



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Takase Gonçalves, Lucia Hisako; Schier, Jordelina
"Grupo aqui e agora" - uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 14, núm. 2, abril-junho, 2005, pp. 271-279
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414218>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

“GRUPO AQUI E AGORA” – UMA TECNOLOGIA LEVE DE AÇÃO SOCIO-EDUCATIVA DE ENFERMAGEM¹

THE TECHNOLOGY OF NURSING “HERE AND NOW GROUP” – A NURSING SOCIO-EDUCATIONAL ACTION GROUP

“EL GRUPO AQUÍ Y AHORA” – UNA TECNOLOGÍA LEVE DE ACCIÓN SOCIO-EDUCATIVA EN ENFERMERÍA

Lúcia Hisako Takase Gonçalves², Jordelina Schier³

¹ Parte do Projeto Integrado de Pesquisa do GESPI/PEN/UFSC: Desenvolvimento de Tecnologias de Enfermagem para a Abordagem de Famílias Cuidadoras e de seus Membros Idosos II, CNPq: proc. N° 473915/03-0.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Uma das líderes do Grupo de pesquisa GESPI/PEN/UFSC.

³ Mestre em Enfermagem. Membro do GESPI/PEN/UFSC. Enfermeira do HU/UFSC.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso débil. Acompanhantes de pacientes. Família. Educação em saúde. Enfermagem.

KEYWORDS: Frail elderly. Patient escort service. Family. Health education. Nursing.

PALABRAS CLAVE: Anciano frágil. Acompañantes de pacientes. Familia. Educación en la salud. Enfermería

RESUMO: Objetivou desenvolver uma ação sócio-educativa de enfermagem que despertasse na pessoa idosa e família a percepção e a compreensão do autocuidado, como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, e com qualidade ao longo do processo de viver envelhecendo, em quaisquer circunstâncias de saúde-doença. Conduzido na modalidade de pesquisa convergente-assistencial, o referencial teórico-metodológico baseou-se nos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem e nas concepções de educação de Freire. Resultou na construção do programa de ação sócio-educativa denominada “Grupo Aqui e Agora”. Ou seja, uma tecnologia leve de cuidado com foco na educação para a saúde aplicada pela enfermagem, desenvolvido junto aos pacientes geriátricos hospitalizados e seus familiares acompanhantes. Observou-se que o Grupo é possível e factível no ambiente hospitalar, favorecendo o despertar de comportamentos de autocuidado para a autonomia, independência e interdependência, necessários para um viver mais saudável, principalmente de pacientes geriátricos e sua família cuidadora.

ABSTRACT: The objective of this study was to develop a nursing socio-educational action group that could awaken the elderly and their relatives to the perception and comprehension of the value for caring for one's self, as an essential part of maintaining autonomous and active life, as a way to maintain quality of life in aging, and according to any circumstances in the sickness-health process. The theoretical-methodological references adopted to support the study were based upon the concepts of Orem's Self-care Theory, and on the educational concepts of Paulo Freire. The study resulted in the construction of the socio-educational program for group action called “Grupo Aquí e Agora” (Here and Now Group). In other words, a light technology for care was implanted, focusing upon health-care education as applied through nursing, whose development arose together with hospitalized geriatric patients and their relatives. It was observed that the group health-care education efforts presented positive and noticeable results within the hospital. Such results favor the importance placed upon transforming self-care behavior to autonomous, independent and interdependent behavior, all necessary for a more healthy living, principally in the case of geriatric patients with family-member caregivers.

RESUMEN: El estudio objetivó desarrollar una acción socio-educativa de enfermería que despertase en la persona anciana y su familia la percepción y la comprensión del autocuidado, como algo esencial para el mantenimiento de una vida activa y autónoma, y con calidad a lo largo de su proceso de vivir envejeciendo, en cualquier circunstancia del proceso salud-enfermedad. Bajo la modalidad de una investigación convergente asistencial, el referencial teórico-metodológico se basó en los conceptos de la Teoría del Autocuidado de Orem y en las concepciones de educación de Paulo Freire. Resultó en la construcción de un programa grupal de acción socio-educativa denominado como “El grupo Aquí y Ahora”. O sea, una tecnología leve del cuidado con eje en la educación para la salud aplicado por la enfermería, desarrollado se dió junto a los pacientes geriátricos hospitalizados y sus familiares acompañantes. Se observó que es posible y factible el trabajo de grupo en el ambiente hospitalario, despertando comportamientos de autocuidado para la autonomía, independencia e interdependencia, todos necesarios para un vivir más saludable, principalmente, de pacientes geriátricos y su familia cuidadora.

Endereço:
Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Rua Agostinho Sielski, 84
88035-320 – Santa Monica, Florianópolis, SC
E-mail: lucia@nfr.ufsc.br

Artigo original: Relato de Experiência
Recebido em: 15 de novembro de 2004
Aprovação final: 30 de março de 2005

INTRODUÇÃO

O presente artigo representa parte da pesquisa desenvolvida para a elaboração da dissertação de mestrado intitulada “Grupo Aqui e Agora – Uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante”¹, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

A referida pesquisa foi desenvolvida no espaço do Hospital Universitário/UFSC sob a orientação de uma metodologia do tipo convergente-assistencial², e cujo referencial teórico-metodológico adotado baseou-se nos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem³ e nas concepções de educação de Paulo Freire⁴. Teve como questão norteadora saber de que forma a ação educativa de enfermagem desperta na pessoa idosa e na família a percepção e a compreensão do autocuidado, como essencial à manutenção de uma vida ativa, autônoma e com qualidade, ao longo do processo de viver envelhecendo, em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.

Face ao aumento da longevidade das pessoas, considerado um fenômeno global e evidenciado na pirâmide etária brasileira, a enfermagem gerontológica inclui em suas ações de cuidado as orientações no manejo de fatores de risco previsíveis e a promoção de comportamentos saudáveis. Nelas destacam-se esforços na limitação do desenvolvimento da cronicidade, na manutenção das comorbidades em condições controladas, na manutenção ou recuperação da independência funcional pelo desempenho do autocuidado nas atividades da vida diária, tudo com vistas a um processo de viver envelhecendo de modo ativo e autônomo, almejando bem-estar e qualidade de vida possíveis.

O censo demográfico mostrou uma população de 14,6 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade, ou seja, 8,56% da população total no Brasil⁵. As projeções demográficas indicam que teremos em 2025, 32 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais, o que corresponderá a 15% da população brasileira. Isto representa um crescimento populacional de 130% no período, dando ao Brasil a posição de 6º lugar no mundo em população idosa mais numerosa. O aumento do estrato idoso da população, caracterizado também pelo aumento da longevidade, tende a conduzir para a maior incidência de doenças crônico-degenerativas, com suas sobreposições ou

comorbidades, comuns na velhice. Torna-se evidente que os serviços convencionais de saúde já não atendem a demanda de idosos que reclamam por uma atenção especializada, em qualidade e quantidade.

Nos países desenvolvidos o crescimento desta população se deu lentamente – cerca de cem anos – e acompanhado pela melhoria da qualidade de vida através da adequação do mercado de trabalho, oportunidades educacionais e melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia. A França, por exemplo, levou 120 anos para duplicar a sua população idosa de 7% para 14% em 1970⁶.

Diferente daqueles países, o Brasil sofre mudanças muito rápidas no aumento (absoluto e relativo) da população idosa, as quais foram desencadeadas a partir dos anos 60, alterando a pirâmide etária. Estas mudanças trazem consigo conseqüências de toda ordem das áreas da atividade humana, provocando necessidades múltiplas e complexas. Paralelo a transição demográfica, tem havido mudanças nos perfis de saúde compondo a transição epidemiológica. Isto mostra a passagem de um perfil de morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas, responsáveis por 40% das mortes no País em 1950, para enfermidades crônico-degenerativas nos dias de hoje. Entre as pessoas idosas que vivem no Brasil, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas às neoplasias, às doenças respiratórias e principalmente, às doenças circulatórias, as quais representam 37,5% dos óbitos da população com mais de 60 anos de idade⁵.

Relendo os dados demográficos e epidemiológicos, discute-se que apesar do Brasil não ter alcançado um nível de qualidade de vida desejável, conseguiu elevar a esperança de vida de sua população. Atribui-se este fato a assimilação de tecnologias modernas que contribuíram para diminuição das taxas de mortalidade geral e, mais especialmente, infantil⁷.

O envelhecimento populacional brasileiro se deu de modo artificial, pois não foi decorrente de políticas públicas que resultaram na melhoria da qualidade de vida da população, mas decorrente de intervenções da tecnologia médica⁸. Em 1999, a expectativa de vida da população brasileira ao nascer era de 68,4 anos. Estima-se a idade de 80 anos para 2025⁵. As implicações sócio-econômicas decorrentes dessa transição lançam um desafio na reconcepção de uma política social pública no Brasil, pois a longevidade coexiste com a pobreza da população. Na realidade, a condição de vida do idoso brasileiro ainda é desfavorável, pois este sofre com as mazelas sociais em decorrência do atraso eco-

nômico e ou da má distribuição de renda no País. O idoso ainda não recebe, do Estado, da sociedade e, muitas vezes, nem da família, a assistência que necessita, merece e que lhe é assegurada por lei.

O perfil de morbimortalidade caracterizado por doenças crônico-degenerativas (85% dos idosos), a ocorrência freqüente de comorbidades (10% dos idosos), a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como a falta de especificidade e eficácia na assistência à saúde da pessoa idosa, além das dificuldades sócio-econômicas do país, vem contribuindo para que o idoso ocupe destaque nas estatísticas hospitalares. Dados do SUS de 1997⁹ demonstram que o idoso consome mais serviços de saúde, com internações hospitalares mais freqüentes (16,3% das AIHs) e longas (média de 6,8 dias) quando comparados com outras faixas etárias, acarretando em elevado índice de custos hospitalares.

O Hospital Universitário/UFSC, único hospital catarinense totalmente público e gratuito, não é diferente daquela realidade. No ano de 2003, este Hospital apresentou um total de 9.233 internações gerais das quais 1.806, ou seja, 19,56% foram de pacientes idosos. Sabe-se que esses pacientes são internados para elucidação diagnóstica, tratamento da sua condição crônica muitas vezes deficitariamente atendido na rede básica, tratamento especializado (hemoterapia, por exemplo), tratamento cirúrgico, e ou por sua condição de terminalidade. Estudos têm demonstrado que a abordagem médica tradicional, baseada na medicalização e hospitalização, não é suficiente para manter e ou restaurar o equilíbrio e o bem-estar, principalmente dos pacientes idosos.

Os modelos vigentes de atenção ao idoso, sejam em asilos ou em hospitais e seus serviços adicionais, têm se mostrado pouco adequados ou até inviáveis em função do aumento da demanda de atendimento da clientela idosa nas portas de emergências, nas filas de espera de atendimento ambulatorial e filas de vaga para leitos hospitalares.

Os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente – sem a necessidade de serem controlados ou cuidados - considerando a autonomia (capacidade de decisão, de comando) e a independência (capacidade de realizar algo com seus próprios meios) como bons indicadores de saúde para o idoso¹⁰. Então, o alcance de uma velhice saudável, a qual tem correlação positiva com independência e autonomia, é um desafio para os profissionais da saúde, pois é necessário ultrapassar a simples abordagem clínico-

curativa para uma atuação com postura interprofissional e interdisciplinar. Faz-se, então, necessária a implementação e a consolidação de práticas que contemplem a especificidade de atenção da vida e saúde das pessoas idosas segundo os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade requeridos no SUS.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)⁹ vem propor o atendimento as especificidades do estrato idoso da população, buscando implementar ações com o propósito de promover o envelhecimento saudável, manter e ou reabilitar a capacidade funcional, prover assistência às necessidades básicas de saúde do idoso, apoiar o desenvolvimento de cuidados informais, bem como promover a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio aos estudos e pesquisas na área. Assim, é esperado um esforço no sentido de considerar no conjunto dos programas de saúde para a população geral, as diferentes alternativas de uma assistência geronto-geriátrica que contemple serviços de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação nas mais variadas situações de saúde-doença, incluindo a família cuidadora igualmente, como cliente, tornando a unidade de atendimento o binômio idoso-família. A família dos idosos doentes ou fragilizados, que muitas vezes se torna estressada e doente pelo encargo de cuidados, merece a atenção educativa para melhor cuidar de seus parentes idosos, receber apoios que facilitem esse cuidado diuturno, como também ser assegurado o atendimento de sua própria saúde.

O “Grupo Aqui e Agora”¹¹ se configurou numa tecnologia cuidativa, mais especificamente, sócio-educativa aplicada pela enfermagem, adaptando o uso de método de grupos de ajuda mútua, em âmbito de unidade hospitalar para privilegiar a participação dos familiares acompanhantes juntamente com os respectivos parentes idosos hospitalizados. O cuidado sócio-educativo tem enfoque no princípio de que há aprendizagem possível pela ajuda mútua que se estabelece entre os participantes quando estes, em grupo, partilham e discutem semelhantes problemas ou questões, bem como os seus encaminhamentos acerca das situações de vida e saúde de idosos que se hospitalizam e as preocupações dos familiares quanto a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. O Grupo foi assim nomeado considerando a realidade diuturna vigente de uma unidade de internação hospitalar, na qual torna-se quase impossível se formar grupo fixo e duradouro de pessoas. O grupo se forma a cada encontro definindo uma função, tendo um começo, um meio e um fim. Assim, esse grupo se constitui no

âmbito da unidade de internação reunindo pessoas interessadas, em um dia e horário qualquer, considerando o momento oportuno para todos, ou seja, quando há disponibilidade dos participantes: os pacientes, os familiares e alguns membros da equipe profissional da unidade, estes últimos atuando como facilitadores na dinâmica do grupo. Verificou-se, na prática experimental dessa pesquisa, que o trabalho de grupo é possível e factível no ambiente hospitalar. É uma prática essencialmente educativa participativa que mobiliza pessoas a tomar consciência do novo, do desconhecido, na medida em que temas emergem na discussão grupal e são sustentados com depoimentos de uns e reposicionamentos de outros, os quais podem levar o grupo como um todo, e cada um como participante, a novas tomadas de consciência. Estas podem provocar mudanças de atitude e comportamento mais saudáveis, resultando em autonomia, independência e interdependência para um viver cuidando em família de modo mais satisfatório possível.

Vislumbrou-se nesta pesquisa a construção de uma tecnologia cuidativa, uma forma renovada de prática de enfermagem que contempla a especificidade do cuidado do ser humano idoso. Prática essa, compartilhada, dialogada e construída com os sujeitos do cuidado e autocuidado: o idoso hospitalizado, a família acompanhante (futura cuidadora pós-alta) e a enfermeira.

Tal tecnologia já se tornou parte do Programa de atenção do acompanhante hospitalar para paciente geriátrico¹², o qual é desenvolvido nas unidades de clínica médica. De uma experiência investigativa, ela foi tomada como uma prática de extensão universitária para integrar-se ao programa de atenção do acompanhante e, sua expansão está se dando atualmente, praticada com abordagem interprofissional por uma equipe disponível composta por enfermeira, psicóloga e assistente social.

AS BASES TEÓRICAS DO “GRUPO AQUI E AGORA”

O referencial teórico-metodológico adotado baseou-se nos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem³ e nas concepções de educação de Paulo Freire⁴, resultando na construção de um programa de ação sócio-educativa grupal denominado “Grupo Aqui e Agora”.

A enfermeira ao prestar cuidados à pessoa idosa valoriza e estimula a independência e autonomia do cliente valendo-se, entre vários recursos, da prática de educação participativa para o autocuidado nas ativi-

dades do viver diário. Por meio de ações libertadoras de educação para a vida e para saúde, a pessoa idosa e sua família cuidadora são capazes de manter e/ou buscar o bem estar e qualidade de vida que desejam para si. Quando, devidamente, informados, orientados e motivados acerca da sua saúde e de seus direitos de cidadão, os clientes são capazes de tomar suas próprias decisões e de se autocuidarem.

A aplicação prática dos conceitos dos autores adotados, buscando uma relação de complementaridade e possibilidade de avanço na educação para a vida e saúde, pode diferenciar o exercício da Enfermagem com o enfoque na especificidade do cuidado à pessoa idosa e sua família cuidadora, contemplando uma abordagem holística interprofissional possível, a qual requer ação gerontológica de postura intradisciplinar.

A Teoria do Autocuidado de Orem diz que alcançar o autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma. Onde o indivíduo deve ser livre para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, para obter informações sobre si mesmo e, se desejar, para deixar o hospital/instituição de saúde. Então, a essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida¹³. Assim, o objetivo da assistência deriva das necessidades e preferências do indivíduo, e não do profissional. A relação profissional-cliente, dessa forma, possibilita que diminua a dependência, pois, os direitos e as responsabilidades inerentes ao indivíduo são reais e não devem ser violadas ou assumidas por outrem. No Sistema de Apoio-Educação³, Orem desenvolve uma prática educativa para a saúde, onde a relação enfermeira-cliente é sempre horizontal, pois se dispõe a mobilizar no cliente a prática do autocuidado, a tomada de decisão para as mudanças necessárias para o autocuidado, e a busca de novos conhecimentos/aprendizagens para o enfrentamento das situações de vida e saúde.

A Pedagogia da Escola Libertadora de Freire, inicialmente aplicada em situação de educação não formal, é uma prática social na qual professor e aluno aprendem e extraem da realidade o conteúdo da aprendizagem, visando atingir um nível de consciência da realidade afim de nela atuar de modo transformador. A forma de trabalho educativo, nesta prática, é o grupo de discussão. Neste, o método básico é o diálogo, a autocondução da aprendizagem e a autodefinição dos conteúdos e dinâmica. Sua auto-

avaliação é feita em termos de compromissos assumidos com a prática social¹⁴.

O marco de referência conceitual que norteou a ação sócio-educativa procura absorver nas ações práticas no contexto definido, as proposições das idéias freirianas e as de autocuidado de Orem. O “Grupo Aqui e Agora” pressupõe a participação ativa e ética dos envolvidos no cuidado e no processo educativo, num exercitar crescente de cidadania e de busca pela qualidade de vida, pois o trabalho não é feito **para**, mas **com** a pessoa do idoso e do familiar.

“GRUPO AQUI E AGORA”, COMO E POR QUE?

O processo de enfermagem, um método técnico-científico que identifica o fazer profissional da enfermeira, foi o caminho tomado que possibilitou o desenho desta tecnologia cuidativa de enfoque sócio-educativo. A dinâmica de “Grupo Aqui e Agora” guarda os passos lógicos, porém dinâmicos, do processo de enfermagem, sem perder de vista os princípios da concepção de educação de Freire, ou seja, os participantes são agentes ativos do processo de aprendizagem, relacionando-se horizontal e dialogicamente, autoconduzindo-se.

Assim, operacionalmente falando, iniciamos a formação do grupo convidando pessoalmente a cada participante para integrar ao “Grupo Aqui e Agora”. Os convidados são então informados quanto à proposta e assegurados quanto ao respeito aos direitos humanos dos participantes de uma pesquisa. A sala para a realização do encontro grupal é prévia e devidamente preparada pensando na privacidade e no conforto dos participantes.

No momento inicial promovemos o acolhimento de todos os convidados que aceitaram vir integrar-se ao Grupo. A apresentação e aproximação dos participantes são feitas valendo-se de diferentes técnicas de dinâmica de grupo, seguida de reafirmação dos objetivos do encontro, sua importância, e de definição de contrato de ética de grupo, de não constrangimento e respeito mútuo. Ou seja, mesmo sendo um único encontro e os participantes se encontrando pela primeira vez, discutimos a importância do compartilhar livre e sincero das suas idéias, pensamentos, percepções e de respeito mútuo, cuidando-se para evitar qualquer mau juízo das particularidades expostas por cada um. Tal entendimento faz com que todos encontrem confiança e acolhimento entre si, externando e compartilhando a experiência vivida de cuidado e

autocuidado nas circunstâncias particulares de saúde-doença e convivência familiar. Neste momento, o tema em discussão se autodefine no Grupo.

O encontro segue, então, etapas dinâmicas de discussão, aqui delimitadas didaticamente, porém acontecendo simultaneamente na prática. Quais sejam:

a) compartilhar percepções, saberes e experiências práticas de soluções alternativas sobre a realidade em discussão: cada participante externa ao grupo o seu modo de ver, sentir e reagir face a realidade ou situação em discussão. E ao ouvir diferentes exposições, reage com novos posicionamentos estimulados pelo diálogo que se estabelece no grupo.

b) questionar a situação exposta: cada participante, face a variedade ou diversidade de toda a situação exposta de modo esparso, busca a problematização, ou melhor, delimita e define o foco do problema para indagar pelos caminhos de solução ou enfrentamento.

c) vislumbrar possibilidades de acesso a novos conhecimentos, recursos e outros modos de enfrentamento: quando cada participante encontra contribuição a trazer e discutir no grupo. Sua elaboração mental articulada com o que ouviu, dialogou e sua experiência vivida, como uma sugestão propositiva a ser somada com as dos demais participantes.

d) sintetizar novas tomadas de consciência: é chegado o momento grupal quando os participantes percebem estar tendo nova consciência da realidade ou situação discutida no grupo, e é quando conseguem vislumbrar rumos mais concretos ou possibilidades para ação de solução ou enfrentamento da questão ou problema enfocado.

A sequência proposta, segundo os princípios educacionais de Freire, deve fluir naturalmente, significando que não deve ser necessariamente linear, pois cada participante apresenta-se de modo singular em seu processo de aprendizagem. Os momentos do encontro grupal podem se desenhar num ir e vir constante no conjunto do processo dialógico.

A avaliação permeia toda a ação sócio-educativa e ocorre coletivamente no espaço grupal. Entretanto, ao término do encontro há um momento final específico quando os participantes se manifestam com as suas apreciações, sugestões e elaborações (“pensares”) face a experiência grupal vivenciada. Não há a pretensão de avaliar definindo mudanças de atitudes e comportamentos. Nesta prática, o compromisso é com a transformação social que pode ocorrer dentro das possibilidades e da vontade de cada ser participante.

Esta mudança é viabilizada a partir da percepção e discussão da realidade, do encontro de novas possibilidades e da tomada de consciência que se dá individual e coletivamente no espaço grupal. No fechamento do encontro utilizamos uma técnica de dinâmica de grupo para despedidas e agradecimentos.

O “Grupo Aqui e Agora” foi assim denominado, conforme já dito, pela impossibilidade de formar um grupo fixo e com funcionamento dentro de um determinado período, no âmbito da internação hospitalar, para desenvolver educação em saúde em forma de grupo de apoio. Assim, esse grupo, caracteriza-se pela constituição de um grupo de pessoas para um encontro único. Por isso, o grupo se completa em um encontro, ou seja, sua função se realiza tendo um começo, um meio e um fim. **Aqui**, no sentido de lançar mão do momento propício, quando há, na unidade, pacientes geriátricos internados em condições físicas, mentais ou psíquicas favoráveis, e familiares presentes para reunirem-se em sala e participarem por cerca de 50 minutos de uma atividade socioeducativa. E **Agora**, no sentido de aproveitar a disponibilidade momentânea de, no mínimo, dois profissionais da equipe de trabalho em desenvolver atividade educativa em meio as suas atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação.

A disponibilidade das pessoas no cotidiano da realidade hospitalar para ter um horário livre comum tem obstáculos devido às peculiaridades da hospitalização. Principalmente em se tratando de pacientes geriátricos, seja pelas condições das doenças que sofrem, como: depressão, dor, hipertensão; ou por permanência em tratamento quimioterápico intravenoso; as prolongadas ausências da unidade para realização de exames diagnósticos complementares; o preenchimento de horários continuados de medicação e outros procedimentos terapêuticos e de cuidados; e a presença do acompanhante hospitalar mais relacionada com pacientes idosos em estado grave, impedindo ausentar-se da beira do leito.

A despeito de todas as dificuldades para se desenvolver atividades educativas no âmbito da unidade de internação, sabe-se que é durante a hospitalização que melhor se pode desenvolver o processo ensino-aprendizagem pela própria vivência da realidade a ser trabalhada.

O compromisso e a responsabilidade da enfermeira, e dos profissionais da saúde em geral, não podem se bastar em mera orientação por ocasião da alta hospitalar, pois o melhor nível de saúde da pessoa idosa e da família cuidadora, no contexto domiciliar,

pode refletir a qualidade de educação em saúde proporcionada durante a hospitalização.

O “GRUPO AQUI E AGORA”: UM MODO DE SER E AGIR EM SAÚDE

Trata-se de uma metodologia própria que rompe com o formalismo de um grupo e privilegia a temporalidade dos seus participantes, neste caso são os idosos hospitalizados e seus familiares acompanhantes. A enfermeira, animadora do grupo, resgata o papel transformador da enfermagem em uma área, a hospitalar, que nem sempre teve essa prática educativa-participativa. É, portanto, um espaço terapêutico que desafia práticas e rotinas cristalizadas no arcaico modelo biomédico de assistência à saúde, potencializando os recursos disponíveis na instituição hospitalar e oportunizando a transformação do cliente em sujeito ativo e co-partícipe do cuidado.

Esta estratégia socializadora é uma tecnologia leve, cujo conceito está baseado no livro “Saúde: a cartografia do trabalho vivo”¹⁵. Nele, o autor faz reflexões acerca do pensar e o agir no âmbito das organizações de saúde; desenvolve suas concepções acerca de trabalho vivo em saúde, de gestão do cuidado em saúde e de tecnologia leve.

A noção de tecnologia, daquele autor, tem definição ampla. Não se refere, exclusivamente, aos equipamentos e máquinas. Inclui saberes para a produção de produtos e para a organização de ações humanas nos processos produtivos. Sustenta, portanto, o trabalho vivo. Este trabalho vivo em ato comporta, por exemplo, a criatividade permanente do trabalhador em ação inventando novos processos de trabalho, e abrindo novas direções não pensadas. Tal trabalho é complexo, corresponde ao trabalho em si, e é parte fundamental do saber-fazer.

A tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como uma tecnologia das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. O trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, o modo de governar nas organizações, gerir os processos e construir seus objetos, recursos e intenções; e de outro, o modo de agir para a produção de bens/produtos¹⁵. Com isso se estabelece um certo modelo de atenção, que requer a construção de um novo modo de fazer saúde. Modelo este no qual os profissionais e usuários se sentem e agem com cumplicidade, sem

desprezar a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir.

A forma atual hegemônica, que é a medicina neoliberal tecnológica, vem caminhando para um modo de atenção gerenciada na qual a saúde é um bem de mercado. O contexto atual é de transição tecnológica em saúde, com possibilidade de reestruturação ou construção de modelos que se propõem a atender as necessidades do usuário. Modelo esse que comporta o usuário como seu ordenador, e processos de incorporação tecnológica que devem superar a privatização dos espaços micro decisórios pelo médico e superar a noção reducionista de saúde como um bem de mercado¹⁵.

A reestruturação produtiva em saúde pede uma “modelagem” da gestão do cuidado em saúde, o qual está estrategicamente articulado a novos territórios tecnológico não material. Ou seja, o território das tecnologias leves (processos relacionais entre trabalhador e usuário) e tecnologias leve-duras (saberes estruturados que operam esses processos). Tais tecnologias “se expressam nos processos relacionais dos atos em saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las”^{15:29-30}.

Refletindo sobre os pequenos grupos de convergência como um método de desenvolvimento de tecnologias na Enfermagem, considera-se a formação de grupos sociais em saúde uma forma de trabalho vivo em ato com dimensões tecnológicas e, portanto, uma das estratégias para produzir saúde¹⁶. Tomando como referencial as concepções de Merhy¹⁷, referente ao trabalho vivo em saúde e suas tecnologias, afirma-se que, na área da saúde, a dimensão humana não requer unicamente a intencionalidade de produção de equipamentos e de saberes estruturados, requer, pois, tecnologias de relações subjetivas que muitas vezes fogem desses saberes tecnológicos estruturados. Os grupos de convergência cuja finalidade e o compromisso é o de desenvolver, simultaneamente, pesquisa e crescimento social e pessoal dos participantes, na enfermagem, têm “o intuito de implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimento acerca de temas emergentes no grupo”^{16:72}.

“A nossa noção de tecnologia vai muito além de equipamentos sofisticados, ou seja, do modo de fazer o trabalho, ou melhor ainda, o conhecimento de como

fazer, e o modo de como aplicar esse conhecimento”^{18:151}. Afirmar-se que nossa cultura, bastante diversificada, mostra-se mais tecnológica em detrimento de uma cultura humanística. Cultura essa que deve ser desenvolvida pela enfermagem, extrapolando “a noção de consumismo, imediatismo, do valor das coisas materiais para um melhor modo de ser/sentir/viver do ser humano”^{18:151}. Deste modo, faz-se necessário compreender a noção de tecnologia, num sentido amplo e abrangente, como um veículo facilitador no desenvolvimento do trabalho em saúde, como meio de atender as pessoas nas suas necessidades de promoção e recuperação da saúde, com competência técnica e de modo digno, ético e humano para todos os que compartilham deste trabalho.

Vários autores apontam que o final do século XX assiste a uma transição tecnológica reestruturando a produção, transformando o mercado de força de trabalho e os processos de trabalho. Afirmar-se que a reestruturação produtiva em saúde pode não ser apenas marcada pela entrada de equipamentos. Mas, também pela modelagem da gestão do cuidado em saúde, e pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes de equipamentos, ou seja, “[...] está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais [...]”^{15:29}. Desse modo, propõe-se “pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde, como lugar de uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo”^{15:37}. Diz-se que isto requer uma competente capacidade operacional para implementar um modo de fazer saúde coerente com as estratégias globais assumidas – a saúde como direito universal de cidadania. Surgindo, então, propostas de atenção à saúde que buscam superar o modelo médico hegemônico neoliberal, ou seja, organizações de saúde gerenciadas coletivamente, por meio de processos de trabalho partilhados, onde trabalhadores e usuários firmam vínculos e compromissos estreitos, de modo a atender as necessidades individuais e coletivas¹⁵.

Consideramos o “Grupo Aqui e Agora” uma tecnologia leve de educação em saúde, pois comporta o trabalho vivo em ato do trabalhador, o qual, na sua prática, está sempre reinventando o seu saber/fazer. É, pois, um novo processo de trabalho que inclui a prática de acolher o cliente, formar vínculos e favorecer ao cliente a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção da autonomia e independência do viver com qualidade, conforme sua própria vontade.

A TECNOLOGIA SÓCIO-EDUCATIVA DO “GRUPO AQUI E AGORA”: DO EXPERIMENTO PARA A PRÁTICA

O “Grupo Aqui e Agora” é uma tecnologia de educação desenvolvida para profissionais enfermeiros, e da saúde em geral, que se dispõem a trabalhar educação em saúde em parceria com seus clientes. A estratégia tradicional do cuidar/cuidado, na qual o profissional é o detentor do saber/fazer, não é mais cabível nos dias de hoje. O cliente, sujeito ativo do viver, requer ser ouvido no seu pensar e agir, para que, no diálogo, aconteça o processo evolutivo da educação em saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Autocuidado e educação participativa são conceitos que norteiam essa prática. O autocuidado definido por Orem é um processo aprendido, então associando a concepção de educação de Freire, vimos que pode e deve ser aprendido por meio do diálogo e do respeito ao ser humano. A prática educativa participativa requer compromisso e atitude profissional. O compromisso de respeitar o ser humano na sua singularidade, liberdade, crenças e valores; o compromisso de acreditar e contribuir para a capacidade que o ser humano tem de compreender e transformar a sua realidade. E a atitude de manter os componentes técnico e humano do cuidado em todo o processo educativo participativo.

A relação humana e profissional, presentes no grupo, implica em atitude de respeito um para com o outro enquanto participantes. Questão complexa ao se pensar no poder que o detentor do saber científico acredita ter sobre o saber popular; poder este tão presente e explícito na prática hospitalar. Porém, o estudo mostrou que tal relação é possível e factível, na medida em que o profissional faz da sua prática um ato de criação e amor; um processo contínuo de interação entre prática e teoria; uma prática compartilhada, dialogada; uma prática que envolve cidadania e ética.

Vimos que a hospitalização é um momento atípico na vida do ser humano idoso e seu familiar acompanhante, configurando-se num momento de crises e incertezas, num momento que ameaça sua segurança e integridade física, interferindo em toda a família, inclusive. A pessoa idosa e seu familiar cuidador relatam a experiência da hospitalização como “uma prova de força e enfrentamento”^{19:152}. Diz-se que nos depoimentos de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados pode-se codificar as funções do acompanhante no hospital, suas impressões sobre a assis-

tência de enfermagem e o funcionamento do hospital e o desconforto das instalações hospitalares para o acompanhante¹⁹.

Percebemos no desenvolvimento da ação sócioeducativa grupal que o paciente idoso e seu familiar acompanhante possuem jeitos próprios de perceber e compreender o momento da hospitalização, da doença, enfim das suas próprias vidas. Esperávamos encontrar nos grupos muitas perguntas acerca da doença, do modo de tratar e cuidar, do modo de lidar em casa. No entanto, essa não foi a abordagem mais enfática. Certamente houve questionamentos acerca disto, porém não foi o prioritário. As questões foram mais gerais, algumas relacionadas à cidadania quando, por exemplo, discutimos o momento da hospitalização, enquanto realidade concreta para todos os participantes, na qual tantos questionamentos e sugestões acerca das normas da Instituição, dos direitos do cliente e outros aspectos foram abordados.

O Grupo, enquanto espaço de discussão e, portanto, momento de educação participativa em saúde, configurou-se inclusive num espaço terapêutico, no qual os participantes procuraram expor seus sentimentos, os sintomas referentes à condição de saúde-doença, enfim àquilo que fazia parte das suas percepções. Os participantes percorreram um caminho de trocas, reflexões, conhecimento do novo, questionamento da realidade, até chegar numa tomada de consciência. Pensamos que a grande contribuição dessa prática está na reflexão que, possivelmente, foi para além do momento do encontro grupal, quando cada participante, como solo fértil, permitiu germinar e frutificar as novas tomadas de consciência no seu viver diário mais saudável. Ou seja, a possibilidade de mobilizar o ser humano idoso e a família para comportamentos que resultam em independência, interdependência e autonomia no seu viver diário.

Nossa pretensão não foi a de definir mudanças de atitudes e comportamentos, pois entendemos que cada participante tem um percurso próprio e não estático no Grupo, isto se refere à singularidade do indivíduo e à sua liberdade de escolher seus próprios caminhos.

A concepção freiriana de educação participativa fundamentou esta prática na medida em que o “Grupo Aqui e Agora” se concretizou como um espaço no qual as pessoas foram co-partícipes do processo de educação em saúde, autogeradoras da aprendizagem e numa relação horizontal e dialógica compartilharam novos saberes e novas tomadas de consciência. A com-

preensão do conceito de tecnologia leve permitiu identificar esse Grupo como um novo modo de produzir saúde. Modo este que requer dos profissionais um saber-fazer comprometido com o usuário do serviço, por meio das práticas de acolhimento, vínculo e autonomização. “Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História”^{4:60}.

REFERÊNCIAS

- 1 Schier J. “Grupo Aqui e Agora” - uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC; 2001.
- 2 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.
- 3 Orem DE. Nursing Concepts of Practice. 4th. ed. St Louis: Mosby Year Book; 1991.
- 4 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 15th. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
- 5 Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
- 6 Agustini FC. Introdução ao direito do idoso. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2003.
- 7 Stevenson JS, Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. *Texto Contexto Enferm*. 1997; 6 (2):33-50.
- 8 Ramos PRB. A velhice na constituição. *Seqüência*. 1999 Jun; 21 (38): 99.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395/GM de 10/12/99. Brasília: O Ministério; 1999.
- 10 Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p.313-23.
- 11 Schier J. Tecnologia de educação em saúde: O Grupo Aqui e Agora. Porto Alegre: Sulina; 2004.
- 12 Gonçalves LHT, Lima MGO, Schier J. Programa de acompanhante hospitalar para pacientes geriátricos. *Rev Gaúch Enferm*. 2003 Jan; 24 (1): p. 88-96.
- 13 Castellanos BEP. Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. In: Campedelli MC, organizador. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989. p.43-56.
- 14 Saube R, Brito VH, Giorgi MDS. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire e agir da enfermagem. In: Saube R. Educação em enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1998. p. 242-73.
- 15 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 16 Trentini M, Gonçalves LHT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000; 9 (1):63-78.
- 17 Merhy EE, Chakkour M, Stefano E, Stefano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.
- 18 Erdmann AL. Mesa redonda: Tecnologias em enfermagem geronto-geriátrica. *Texto Contexto Enferm*. 1997; 6 (2):126-54.
- 19 Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2001.