

ALINE ESTEVES PACHECO

**MOTIVAÇÃO PARA O AUTO-CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE**

**FORMIGA/MG
2012**

ALINE ESTEVES PACHECO

Motivação para o auto-cuidado na Atenção Primária em Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, pré-requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria José Moraes Antunes.

FORMIGA/MG
2012

ALINE ESTEVES PACHECO

Motivação para o auto-cuidado na Atenção Primária em Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, pré-requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Moraes Antunes

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria José Moraes Antunes - orientadora
Prof.

Aprovado em Formiga: 04/02/2012

Agradeço a Deus por colocar dificuldades em meu caminho, as quais me fizeram entender
melhor a vida.

"Entrar realmente no mundo do outro, com aceitação, cria um tipo de vínculo muito especial que não se compara a nenhuma outra coisa que eu conheça."

Carl Rogers

RESUMO

Percebemos no dia a dia do trabalho na Estratégia da Saúde da Família que o “cuidado” tem grande repercussão na saúde das pessoas. Cuidar ou ser cuidado dependem de práticas em benefício do indivíduo, para a manutenção da vida, a saúde e o bem estar. Mas as pessoas mesmo sabendo o que é necessário fazerem para se cuidarem, não realizam ações nesse sentido. Então partimos para a tentativa de compreensão da visão atual do tema e refletir acerca dos diferentes motivos e fatores que motivam as pessoas a se auto cuidarem. Justificou este estudo o compromisso da autora com o desenvolvimento da atenção primária em saúde relacionada com a qualidade de vida e com o empoderamento individual e de grupos sociais. Para tanto rastreou-se os últimos artigos publicados pertinentes ao tema, sem entretanto nenhum critério de seleção para os mesmos. Como resultado observou-se que as estratégias da educação para a saúde, a organização do processo de trabalho por problemas e o respeito à individualidade e aos direitos das pessoas são fatores que podem estimular o auto cuidado permanente.

Palavras chave: cuidado; auto cuidado; atenção primária em saúde; educação em saúde; “cuidar de si” e “cuidar do outro”.

ABSTRACT

We can notice on the daily Family Work Strategy that “care” has a big repercussion on people’s health life. Caring or be taken care of depend on practices for the benefit of the individual to maintain his life, health and welfare. But even though people know what is necessary to do to take care of themselves, they don’t accomplish actions in this sense. Then we go for the attempt of a current visual comprehension and reflection about different reasons and factors that motivate people to take care of themselves. The author’s commitment justified this research, with the development of the primary health intention, with the life quality and the individual and social group empowerment. For that, the last published articles related to the theme were tracked, however with no criterion of selection for it. As a result it was observed that the health education strategy, the organization of work based in its problems and the respect to the individuality and people’s right are factors which can stimulate the permanent self care.

Keywords: care, self care, primary health attention, health education, self and others care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	11
1.2 Objetivos	13
1.3 Metodologia	13
2 Desenvolvimento	15
2.1 Atenção Primária em Saúde, Promoção da Saúde e Auto Cuidado	15
2.2 Motivação para o auto cuidado: porque algumas pessoas tendem a não se cuidar?	17
2.3 Comunicação em saúde: estratégias para desenvolvimento do auto cuidado	18
2.5 Propostas de intervenção para estimular a promoção do auto cuidado em nível local	22
3 Considerações Finais	24
Referências	25

1 Introdução

Depois de algum tempo de trabalho enquanto coordenadora em uma Equipe de Saúde da Família pude observar a dificuldade que os profissionais encontram para estabelecerem ações de promoção de saúde e auto cuidado na comunidade.

Divulgar informações é fácil. Pode-se fazer sala de espera, programar grupos operativos, proporcionar rodas de conversa utilizando o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e até colar cartazes nas paredes das Unidades estimulando os cuidados com a saúde.

Mas desenvolver o compromisso de cada indivíduo no cuidado de si mesmo é complicado. Entre as estratégias mais utilizadas, os grupos operativos são os mais freqüentemente usados. As pessoas se comprometem a comparecerem na data e horário marcados, mas simplesmente não vão. Não se interessam em aprofundar conhecimentos sobre promoção de saúde, visando aumento da qualidade de vida ou conhecer mais sobre a patologia que possuem.

Talvez as pessoas faltem por motivos diferentes, pois cada um tem uma desculpa. Adultos geralmente faltam porque trabalham e isso realmente justifica a ausência. Mas mulheres que não trabalham fora também não freqüentam os grupos, dizem nunca terem tempo para isso. Adolescentes têm vergonha de cuidarem da própria saúde ou não entendem a importância disso. Idosos não se sentem estimulados a participarem de coletividades.

Enfim, talvez as prioridades da vida estejam invertidas, a auto-responsabilização ainda não tenha predominado sobre as pessoas ou as formas de estimular para o auto cuidado utilizadas na atenção primária em saúde sejam ineficientes.

Muitas patologias que exigem o uso de medicamentos para controle são menosprezadas pelo fato das pessoas não seguirem o tratamento corretamente. Muitos não desenvolvem o cuidado porque o acham complicado demais para implementarem-no em sua rotina. Entretanto não se dispõem a discutir com a equipe uma forma individual de cuidado.

Ou o mais provável é que todos estes fatores juntos contribuam para a permanência do problema, refletido no surgimento e agravamento de problemas agudos e crônicos e na piora da qualidade de vida das pessoas.

A Equipe de Saúde da Família a qual pertencço sempre discutiu como melhorar as formas de abordagem, tentar melhorar os processos de educação em saúde e inovar

nas condutas de acolhimento e assistência, mas ainda encontra muitas dificuldades em promover o auto cuidado como um valor a ser considerado por todos que vivem na comunidade da sua área de abrangência.

Os profissionais questionam entre si o motivo pelo qual não se tem adesão suficiente, porque a população apresenta muitas dúvidas em relação aos problemas de saúde e têm tratamentos mal concluídos, mas não valorizam os espaços de discussão. Cabe à equipe de saúde constantemente estimular a mudança de hábito nas pessoas, pois certamente a conduta de cada paciente determina seu bem estar.

Esse conceito é trabalhado em teorias da Enfermagem nas quais encontramos a definição de que o ser humano se diferencia dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e sobre o ambiente que o cerca (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Quanto ao conceito de saúde, os estudiosos sustentam a definição da Organização Mundial de Saúde, como “estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidades” (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

A partir dessa perspectiva, BUB *et al* (2007) defendem que a saúde é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões. É um estado de integridade e inteireza que os indivíduos avaliam constantemente. É a forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência, seu processo de vir a ser. Vir a ser pessoa é uma tarefa processual, enquanto coexistência com outros. Envolve comunicação com o mundo, na busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Refletir sobre este tema é a finalidade deste trabalho.

Busca-se contribuir para que os usuários estejam sempre sendo conscientizados sobre a prática do auto cuidado. Este termo é bastante amplo e dá margem para diversas interpretações, mas de uma forma particular cada um deve buscar uma maneira de se cuidar, independente da classe social que ocupa, pois é somente a partir desse cuidado que o bem estar é promovido. Infelizmente de uma forma curativa, observa-se que a conscientização só surge quando a doença está instalada e é vista como ameaça.

Estudo brasileiro aponta as mulheres como maiores detentoras de conhecimentos e tratamento em relação aos homens. Mas ainda assim são mal cuidadas e se tornam fonte de problemas, pois a Equipe de Saúde da Família não consegue controlar o cuidado individual (PEREIRA *et al*, 2007).

Martins (2010) cita alguns autores que enfatizam que a ausência de sintomas de uma doença contribui de forma marcante para a não adesão ou abandono do tratamento. Mas na verdade são muitas as razões para a não adesão ou baixa adesão à programas. A dificuldade dos profissionais de saúde em traduzir conceitos técnicos (profissionais são usualmente experts em aspectos biológicos, mas com sérias limitações nos aspectos sociais ou ampliados do processo saúde doença) ou à distância linguística entre as partes, profissionais e usuários, por exemplo.

1.1 Objetivos:

Geral:

Contribuir com a reflexão e identificação de novas ações que potencializem os resultados dos grupos de educação para a saúde, voltados para estimular a promoção da própria saúde ou auto cuidado.

Específicos:

- 1 Revisar conceitos e estratégias de motivação e auto cuidado na saúde pelas pessoas.
- 2 Identificar como motivar as pessoas para a necessidade de mudança de atitudes.
- 3 Conhecer as práticas de abordagem de educação para a promoção da saúde em nível local
- 4 Propor novas formas de comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde da família para a promoção do auto cuidado.

1.2 Metodologia:

Trata-se de uma revisão narrativa dos textos produzidos nos últimos anos.

Segundo Tavares, 2010, revisões narrativas são bastante apropriadas para descrever a história ou desenvolvimento de um problema e seu gerenciamento, bem como para discutir o assunto do ponto de vista teórico ou contextual, estabelecer analogias ou integrar áreas de pesquisa independentes com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar. Consiste em “uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas”. O autor não utiliza métodos para inclusão ou exclusão de publicações na análise.

Sendo assim, a seleção dos textos foi feita no período de julho a setembro de 2011. Foram selecionados artigos publicados, nacionais e em língua portuguesa; cuja bibliografia consultada foi obtida através de busca nos bancos de dados disponíveis na internet: Scielo, BIREME e GOOGLE acadêmico. Foram incluídos estudos controlados e revisões narrativas.

As palavras chaves utilizadas na busca foram: auto cuidado; educação em saúde; atenção primária em saúde.

Selecionaram-se os artigos que tratavam do auto cuidado no contexto da ESF e atenção primária em saúde e versavam sobre o tema. As leituras complementaram os conhecimentos prévios da autora e permitiram a formação do presente texto.

2 Desenvolvimento

2.1 Atenção Primária em Saúde, Promoção da Saúde e Auto Cuidado

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007) a promoção de saúde é uma estratégia para abordar os problemas de saúde em geral, idéia disseminada no mundo a partir da realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde. Na década seguinte, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa.

Este documento se refere à promoção de saúde como capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo, visando atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Portanto, para promover saúde, deve-se estimular o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e saúde. As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a fim de evitar o surgimento de doenças específicas. Mas as medidas devem ser globais, voltadas para o indivíduo, família, ambiente e estilos de vida. Aliás, quando se trata de promoção de saúde a responsabilização deve ser múltipla – Estado, indivíduos, família, ambiente, estilos de vida, sistema de saúde e parcerias intersetoriais.

Em relação à abordagem do paciente, é de suma importância que o profissional de saúde, observe as percepções dele em relação à sua doença. Pois a partir deste reconhecimento do “eu doente” o indivíduo começa a desenvolver a auto-responsabilidade, a assumir seu papel ativo, a modificar seus comportamentos em relação à saúde e a manter sentimentos positivos, importantíssimo para o desenvolvimento do auto cuidado.

Promover a saúde implica auxiliar às pessoas a terem hábitos saudáveis. São fundamentais as ações direcionadas à educação e à prática de prevenção dos fatores de risco, já que se pretende vislumbrar uma boa qualidade de vida nas coletividades. Até porque, a mudança de estilo de vida é mais bem obtida quando o indivíduo se acha constantemente estimulado ao longo do acompanhamento pela equipe de saúde (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

A saúde tem por base a prevenção da doença incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações. A sociedade aceita inclusive, que as pessoas adultas são deveras responsáveis por si e pelo bem estar de seus dependentes. O cuidado surge então como uma forma de lidar com o processo de adoecimento de um ente querido ou de si mesmo.

Baseando-se neste conceito e entendendo seu posicionamento diante do assunto, desde os anos 60 a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem já estudava os princípios que fundamentariam a Teoria do Auto Cuidado. Essa teoria baseia-se na premissa de que os pacientes podem cuidar de si próprios. Primariamente usada em reabilitação e cuidados primários, onde o paciente é encorajado a ser independente o máximo possível. O modelo de Orem é baseado em que todos os pacientes desejam cuidar de si próprios (FLORÊNCIO, 2009).

Auto cuidado nada mais é que a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Ação de auto cuidado é a capacidade de o homem engajar-se no auto cuidado. E alguns fatores condicionantes básicos são: idade, gênero, o estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sócio-cultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Os mesmos autores especificam que os requisitos de auto cuidado são: manutenção e acesso suficiente ao ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, conhecendo suas limitações e o desejo de ser normal (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

O auto cuidado é, portanto, um processo de amadurecimento. Pois se auto cuidado é cuidar-se de si mesmo, devem-se buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção destas, segundo Orquiza (2011).

Auto cuidado é um dos aspectos do viver saudável. É a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar (BUB *et al*, 2007).

Irrefutavelmente essas ações visam à melhoria da qualidade de vida. E para melhorar ou manter a qualidade de vida, as pessoas, mesmo que não conheçam o assunto cientificamente, imaginam o que devem fazer. Mas não necessariamente todas as pessoas encontram motivos para se auto cuidarem.

2.2 Motivação para o auto cuidado: porque algumas pessoas tendem a não se cuidar?

Quando um indivíduo toma conhecimento da presença de uma patologia crônica em sua vida, considera-se cinco diferentes estágios de aceitação e amadurecimento da idéia. O primeiro diz respeito à tendência inicial de negação. Com o passar do tempo ele começa a entender o significado desse algo novo em sua rotina, e vai compreendendo a significância de tudo (TAVARES, 2005).

Com o amadurecimento das idéias, o portador passa a se posicionar diante da patologia. Começa a entender qual a melhor forma de se portar diante do acontecimento. Passa a encarar a situação como algo imutável em sua vida. A partir do momento em que entende a situação e se localiza nela, deixa de se ver como alguém imune às moléstias e passa a ser um sujeito ativo diante do quadro. Passa a pensar e integrar o seu contexto social e cultural de uma outra forma, pois passa a refletir e desencadear uma atitude crítica acerca da sua real situação de saúde e de vida.

Nesse momento pode assumir duas posturas distintas: a primeira envolve acreditar que tudo só acontece com ele, passando a não ver graça em mais nada; a segunda compreende a conscientização de que tudo deve ser encarado sem medo, passando a preponderar então a crença de que estamos vivos para passar por provações a todo o momento. Se resolver seguir a primeira alternativa, passará a tender para um possível quadro de depressão, onde dificilmente alguém ou algo poderá ajudá-lo (TAVARES, 2005).

Mas se escolher o segundo caminho, querem crer os espiritualistas, que o indivíduo entrará em um processo infindável de evolução espiritual e pessoal. Nesse instante o indivíduo assume a responsabilidade do auto cuidado para a sua vida. E auto cuidar-se se torna um hábito.

A mudança do estilo de vida relaciona-se a ações educativas e à necessidade imperiosa de cada indivíduo frente aos seus problemas de saúde e sua resolução de querer atingir seu nível funcional ótimo (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

Autores afirmam que o auto cuidado possa ser subdividido em três distintos momentos, que não necessariamente ocorrem com todas as pessoas. A primeira diz respeito à manutenção da integridade e do funcionamento do corpo ao longo dos processos rotineiros da vida. A segunda se desenvolve a partir de necessárias adaptações a mudanças que por ventura surjam. Na terceira situação o indivíduo esbarra em um desvio patológico e se vê induzido a adaptar-se (BUB *et al*, 2007).

Lages *et al* (2007) afirmam que a saúde deve ser promovida coletivamente para que o auto cuidado seja despertado. As pessoas precisam saber onde acessar recursos quando decidem cuidarem da própria saúde. Esta passa a ser reconhecida como recurso fundamental para a vida.

O cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício da política, ao modo de se perceber e de estar no mundo, de relacionar-se consigo e com os outros, de agir de si para consigo, de modificar-se, de transformar-se. A forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si uma noção da ética como estética da existência.(p:3)

Para Sampaio, 2009, Maslow defendia a idéia do desenvolvimento da motivação a partir de necessidades básicas inconscientes, podendo ser cada um motivado múltiplas vezes, sendo as necessidades estabelecidas em níveis de prioridades para cada indivíduo.

A motivação estimula a pessoa a buscar o preenchimento de seus desejos mais profundos, assim a auto estima aumenta e a auto realização é certa. (SAMPAIO, 2009).

2.3 Comunicação em saúde - Estratégias para desenvolvimento do auto cuidado

De fato, a idéia de auto cuidado deve surgir de dentro de cada indivíduo, em momentos específicos da vivência. Um profissional de saúde ou outra pessoa qualquer nunca vai conseguir convencer o paciente da importância de se auto cuidar. É justamente aí que esbarram os entraves. Mas o profissional pode vir a auxiliá-lo a manter a sua independência, o que é uma forma de promover qualidade de vida e adaptação (SMITH-STONER, 2004).

Para auxiliar os usuários da melhor maneira, as Equipes Multidisciplinares de Saúde desenvolveram ao longo dos anos, algumas estratégias para tornar o dia do paciente mais agradável. A idéia é desenvolver com os pacientes ou cuidadores, ações de auto cuidado ou cuidado adaptadas de acordo com as necessidades.

É necessário que a equipe de saúde atente para o perfil dos cuidadores informais, identificando suas necessidades individuais em nível domiciliar. A equipe de saúde deve checar, continuamente, a execução dos cuidados para identificar as dificuldades individuais apresentadas por estes. Para isso, é necessário que a equipe estabeleça vínculos com todos os membros da família do paciente, em especial, com os cuidadores (NAKATANI *et al*, 2003).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da enfermagem no controle da doença crônica. Vanda Horta, uma enfermeira engajada e a primeira enfermeira teórica da enfermagem brasileira, a seu tempo já via a profissão como uma forma mais humana de se tratar o outro; dizia que a assistência deve sempre avaliar e observar se existem formas ou atitudes específicas naquele determinado ser humano que determinem o cuidar. A verificação e obtenção de resultados conseguem equilibrar tanto emocional quanto fisicamente este ser humano fragilizado (HORTA, 1979).

Principalmente com relação à educação, ao encorajamento e ao monitoramento do indivíduo, o profissional de saúde deve promover melhorias no estado geral do paciente.

Não deixando de lado o fato de o estado de saúde de um indivíduo poder ser influenciado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições sócio-econômico-culturais (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005). Pois o homem sempre olha o mundo através de sua cultura, o que o deixa propenso a

considerar o seu modo de vida como o mais correto e o mais natural, segundo Cortez e Tocantins (2006).

A cultura é um dos fatores que determina e/ou contribuir para os agravos à saúde e o processo de saúde e doença, tanto de quem está sendo cuidado, como de seus cuidadores. Desta forma, a compreensão da cultura na formulação e prestação do cuidado torna-se um dos fatores fundamentais, visto que os profissionais de saúde estão inseridos nas comunidades e freqüentam os lares dos usuários.

Vislumbrando uma prática de cuidado coerente com a cultura de quem cuidamos, faz-se necessário o conhecimento e o respeito desta. A compreensão da cultura aumenta o conhecimento do cuidador, proporcionando uma abordagem mais eficaz, com identificação de problemas vinculados ao processo de saúde e doença muitas das vezes não identificada em ambientes formais de atendimento (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Busca-se com isso, a compreensão de um processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo participação social e intersectorialidade. Ao adquirirem esta consciência de quem pode tomar a iniciativa, os indivíduos passam a ser capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente.

A inserção de rotinas de encontros com outros pacientes com a mesma patologia em rodas de conversa ou grupos operativos, também pode auxiliar muito o tratamento bem feito e o surgimento da idéia de auto cuidado em cada um.

Quando as pessoas interagem, passam, a saber, o que pensa o outro, saber como ele age. Conhecer seus limites através de outrem é uma característica comum aos grupos operativos que foi estudada por

Segundo Lucchese e Barros, em 2002, afirmam citando Berger que:

os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender; o trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida; dessa forma, ao mesmo tempo em que aprendem, ensinam também.(p:5)

Assim a equipe pode utilizar meios educacionais para estimular a participação das pessoas nos encontros.

Ribeiro (2005) defende a Aprendizagem Baseada em Problemas ou PBL, que seria um método de instrução caracterizado pelo uso de problemas da vida real para estimular o desenvolvimento de um pensamento crítico, habilidades de solução dos problemas e a aprendizagem de conceitos fundamentais na área de conhecimento em questão.

O grupo pode simplesmente ser visto como uma estratégia ou espaço para discussão das necessidades das pessoas, onde as informações podem ser trocadas. Ou então pode até tornar-se uma forma de tratamento terapêutico, com melhora patológica física e psicológica (DIAS; CASTRO, 2006). Segundo Chaves e Martines (2003), o grupo é um ambiente propício para o paciente se abrir com relação a algum sofrimento que esteja passando, assim a equipe se aproxima e forma vínculo.

Chaves e Martines (2003) complementam Castro, Rolim e Maurício (2005) em relação aos aspectos que dizem respeito à convivência dos profissionais. Pois apesar destes dificilmente se reconhecerem integrados nas equipes, todos percebem a importância deste fato para articulação das ações executadas (CHAVES; MARTINES, 2003). Para tanto, o bom relacionamento interpessoal no local em que vive deve ser sempre incentivado, pois é uma medida que previne emoções negativas (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

O relacionamento interpessoal satisfatório esbarra na questão do quanto cada equipe consegue flexibilizar-se, compreendendo e lidando com as diferenças de seus integrantes, do ponto de vista técnico e dos valores de vida que cada um carrega. Se os membros da equipe se entendem, conseguem obter melhores resultados nas ações com a comunidade.

Outra estratégia utilizada pela equipe de saúde esbarra na disseminação do conceito de “cuidado de si” entre os usuários. O tema vem sendo utilizado pelos pensadores para compreensão do sujeito e das relações que este estabelece com os outros, a partir do eixo poder-saber-verdade (BUB *et al*, 2007).

Segundo BUB *et al* o conceito de auto cuidado se confunde com a idéia de cuidar de si a medida que as pessoas racionalizam os problemas e estes passam a ser números contáveis pelo Governo. No instante em que o indivíduo toma conhecimento de um problema de saúde que carrega e o Estado o descobre, este se revela conhecedor das formas possíveis e prováveis de viver e morrer. Então, a subjetividade e o direito do indivíduo sobre o próprio corpo são esvaídos; ele passa simplesmente a fazer parte de uma população definida.

Além disso, Bub *et al* (2007) afirmam que o Estado firma uma relação de poder quando se ocupa em definir os fenômenos de massa em longo prazo, tentando prevenir e estimar estatísticas, perseguindo o equilíbrio da população e sua regulamentação. Então entende-se como uma tarefa árdua o fato do indivíduo cuidar de si tendo que driblar o Estado – os autores se preocupam inclusive com uma necessária desconstrução a ser realizada para que o cuidado não se transforme em objeto ou instrumento de políticas . A pessoa em questão acaba ocupando-se de se preocupar com o certo e errado, e não com o que é bom para o seu ser, o que te faz bem.

Sob esse ponto de vista, “cuidar de si” é expresso por BUB et al (2007) da seguinte forma:

É um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos. Isto significa, por um lado, poder construir uma cultura de si que consiga testar a capacidade de um indivíduo se manter independente em relação ao mundo exterior e, por outro, um indivíduo poder ter um objetivo espiritual, ou seja, poder produzir uma certa transfiguração de si mesmo enquanto sujeito de conhecimentos verdadeiros.(p:154)

Assim, entende-se que esse cuidado prestado a si mesmo vem de uma relação particular com a própria verdade e com o saber. Os autores sugerem que o indivíduo deva ser pensado como alguém com autonomia, que deseja algo para si e vive uma constante auto descoberta “... uma análise daquilo que aceitamos ou rejeitamos e daquilo que queremos mudar em nós mesmos e em nossa atualidade.” (BUB *et al*, 2007 *apud* Fontes, 2004).

Entretanto, tendo em vista os conceitos descritos e percebendo a importância do tema, ficamos por entender a relação com a prática; ou seja, o que as pessoas estabelecem dentro de si e qual o sentido disso tudo para o indivíduo? O que afinal motiva as pessoas a se auto cuidarem?

Certamente, quando as pessoas assumem o papel de cuidadoras de si próprias, é porque entendem que a vida tem um sentido maior. Percebem que conviver com a doença é inevitável e se esse conviver se der de uma forma tranqüila, tudo transcorrerá

de maneira mais agradável. Pensar a vida sob um novo aspecto, vendo a situação com um novo olhar, é o desafio diário de quem tem amor por si mesmo.

2.4 Proposta de intervenção para estimular a promoção do auto cuidado em nível local

O diálogo entre profissional/usuário é fundamental para a construção e transformação dos saberes que o indivíduo já possui visando ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade no cuidado com a própria saúde.

A partir do diálogo e do intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um novo saber sobre a própria saúde. Assim, promover saúde diz respeito, além de evitar doenças e prolongar a vida também a assegurar meio e situações que ampliem a qualidade da vida, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar (BUSS, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família é o recurso disponível que mais aproxima as pessoas da reflexão acerca de sua responsabilidade com a própria saúde, na interação com os membros da equipe.

A política de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) estimula o diálogo interprofissional e profissional/usuário ampliado. Nesta proposta todas as esferas de atuação são sensibilizadas; projetos de saúde são elaborados adequados à realidade da população atendida - inclusive, nesse sentido, é muito importante que o profissional escolha um marco teórico para utilização na prática assistencial. Práticas promocionais de saúde são incentivadas; são estabelecidas formas de acolhimento e inclusão do usuário; este tende a se comprometer mais e se co-responsabilizar.

No desenvolvimento da proposta de humanização do atendimento, onde o usuário é o centro das atenções da equipe de saúde da família e tem um papel fundamental na guarda e busca de um novo padrão de saúde, ao longo do tempo, corre-se o risco do desenvolvimento do saber técnico voltar a sobrepor o saber popular. Entender-se-á que o técnico e o popular são saberes complementares, não podendo um sufocar o outro (BRASIL, 2008).

A democratização destes tornar-se-á um contínuo, a partir do momento em que forem reconhecidas as particularidades de cada comunidade. O respeito às questões individuais, familiares, sociais e ambientais virá a socializar o saber técnico e popularizar o saber popular, de acordo com Lages *et al* (2007).

Entretanto não só popularizar os saberes tornará os serviços mais resolutivos. Hoje se tem falado muito do termo “humanização” das relações. Na humanização da

assistência em saúde os processos de trabalho ficam mais suaves na equipe e na relação com os usuários. Segundo Rodrigues *et al* (2007) o SUS já é por si só um processo humanizador, pois transformou o acesso à saúde em uma assistência gratuita, universal e integral a todos os brasileiros. Mas na realidade o Sistema não se garante e não consegue atingir seus objetivos por diferentes questões. Então como falar de humanização em meio ao caos? Como fazer a equipe entender isso melhor?

A partir do lançamento da Política Nacional de Humanização do SUS pelo Ministério da Saúde, a humanização passa a ser mais discutida e definida como uma política, norteadora de princípios e modos de fazer as relações no Sistema Único de Saúde. O “Humaniza SUS” propõe a elaboração de processos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e os seus, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, desenvolvimento de diferentes formas de acolhimento e estabelecimento de um ambiente acolhedor. Pressupõe-se que o profissional de saúde deve então considerar a individualidade de cada ser. A idéia principal tende para o fortalecimento da pessoa fragilizada, para que esta possa enfrentar seus desafios positivamente (RODRIGUES *et al*, 2007).

Na atenção primária, o avanço das políticas de saúde segue no sentido de sensibilizar a comunidade para a importância das ações preventivas e promocionais de saúde. Nesse sentido o acolhimento especialmente deve ser moldado para tornar-se uma técnica passível de ser implementada por qualquer profissional e em qualquer momento do atendimento. Torna-se imprescindível aos profissionais se comprometerem com a noção de humanização territorializada, para perceberem onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, independente da natureza deste (CHAVES; MARTINES, 2003).

Nesse sentido, observa-se que o grau de integração da equipe determina a humanização do processo de trabalho, para quem faz e para quem recebe assistência. O paciente é percebido como uma pessoa dinâmica, um conjunto inter-relacionado das expressões do ser humano. Dessa forma o sujeito se sente acolhido e começa a elaborar e negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas por sua autonomia. A partir de então se pode começar a falar em auto cuidado a partir do vínculo e co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde; o usuário passa a ocupar uma posição ativa em sua própria vida.

3 Considerações Finais

O cuidar de si pode ser entendido como o modo de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; se transformar. Esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir.

Por outro lado, o auto cuidado é vinculado à saúde humana, embora esteja referido ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros e buscar sempre o viver saudável, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida. As ações de auto cuidado constituem a prática de atividades voluntárias e intencionais que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício. Portanto, cuidar de si é exercer o auto cuidado segundo BUB *et al* (2007).

Esse auto cuidado pode ser estimulado pela equipe de saúde que assiste ao cidadão. Seja através da realização de encontros comunitários e grupos operativos, visitas domiciliares, oferta do que o usuário foi buscar na Unidade de Saúde, ou simplesmente através da atenção dada a ele.

De uma forma ou de outra, necessário é que a população entenda o valor da orientação, prevenção, promoção da qualidade de vida, promoção da saúde e do cuidado com esta.

A singularidade do acolhimento e da humanização dentro da equipe e desta para com os usuários, fazem a diferença no cuidado das pessoas, que se sentem respeitadas e consideradas, portanto cuidadas nos serviços de saúde.

Pois o fato de pensarmos em humanização e acolhimento nos remete a lembrar que nada mais é que deixar vir à tona um dever humano de receber outrem com dignidade e cidadania.

Ao final da pesquisa podemos confirmar a suspeita inicial, de que apesar das iniciativas das equipes em movimentar os usuários dentro das Unidades em assuntos de interesses específicos, referentes à saúde, a verdadeira motivação parte das próprias pessoas envolvidas, vem de dentro de cada um.

Cabe à equipe estimular o amadurecimento deste potencial nos usuários a partir de estratégias de educação em saúde que possam promover esse sentimento de cuidado nas pessoas.

Vimos a importância do estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais e comunidade e entre os próprios funcionários da equipe. Além disso, constatamos que popularizar saberes e humanizar ações são vitais para o fortalecimento do processo.

Independente de quem detenha a verdade em relação ao cuidado, Estado e população são entendíveis sob os dois âmbitos. O primeiro deve sim se preocupar com a saúde da população em geral, e não tem outro jeito de se posicionar a não ser em relação ao coletivo. Já a população não deve cessar de buscar respostas para as suas aflições, mesmo que estas estejam dentro de si.

Talvez não importe para os pacientes o significado de nada. Importa mesmo para quem especula o sentimento destes. Pois o indivíduo não quer dar nome para a sua relação com a vida, quer sim vivê-la.

Referências

- AGUIAR, V. H. **Processo de enfermagem**. Fev. 2007. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/humanities/483158-processo-enfermagem-horta-vanda-aguiar/#ixzz1Xw5NMxNS>> Acesso em: 16 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar p. 168 - 2 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, ano 15, p. 152-7, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414366018.pdf>> Acesso em: 09 ago. 2011.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141381232000000100014&lng=en&rm=iso>> Acesso em: 24 de ago de 2011.
- CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURÍCIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n. 2, abr/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 09 ago. 2011.
- CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, abr/jun. 2003.
- CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, S. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n. 6, nov/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 13 out. 2011.
- DIAS, R. B.; CASTRO, F. M. **Grupos Operativos**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>> Acesso em: 08 ago. 2011.
- DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 24, dez. 2003. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article>> Acesso em: 09 ago. 2011.

FLORÊNCIO M. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Dorothea Elizabeth Orem – Teoria do Auto Cuidado**, 2009. Disponível em: <<http://enfermagem-sae.blogspot.com/2009/03/dorothea-elizabeth-orem-teoria-do-auto.html>> Acesso em: 10 ago. 2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das Teorias de Enfermagem para a Construção do Conhecimento da Área. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília (DF), 2004 mar/abr; 57(2): 228-32.

HORTA, W. de A. **Processos de Enfermagem**. São Paulo: EPU/Ed. Universidade de São Paulo, 1979. p. 99

LAGES *et al*; **Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção do autocuidado com a saúde**. PUCRS, 2007. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/faced/aspectos_motivacionais_da_relacao_entre_profissionais_e_pacientes_para_a_promocao_do_autocuidado_com_a_saude.pdf> Acesso em: 08 set. 2011.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 2002; 36(1): 66-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a09.pdf>> Acesso em: 17 set. 2011.

MARTINS, A. A. **Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular – SMSA 2009, pela Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2431.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2011.

NAKATANI, A. Y. K. *et al*. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 15 – 20, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/Revista>> Acesso em: 18 ago. 2011.

ORQUIZA, S. M. C. **Qualidade de vida e Auto Cuidado**, 2011. Disponível em: <<http://www.orientacoesmedicas.com.br/autocuidado.asp>> Acesso em: 10 ago. 2011.

PEREIRA, M. R. *et al*. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública** v.3, n.10, Rio de Janeiro. Out. 2007.

Portal Minas Saúde. Curso de Atenção Integral à Saúde do Idoso. **Avaliação multidimensional do idoso**. Disponível em: <http://universidademinassaude.com.br/moodle4/file.php/16/Unidade_2/master.html> Acesso em: 15 ago. 2011.

RIBEIRO, L. R. C. **A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL): uma implementação na educação em engenharia na voz dos atores**. São Carlos, 2005. Disponível em: <<http://www.bdtd.ufscar.br>> Acesso em: 30 ago. 2011.

Revisão Sistemática com ou sem metanálise. Laboratório de ensino a distância, UNIFESP, 2001. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/conteudo/modulo2/aula1/revsistxrevnarra t2.htm>> Acesso em: 14 set. 2011.

RODRIGUES, L. R. *et al.* Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007. Jul-Set. 16(3): 439-44.

SAMPAIO, J. R. **O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação.** Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.rausp.usp.br/download.asp?file=v4401005.pdf>> Acesso em 09 set. 2011.

SMITH-STONER, M. **O Uso da Teoria de Orem sobre Dificuldades no Auto Cuidado no Final da Vida,** 2004. Disponível em <http://www.casaamitaba.org/docs/teoria_orem.pdf> Acesso em 16 set. 2011.

TAVARES, E. C. **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática,** 2010. Disponível em: <<http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=tcc&ma=orientador/espacotcc>> Acesso em: 02 set. 2011.

TAVARES, M. F. L. Promoção de saúde: a negação da negação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2011.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p. Disponível em: <http://portaldesic.iciet.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003403&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 21 set. 2011