

GRUPOS DE CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA NO CUIDADO DO CARDIOPATA¹

Andréia Bendine Gastaldi*
Ymiracy Nascimento de Souza Polak**

RESUMO

Relato de prática assistencial, desenvolvida com cardiopatas em um grupo de convivência, alicerçado na concepção de educação de Paulo Freire e na compreensão de Polak sobre o cuidado, com o objetivo de socializar conhecimentos concernentes à prevenção de danos e limitações ao indivíduo cardiopata e discutir e delinear estratégias de cuidado que permitam a esse indivíduo viver com a condição de cardiopata de forma digna. As estratégias de ação foram desenvolvidas em diferentes cenários e culminaram com a formação de um grupo em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Londrina-PR. Os resultados permitiram mostrar que o grupo é uma importante estratégia para o trabalho da enfermagem. Os temas emergentes do grupo e que caracterizam a condição de ser cardiopata foram categorizados em: a temporalidade da doença, a descoberta do outro e organizando-se para viver melhor. Concluiu-se que no cuidado ao cardiopata a ser realizado em grupos, há muito que ser revisto, incluindo a formação dos profissionais de saúde e, dentre esses, o enfermeiro. A importância da escola está em ensinar a valorizar o processo de autoconhecimento e a compreender que só é possível perceber o outro segundo a sua vivência e a sua experiência.

Palavras-chave: Grupos de Autoajuda. Educação em Saúde. Cuidado de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A mortalidade decorrente de doenças cardiovasculares representou 30% dos óbitos ou 300 mil mortes em 2006. Apesar da redução de 20,5% nos últimos 16 anos, estes dados ainda evidenciam uma mortalidade precoce e perda de anos produtivos de vida. Os estudos epidemiológicos, associados à tecnologia diagnóstica, possibilitaram grandes avanços na prevenção do problema, controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento das cardiopatias⁽¹⁾.

Nesse contexto, faz-se necessária, também, uma assistência de enfermagem individualizada e eficiente a essa clientela, de forma contínua e intensiva. Na busca dessas novas práticas de cuidado, o elemento norteador deve ser sempre o da promoção humana. A educação para a saúde deve levar o indivíduo a acreditar no seu potencial de mudança, na sua capacidade de alterar a própria realidade e viver melhor.

É neste sentido que o enfermeiro pode e deve atuar junto ao cliente, seja no hospital, na

unidade básica de saúde, na formação de grupos de convivência, ou em qualquer tempo e lugar em que se faça necessário⁽²⁾. Jamais se deve conceber o cuidado sem esse aspecto educador. Os grupos de convivência têm sido uma alternativa importante para a prática educativa a indivíduos em situações crônicas de saúde, com vistas à promoção da sua saúde.

Esta alternativa se caracteriza pela “[...] reunião e envolvimento de pessoas num processo de interação entre si e que, dessa forma, compartilham um propósito comum”⁽³⁾. Esses encontros ou reuniões caracterizam-se por uma “relação de troca em nível cognitivo, afetivo e instrumental suficiente para que os participantes aprendam e ensinem habilidades de enfrentamento”⁽⁴⁾. A prática educativa é um arsenal de possibilidades para o desenvolvimento das potencialidades humanas, facilitando a compreensão e a interação do homem com a vida-saúde no seu próprio contexto. Diante desses dados, impõe-se um desafio de transformação social que dá à Enfermagem um papel não mais curativo, mas de promotor da saúde, para o qual a educação é a

¹ Artigo originado da dissertação: “Grupos de convivência: do mito à realidade no cuidado do cardiopata”. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

* Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: gastaldi@sercomtel.com.br

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professor Livre-Docente da Universidade Federal do Paraná (aposentada). E-mail: ynsp@hotmail.com

mola-mestra.

Nesse contexto, o enfermeiro estará dando ao seu cuidado uma dimensão maior e mais apropriada e que realmente fará a diferença no tratamento do cardiopata propiciando-lhe melhor condição de vida.

Cabe ressaltar o significado de cuidado neste contexto, que extrapola o ensinado e desenvolvido na prática. Aqui, concebe-se o cuidar

[...] como resultante do processo de construção do conhecimento, momento dinâmico, espaço-temporal, movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade^(5,126).

Essa visão encontra ressonância na educação vista como uma prática de libertação do indivíduo para ser mais e fazer parte do processo de construção da sua realidade. Em relação à sua saúde, o conhecer-se e o educar-se o liberta para decidir sobre si próprio⁽⁶⁾.

Ao entender o cuidado como um fenômeno percebido e vivido pela pessoa-enfermeiro e pela pessoa-cliente, como um movimento bilateral e, sendo elemento norteador da prática de enfermagem, surgiram os questionamentos: Que formas de “cuidar” do cardiopata atendem as suas expectativas, o ajudam no seu processo de recuperação e, ao mesmo tempo, estão voltadas para a promoção de sua saúde?

Este trabalho é parte de uma dissertação de mestrado⁽⁷⁾ e teve como objetivo descrever a prática de cuidado desenvolvida com cardiopatas em um grupo de convivência, alicerçado na concepção de educação libertadora⁽⁸⁾ e na compreensão de cuidado no mundo do outro com respeito, solidariedade e sensibilidade nesse encontro⁽⁵⁾.

METODOLOGIA

O percurso metodológico baseou-se na fundamentação teórica da prática educativa libertadora⁽⁸⁾ e na compreensão do cuidado na direção do mundo do outro⁽⁵⁾.

Inicialmente, foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e após a aprovação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade Federal de Santa Catarina que autorizou a realização da pesquisa.

Os sujeitos cardiopatas da amostra foram selecionados entre os pacientes que frequentavam uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região Sul da cidade de Londrina-PR. A UBS é considerada de média demanda e atende 12h diárias. Em sua maioria, os habitantes atendidos são de classe média baixa e não há programas educativos efetivos implantados para a população adulta.

A estratégia de formação do grupo se deu em três etapas. Na primeira etapa foram selecionados os cardiopatas por meio dos registros das planilhas da UBS. Foram selecionadas 21 pessoas com diagnóstico de miocardiopatia ou insuficiência cardíaca. Na segunda etapa, foram realizadas visitas domiciliares para sensibilizar o cardiopata a participar do grupo e na terceira aconteceu a formação do grupo.

A aquisição do termo de consentimento deu-se no momento da primeira participação no grupo após orientação quanto ao objetivo do trabalho, à necessidade da gravação dos encontros, ao sigilo pelas informações, à publicação dos resultados das entrevistas, à não-remuneração pela participação e à destruição posterior das fitas gravadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com a Resolução 196/96⁽⁹⁾. Os participantes assinaram o Termo em duas vias, tendo uma via em poder do colaborador e a outra com a pesquisadora.

Para o registro dos dados referentes às reuniões, optou-se pelo uso do gravador e pelo diário de campo por permitir o registro de atitudes não-verbais.

Da primeira reunião participaram seis pessoas. Foi utilizada a técnica de colagem, já que os sujeitos ainda não se conheciam e a timidez poderia prejudicar a aproximação. Sugeriu-se demonstrar por meio de desenhos ou colagem, o que significava para eles, ser portador de uma doença crônica. O material produzido refletia, basicamente, o que eles gostariam de ser e não eram: saudáveis (segundo eles próprios). De acordo com solicitação dos próprios pacientes, na segunda reunião, foram demonstrados atlas de anatomia, fotos e miniaturas de coração, normais e doentes.

Mesmo tendo considerado bastante produtivo, este encontro ainda foi marcado pelo individualismo. Nas figuras, no atlas e nas peças, cada um queria saber do seu problema. Ao final, sugeriram que o material fosse demonstrado em todas as reuniões, para que as pessoas novas e as que não tinham comparecido, pudessem, também, ter acesso aos mesmos.

Para a terceira reunião, de acordo com a fundamentação teórica proposta, não foi determinado material ou assunto específico para discutir apenas o que fosse do interesse deles considerando que “[...] o diálogo começa não no encontro educador-educando com os educandos-educadores, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes”^(6:83).

Na ausência de um tema gerador para a quarta reunião, foram elaboradas frases para motivar a discussão, como: “fico nervoso quando...”, “me distraio fazendo...”, “meu maior presente seria...”, “ser saudável significa...”. Isso, além de deixar o ambiente descontraído, pelo clima de brincadeira, acabou por motivar a manifestação de sentimentos adormecidos, desejos não realizados e, ao final, todos se comportavam como velhos amigos. A partir daí, não foram mais necessárias estratégias de motivação.

Foram realizadas sete reuniões com uma média de quatro a seis participantes em cada uma, no período de agosto a outubro de 1999. No total, dez pessoas participaram do grupo, sendo três do sexo masculino e sete do sexo feminino. Os diagnósticos médicos foram Miocardiopatia Chagásica, Hipertensão Arterial, Miocardiopatia Hipertrofica e Insuficiência Coronariana. A idade variou de 46 a 72 anos. As reuniões foram realizadas semanalmente.

As reuniões foram gravadas em áudio e depois transcritas para serem categorizadas, quando cada participante recebeu uma letra e cada unidade temática um número.

Para a análise dos dados, os temas discutidos foram categorizados em: a temporalidade da doença, a descoberta do outro e organizando-se para viver melhor. Relacionar apenas três não significa que desconsidere outros ou priorizei os mesmos, mas sob a minha ótica de observador, estes conseguem exprimir melhor a situação concreta daquelas pessoas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Refletindo e interpretando o vivido

Vários temas, mais ou menos constantes, emergiram dos participantes do grupo durante o período de convivência.

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

A temporalidade da doença

Nossa situação corporal neste mundo é temporária, independentemente de credos ou religiões. O sentimento de finitude acompanha a todos ao longo da vida, fazendo com que cada um adote um estilo de vida compatível com aquilo que acredita ser a sua passagem por esta vida. Desse modo, sem saber em que momento a jornada irá terminar, procura-se viver de acordo com aquilo que se acredita ser o melhor para si mesmo, na medida do possível, uma vez que, adotar um estilo de vida saudável nem sempre é compatível com a realidade social e econômica de cada um.

As relações estabelecidas “no” mundo e “com” o mundo apresentam características de pluralidade, de transcendência, de criticidade, de consequência e de temporalidade. No ato de discernir, porque existe e não só vive, o homem encontra a raiz da descoberta de sua temporalidade, que ele começa a fazer precisamente quando, varando o tempo, de certa forma então unidimensional, atinge o ontem, reconhece o hoje e descobre o amanhã⁽⁸⁾.

Para o portador de doença crônica, a temporalidade é algo muito presente e, na maioria das vezes, rege seus sentimentos e atitudes. A partir do diagnóstico ou da conscientização do mesmo, esse indivíduo inicia

um processo de redefinição de identidade, no qual o tempo passa a ter um significado ainda maior. O ontem passa a significar não só aquilo que foi um passado, mas uma referência para o presente, aquilo que poderia ter sido. Um membro do grupo me relata o início da doença como um marco em sua vida. Apesar da esperança de melhora com o tratamento, a falta do emprego é que passou a condicionar o seu futuro:

[...] Trabalhei normalmente por uns seis meses e depois me deu a pressão alta [...] Daí eu vim na doutora e ela me trocou os remédios todos e eu continuei, pensei vai melhorar. Daí, negócio de uns dois meses pra cá é que... (silêncio). Quando a firma descobriu que eu tinha pressão alta, me mandou embora, né! (rindo) Aí, eu comprei um caminhão e tô trabalhando por conta. Volta e meia eu viajo, né. Só que aqui perto, porque o caminhãozinho é pequeno, eu tenho que levar a mulher junto, porque se acontece alguma coisa [...] (F12).

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

[...] às vezes tá melhor, às vezes tá pior, às vezes tá mais ruim, tá trabalhando, vendendo roupa, tá fazendo de tudo, lavando roupa [...]. Hoje eu lavei um tanque de roupa. Minha filha fala: Mãe, mãe, pelo amor de Deus, você quer morrer mesmo, né? E eu falo: Não sei porque! (B08).

Existe uma pressão social que se interpõe entre o perceber-se doente e o considerar-se como tal. A sociedade estimula pessoas sadias e produtivas. Assumir o papel de doente é sair da engrenagem social, segregar-se, parar de produzir, passar a consumir, exigir cuidados especiais, onerar um orçamento familiar, afastar-se das atividades usuais e distanciar-se da família e dos amigos. Assumir, então, o papel de doente, é renunciar, mesmo que transitoriamente, ao desempenho de seu papel social⁽¹⁰⁾.

Muitas vezes é preciso também “desculpar-se” pela sua doença, já que nos dias atuais, a

doença é vista como resultante de processos autodestrutivos, de estilos de vida insalubres, de agentes externos ao organismo, como tristeza, dependência e dos sentimentos oriundos dessa situação⁽⁵⁾. Para essas pessoas, mesmo que inconscientemente, é proibido sentir “pena” de si mesmo, como demonstra a seguinte fala:

[...] a gente se isola, né? Fala não tem jeito né! A gente se entrega [...], fala assim: Ah, eu vou morrer. Não, é algum problema, às vezes psicológico. Não pode deixar, não, a gente tem que ajudar tomando o remédio, mas não ficá se culpando, porquê geralmente, é mais psicológico mesmo, e a gente morre mesmo (C04).

Outro aspecto a ser considerado na questão da temporalidade é a maneira como cada cardiopata enfrenta sua situação. Entende-se por enfrentamento um processo através do qual a pessoa lida com situações desafiantes cotidianas, sejam elas esperadas ou inesperadas, de natureza agradável ou desagradável. O enfrentamento de um processo multidimensional e, neste caso, a vivência de uma situação pode envolver cognição, afetividade e espiritualidade⁽³⁾.

Pude confirmar tal afirmação pelo relato dos membros do grupo que mostram maneiras bem diferentes de enfrentar a cronicidade.

Minha saúde é o bem mais precioso que eu tenho e por isso faço questão de me cuidar bem [...] já perdi muita coisa nesta vida, minha filha: pai, mãe, filhos, e não quero morrer [...] acho isso de grupo muito bom, já participei de um lá no Posto, para diabético. Tinha uma mulher lá que descobriu a diabete e queria morrer porque não ia poder comer mais [...] já pensou? Querer morrer porque não pode comer! Falei pra ela que isso era besteira, que eu já tinha há um tempão, não comia de tudo e não tinha morrido (I25).

Registra-se aqui a percepção de saúde como valor, reforçando sua imagem como dom, algo fugaz, que deve ser cuidado, pois é o que temos de mais importante na vida⁽¹¹⁾.

Estou traumatizada com doença! Não conseguia nem olhar para o corte da cirurgia na hora do curativo. Dormia o tempo todo, para ver se o tempo passava mais rápido [...] Achei que não estava preparada para isso [...] não queria nem ouvir falar em doença (J15).

O tempo nasce da relação do sujeito consigo mesmo e com as outras coisas. Isto permite a verbalização de desejos, de sonhos, do vir-a-ser,

já que o futuro não é uma sucessão de agoras, mas uma possibilidade de ser no mundo, e por isso é preciso que o sujeito intencionalmente esteja presente neste futuro⁽¹²⁾.

Quando estava internada pensava: quando sair daqui, não quero nem ouvir falar em doença [...] (J15).

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

“O homem existe no tempo. Está dentro. Está fora. Herda. Incorpora. Modifica. Porque não está preso a um tempo reduzido a um hoje permanente que o esmaga, emerge dele. Banha-se nele. Temporaliza-se”^(8:41).

Descoberta do Outro

A verdade é que, tal como em outras oportunidades, na praia, continuo a não ver safenados na proporção em que a cirurgia vem sendo feita. “Deduzo que as pessoas, ou se escondem porque se pensam doentes, ou não conseguem viver em paz com a sua verdade”^(13:22).

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

As percepções e atitudes em relação à doença variam muitíssimo. Vão desde a preocupação neurótica até o descaso total. Incontestável, porém, é que nos diferentes comportamentos, não se observa a busca dos seus pares como alternativa de superação do problema. No encontro com os outros, muitas vezes, o que aflora são situações de supremacia da “sua” doença em relação à do outro⁽¹⁰⁾.

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

Ih! Eu já tenho mais de vinte (anos da doença). Quase vinte e dois (D03).

Eu também já tenho vinte. Sou mais novo de idade, mas já sofro há mais tempo quase que o sr. (F25).

Mas quem fez cirurgia aqui, só eu, né? (B12).

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

A gente se conhecia, mas eu não sabia que ela tinha problema no coração (A02).

É, todo mundo aqui é meio gordo, oh todo mundo cheinho (F07).

O espaço do grupo de convivência pode facilitar o encontro entre os pares, na medida em que, propiciando este “mostrar-se igual”, supera-se o individualismo presente até então. O homem está no mundo e com o mundo, pois se apenas estivesse no mundo não se objetivaria a si mesmo. Objetivando, pode distinguir entre um eu e um não-eu, fazendo-o capaz de relacionar-se, de sair de si, de projetar-se nos outros, de transcender⁽¹⁴⁾.

No ambiente de grupo, observa-se progressivamente a liberdade de expressão e a redução de defesas. Desenvolve-se, a partir dessa liberdade mútua de expressar os sentimentos reais, positivos e negativos, um clima de confiança mútua, onde cada membro caminha para maior aceitação do seu ser global, tal como ele é, incluindo suas potencialidades. Com indivíduos menos inibidos por rigidez defensiva, a possibilidade de mudança em atitudes e comportamentos pessoais torna-se menos ameaçadora. Os indivíduos podem ouvir-se uns aos outros e aprender uns com os outros em maior escala⁽¹⁵⁾.

Percebe-se que, no grupo, o indivíduo acaba por conhecer a si próprio, e a cada um dos outros, mais completamente do que o que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho. Toma conhecimento profundo dos outros membros e do seu eu interior, o eu que, de outro modo, tende a esconder-se por detrás de uma fachada. Este conhecimento permite-lhe relacionar-se melhor com os outros, não só no grupo, mas também, mais tarde, nas diferentes situações da vida de todos os dias⁽¹⁵⁾.

Organizando-se para viver melhor

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

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

Sabe o quê que eu queria saber? De onde ele (o coração) recebe energia prá funcionar, porque se ele é um músculo, ele necessita de uma energia para funcionar (E16).

Tem gente que não cuida quando é jovem, quando vai ver, já... Eu não sabia que tinha pressão alta. (J08).

Agora eu nunca tive pressão alta, pode ser, não tem nada a ver o Chagas com a pressão alta? (G04)

Eu queria que você me desse mais uma atençãozinha, sobre as pessoas que tem uma veia mais grossa, o que acontece na vida da pessoa? (I06)

O simples fato de optar pelo conhecimento pode ser o ponto de partida para a busca de transformações. Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio que ela representa e procurar soluções. Assim, pode transformá-la. Uma educação que pretendesse adaptar o homem estaria matando suas possibilidades de ação. A educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Uma determinada época histórica é constituída por determinados valores, com formas de ser ou de comportar-se que buscam a plenitude. Entretanto, não há transição que não implique em um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, por meio de um hoje, de modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos para saber o que seremos⁽¹⁴⁾.

Estes conceitos e valores que caracterizam um estilo de vida materializam-se naquilo que adoto como dieta, em como encaro situações de estresse, entre outras coisas. Alterar um estilo de vida pode ser considerado crítico, pelas pressões externas, aos valores, aos estereótipos, ou seja, existe um padrão alimentar cultural, social e econômico que não permite muitas variações ou adaptações. Nesse contexto, iniciam-se as cobranças por mudanças — principalmente pelos profissionais da saúde — difíceis de serem adotadas sem culpas e sofrimento, como se pode observar em alguns depoimentos de membros do grupo:

É duro, viu? A gente deixa de comer aqueles “bifão gordo”. A gente anda direto com fome (H015).

Outro dia eu fiz uma lasanha, que eu tava com uma vontade [...] Só que quando eu fui comer, minha filha falou que tava salgada, e eu não comi (C20).

É, mas é duro a gente não poder comer na casa dos outros, em restaurante [...] Porque a gente não sabe como foi feito, se tem muito sal, muita gordura (H17).

Do mesmo modo, as condições sociais e econômicas, e a própria situação de saúde, geram situações de estresse difíceis de serem controladas. Enquanto seres vivos existimos em dois domínios: um fisiológico, onde ocorre nossa dinâmica corporal; e outro, de relação com o meio, onde tem lugar nosso viver como a classe de seres que somos. Esses dois domínios, ainda que diferentes, se modulam mutuamente de uma maneira generativa, de modo que o que acontece em um muda de acordo com o que acontece no outro. É no domínio da relação com o outro, na linguagem que sucede o viver humano, e é, portanto, no âmbito ou domínio da relação com o outro, que têm lugar a responsabilidade e a liberdade como formas de conviver. Porém, é ali, também, que ocorrem as emoções como modos de conduta relacional com o outro ou ao outro, e é ali, no que é o fundo da alma humana, que residem a frustração e a revolta⁽¹⁶⁾.

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

Ah! O nervoso é fácil de controlar. É só a gente não lidar com as outras pessoas (C09).

Fácil nada! A gente pode até não mexer com as outras pessoas, mas os outros mexem com a gente (I12).

Eu não aguento, aquilo ali não dá prá gente, e a minha pressão só tem que subir (F34).

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que este trabalho esteve imbuído do compromisso do cuidado por meio de uma prática educativa e libertadora, e mesmo não tendo norteado este estudo pelo paradigma da promoção da saúde, foi possível o desenvolvimento de habilidades pessoais, pela divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais para que as pessoas possam exercer maior controle sobre sua própria saúde, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor, conforme preconiza este referencial. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases de sua existência, o que inclui o enfrentamento de doenças crônicas.

É necessário incentivar a promoção da saúde por uma ação comunitária concreta e efetiva. O trabalho nas comunidades deve ser realizado com os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e

contínuo acesso à informação e às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde.

Pude observar o ser humano deste estudo, o cardiopata, experimentando as mudanças no seu estilo de vida, como é o caso de algumas pessoas que informaram que não mais podiam comer determinados alimentos. Pude perceber o quanto se faz necessária a adaptação de condições externas para o desempenho de todas as suas funções e o quanto ele necessita de orientações e troca de informações com o profissional enfermeiro e outros indivíduos que compartilham a mesma situação, para melhor compreender o seu processo saúde-doença e assim desenvolver mecanismos de controle do mesmo, visando à promoção da saúde.

O processo grupal na enfermagem, como uma alternativa de cuidado, tem sido amplamente praticado e valorizado pelos seus aspectos positivos no que tange à atividade educativa do enfermeiro, por isso o considere a estratégia ideal para a minha proposta, especialmente naquilo que se refere à continuidade do cuidado ao cardiopata fora do ambiente hospitalar, bem como a necessidade da prática educativa a ser desenvolvida com os mesmos. Embora não fosse minha intenção confirmar a necessidade do cuidado continuado e do desenvolvimento de uma prática educativa por parte do profissional de enfermagem, não poderia deixar de mencionar que tal necessidade foi comprovada pelas evidências que emergiram durante meu trabalho com o grupo. Em muitos momentos, ficou evidente a falta de consistência do cuidado prestado ao cardiopata, como um portador de doença crônica, no que se refere ao seu autoconhecimento e à sua participação no seu processo saúde-doença. Esse cuidado tem-se restringido tão somente ao aspecto curativo e não à prevenção de danos e limitações, por isso muitos têm se limitado a um viver cheio de restrições e poucas alegrias.

Do mito à realidade, no cuidado ao cardiopata a ser realizado em grupos, há muito que ser revisto e repensado. Há que se repensar a política nacional de saúde, que não se faz efetiva no campo preventivo e deixa a desejar na assistência aos usuários do sistema. Devemos refletir, também, sobre como têm sido verticais as ações de saúde e o grau de participação do profissional enfermeiro nessa situação. Nesse

processo intrincado, há ainda que se considerar a cultura de cuidado vigente, que prioriza as atividades puramente técnicas em detrimento do aspecto educativo que o mesmo deveria incluir e a maneira como o cliente assimila essa cultura, disseminada pela sociedade e que conta com a participação efetiva dos profissionais da saúde.

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

Trabalhar com grupos é um desafio porque implica em pensar a educação em saúde de forma diferente e pressupõe mudança de atitudes e valores por parte do profissional. Não se pode pretender que apenas o cliente apresente mudanças comportamentais, antes, o profissional precisa estar despido de preconceitos em relação à educação em saúde. Esta deve estar pautada na

aceitação incondicional do indivíduo, no propiciar um espaço efetivo para que o mesmo se exponha, mostre sua realidade e suas necessidades de aprendizagem, para que se construa junto, pois o aprendizado só acontece no contexto livre e crítico das relações que se estabelecem entre os que “se educam”, e entre estes e aquele que se propõe a “educar”.

Entre os aspectos mais importantes a serem considerados ao final deste estudo, inclui-se a formação dos profissionais de saúde e, dentre esses, o enfermeiro. A importância da escola está em ensinar a valorizar o processo de autoconhecimento, a compreender que só é possível perceber o outro segundo a sua vivência e a sua experiência.

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

SUPPORT GROUP AS A CAREGIVING STRATEGY OF CARE GIVEN TO CARDIOPATH INDIVIDUALS

ABSTRACT

Report of caring activity developed with a group of cardiopaths. The objectives were: to develop a caregiving practice with a support group of cardiopaths based on Paulo Freire's conception of education and on Polak's understanding of care; to provide the cardiopaths with knowledge related to the prevention of damages and limitations in view of their health conditions; to discuss and strategies of care that may allow these individuals to cope with their health condition. In view of that, strategies were designed and developed in different places that ended up with the formation of a support group in a Health Basic Unit. The results of this study showed that the group activity is an important strategy for the nursing practice. The themes that emerged from the group and that characterize the cardiopath condition were categorized in: the disease temporality; the discovering of a support group, and organizing oneself to have a better life. It was concluded that there is much to be reviewed about caring for the cardiopath in groups, including the training of health professionals and, among them, the nurse. The role of the school in the teaching process is important while promoting self-knowledge and understanding that it is possible to acknowledge the other according to one's own life style and experience.

Keywords: Support Groups. Health Education. Nursing Care.

GRUPOS DE CONVIVENCIA COMO ESTRATEGIA EN EL CUIDADO DEL CARDÍOPATA

RESUMEN

Relato de práctica asistencial desarrollada con cardíopatas en un grupo de convivencia, teniendo como fundamento la concepción de educación de Paulo Freire y la comprensión de Polak sobre el cuidado, con el objetivo de socializar conocimientos concernientes a la prevención de daños y limitaciones al individuo cardíopata, discutir y esbozar estrategias de cuidado que permitan a ese individuo vivir con la condición de cardíopata de forma digna. Las estrategias de acción fueron desarrolladas en diferentes escenarios y culminaron en la formación de un grupo dentro de una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Londrina. Los resultados permitieron mostrar que el grupo es una importante estrategia para el trabajo de enfermería. Los temas emergentes del grupo, que caracterizan la condición de ser cardíopata fueron categorizados en: la temporalidad de la enfermedad, el descubrimiento del otro y organizándose para vivir mejor. Se concluyó que en el cuidado al cardíopata a ser realizado en grupos, hay mucho que revisar, incluyendo la formación de los profesionales de la

salud y, entre estos, el enfermero. La importancia de la escuela está en enseñar a valorar el proceso de autoconocimiento y entender que sólo es posible percibir el otro de acuerdo a su vivencia y a su experiencia.

Palabras clave: Grupos de Autoayuda. Educación en Salud. Cuidado de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília(DF); 2009. [citado 2011 maio 30]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf
2. Pelloso SM, Boaventura E. Prevenção e cura: funções do enfermeiro na prática. Ciênc Cuid Saúde [on-line] 2002. [citado 2011 maio 30]; 1 (1):15-16 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artic/view/5633/3585>
3. Dias LPM, Trentini M, Silva DGV. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm. 1995 jan-jun; 4 (1):83-92.
4. Trentini M, Tomasi N, Polak YNS. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. Cogitare Enferm. 1996 jul-dez; 1(2):19-24.
5. Polak YNS. A corporeidade como resgate do humano na enfermagem. Pelotas: Universitária: UFPel;1997.
6. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
7. Gastaldi AB. Grupos de Convivência: do mito à realidade no cuidado do cardiopata [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
8. Freire P. Educação como prática da liberdade. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1978.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.º 196/96 e outras). 2ª ed. ampl. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2003.
10. Rezende ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
11. Polak YNS, Jouclas VMG. O adulto e o repensar dos conceitos saúde e doença. In: Polak YNS, Kalegari DRG, Jouclas VMG. Saúde do adulto: um enfoque multidisciplinar. Curitiba: Pinha; 1997. p.77-103.
12. Polak YNS. Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias. [tese]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná-UFPR; 1997.
13. Brito EDP. Bate coração: a experiência de uma safenada. Porto Alegre: Tchê; 1987.
14. Freire P. Educação e mudança. 14ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1988.
15. Rogers CR. Grupos de encontro. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
16. Romesin HM, Garcia FJV. De máquina e seres vivos: autopoiese - a organização do vivo. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Endereço para correspondência: Andréia Bendine Gastaldi. Rua dos Cambarás, nº 216. Gleba Palhano. CEP: 86055-738, Londrina, Paraná.