHROCK, J. A . **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. Uni.1.
- LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: John Wiley, 1978.
- LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** Florianópolis: Curitiba, 1996, 146p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- LEONARD, M.K.; CRANE, M.D. Ida Jean Orlando. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.134-50.
- LUDOJOSKI, R. L. **Andragogia o educacion del adulto.** Buenos Aires: Guadalupe,1972.
- LUCKESI, C. **Avaliação da aprendizagem Escolar.** São Paulo: Cortez, 1996.
- MANDER, R. See how they learn: experience as the basis of practice. **Nurse Education Today**, v.12, n.1, p.11-8, 1992.
- MANZOLLI, M. C. **Viver adulto e enfermagem.** Brasília: Rumos, 1984.
- MATOS, N. Orientação pré-operatória para pacientes geriátricos. **O mundo da Saúde**, v.9, n.33, p.34-41, 1985.
- MEEKER, M. H. ; ROTHROCK, J. A . **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

- MELO, C. et al. Assistência ao ostomizado no complexo hospitalar Heliópolis. **Questão de Saúde**. São Paulo, ago., 1996.
- MILLIGAN, F. In defence of andragogy. **Nurse Education Today**, v.15, n.1, p.22-7, 1995.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- MOSCOVICCI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 5 ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1996, cap.2, p.19-31: Treinamento, terapia e desenvolvimento.
- NERI, A. L. Falando do adulto. In: MANZOLLI, M. C. **Viver adulto e enfermagem**. Brasília: Rumos, p.32-48, 1994.
- OLIVEIRA, M. L. C. Comitês de ética: pesquisa em seres humanos no Brasil. **Rev. Bras. Enf**, Brasília, v.5, n.2 p.189-94, abr./jun., 1999.
- OLIVEIRA, N. L. de. **Prática de Saúde Compartilhada: estratégia para a conquista da cidadania**. Florianópolis: UFMT, 1999, 144 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Mestrado Interinstitucional entre Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Mato Grosso.
- OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. 2.ed. New York: Mac Graw Hill, 1980.
- ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeira-paciente**. São Paulo: EDU/EDUSP, 1978.
- PEÑA GRASS, I. **Mecanismos compensatórios de la personalidad: una visión crítica**. Santa Clara, Cuba: Universitária, 1993.

- PEREIRA, W.R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende mulheres em situação de gestante, parto e puerpério.** Ribeirão Preto, 2000. 187p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- PINTO, A.V. **Sete lições sobre educação de adultos.** São Paulo: Autores Associados/Cortez, 1982.
- PIOVEZANE, P. de M. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 4 ed., São Paulo: Rideel, p.153, 1999.
- RAUDONIS, B. M. Adult education: its implications for baccalaureate nursing education. **Journal of Nursing Education**, v.26, n.4, p.164-6, 1987.
- ROSA, L. M. da. Enfoque andragógico. **Boi. Téc. SENAC**, v.16, n.2, p.135-150, 1990.
- SAUPE, R.; YOSHIOKA, M.R.; ARRUDA, A. L. G. Andragogia na educação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3 n.2 p.67-73, jul./dez., 1998.
- SAWADA, N. et al. Perfil de interação não verbal: enfermeiros e pacientes cirúrgicos em situação pré-operatória. **Rev. Paul. Enf.**, v.12, n.2, 87-92, 1993.
- SCARELLI, E. ; RODRIGUES, A . Vivendo uma relação de ajuda com o paciente no pós-operatório de transplante hepático. **Rev. Bras. Enf.**, v.47 n.1, 67-70, 1994.
- SILVA, A. L. **Cuidado transdimencional: um paradigma emergente.** Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- TAKAYANAGUI, A. ; SILVA, E. M. Envolvimento andragógico com gestante cronologicamente adultas. In: MANZOLLI, M. C. **Viver adulto e enfermagem.** Brasília: Rumos, p.111-18, 1994.

- TASQUETI C.; LIMA M. G. Disciplinas de enfermagem: programadas para adultos? In: MANZOLLI, Maria Cecília. **Viver adulto e enfermagem**. Brasília: Rumos, 1994, p.82-93.
- TAYLOR, C.M. **Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. (Trad. Dayse Batista). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TRAVELBEE, J. **Intervention in psychiatric nursing: process in the one to one relationship**. Philadelphia: Davis, 1972.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1.ed., 4ª tiragem. São Paulo: Atlas, 1995.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Economia e Administração. Departamento de Administração. **Andragogia: uma nova abordagem para a educação de adultos**. São Paulo: USP, 1988, (mimeo).
- WATSON, J. Filosofia y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In: RIEHL-SISCA, J. **Modelos conceptuales de enfermería**. Barcelona: Doyma, 1992.
- WINNICOTT, D. **Táticas e técnicas psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ZAGO, M.M.F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.27, n.1, p. 67-71, 1993.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**Pesquisa: O Enfermeiro na Educação de Adultos em Pré-operatório:  
Uma Abordagem Andragógica**

**Encontro Pré-operatório - Pré-internação**

- 1. Gostaria de saber alguma coisa sobre a cirurgia?**
- 2. O Sr. (a) tem experiência pessoal com cirurgia(s)?**
- 3. Como foi a(s) experiência(s) cirúrgica(s)?**
- 4. Por que o Sr.(a) quer fazer esta cirurgia?**



PESQUISA: O ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO DE ADULTOS EM PRÉ-OPERATÓRIO: UMA ABORBAGEM ANDBAGÓGICA

ENTREVISTA : .....  
LOCAL: .....  
NOME/CATEGORIA: ..... PRONTUÁRIO Nº: .....  
SUJEITO Nº: .....  
DATA: ..... HORÁRIO: .....  
ENCONTRG: .....  
PÁGINA: .....

Notas de Campo (Descrição da Entrevista)	Destaque de Notas	Notas do Pesquisador (Análise Reflexiva)

### ANEXO III

#### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO:

---

**Projeto:** *O Enfermeiro na Educação de Adultos em Pré-operatório: Uma Abordagem Andragógica.*

**Pesquisador(es) e Instituições envolvidas:** *Anna Lucia Gawlinski de Arruda / FEN/UFMT e HUJM.*

**Procedimentos:** *Entrevista, Observação, informações do prontuário e da equipe de cuidado ao cliente.*

**Possíveis riscos e desconfortos:** *Este tipo de pesquisa não acarretará riscos ou desconfortos ao cliente.*

**Benefícios previstos:** *As ações visarão maior conforto e recuperação nas fases cirúrgicas, além de propiciar co-participação no seu processo de cuidar, incluindo a participação dos familiares.*

---

Eu, ....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidência, ou seja, que os dados consolidados serão divulgados, e ninguém, além dos pesquisadores, terão acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo, também, que tenho direito a receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado, ainda, de que a minha participação é voluntária e, se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar dele.

Autorização para uso do gravador ( ) Sim ( ) Não

Autorização para fotos ( ) Sim ( ) Não

**Assinatura do participante ( ou do responsável, se menor) .....**

**Assinatura do pesquisador .....**

Cuiabá \_\_\_/\_\_\_/199\_\_.

**ANEXO IV**  
**TERMO DE COMPROMISSO**

---

Eu, **Anna Lucia Gawlinski de Arruda**, participante do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, Convênio Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Mato Grosso, comprometo-me, enquanto pesquisadora responsável pelo projeto: **O Enfermeiro na Educação de Adultos em Pré-operatório: Uma Abordagem Andragógica**, a cumprir os termos da Resolução nº 196/96 que rege as diretrizes e normas regulamentais de pesquisa envolvendo seres humanos, como também as exigências e regulamentações específicas dos Serviços desta Instituição.

---

**Anna Lucia Gawlinski de Arruda**  
**Pesquisador Principal**

Cuiabá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/199\_\_.

### ANEXO III

#### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO:

**Projeto:** *O Enfermeiro na Educação de Adultos em Pré-operatório: Uma Abordagem Andragógica.*

**Pesquisador(es) e Instituições envolvidas:** *Anna Lucia Gawlinski de Arruda / FEN/UFMT e HUJM.*

**Procedimentos:** *Entrevista, Observação, informações do prontuário e da equipe de cuidado ao cliente.*

**Possíveis riscos e desconfortos:** *Este tipo de pesquisa não acarretará riscos ou desconfortos ao cliente.*

**Benefícios previstos:** *As ações visarão maior conforto e recuperação nas fases cirúrgicas, além de propiciar co-participação no seu processo de cuidar, incluindo a participação dos familiares.*

Eu, Orsmineda maria de Oliveira....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidência, ou seja, que os dados consolidados serão divulgados, e ninguém, além dos pesquisadores, terão acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo, também, que tenho direito a receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado, ainda, de que a minha participação é voluntária e, se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar dele.

Autorização para uso do gravador (  ) Sim ( ) Não

Autorização para fotos (  ) Sim ( ) Não

Assinatura do participante ( ou do responsável, se menor) Orsmineda M. Oliveira

Assinatura do pesquisador Anna Lucia de Arruda

Cuiabá 09/03/1999.