

Pesquisa do cuidado de enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire

Nursing care research: applicability of the work of Leininger and Freire

Investigación de los cuidados de enfermería: aplicación del referencial de Leininger y Freire

Maria Luiza de Oliveira Teixeira*

Márcia de Assunção Ferreira**

Resumo

Objectiva-se neste artigo promover um debate teórico-conceitual entre os dois referenciais aplicados, assente na prática de cuidar-pesquisar, a partir da descrição de uma estratégia de inclusão do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado, com o intuito de melhor prepará-lo para a alta e os cuidados domiciliares. Pesquisa convergente-assistencial desenvolvida com dezanove acompanhantes de idosos hospitalizados em instituição pública, federal. Realizaram-se entrevista e observação participante. A educação problematizadora e o respeito aos seus saberes e cultura levaram os acompanhantes a elaborar e aplicar um plano de cuidados com o idoso, no qual demonstraram o movimento da reflexão-ação-reflexão no cuidado. Os aspectos convergentes dos referenciais aplicados mostraram seu potencial na pesquisa-cuidado de enfermagem, contribuindo para a integração e inclusão dos sujeitos no cuidado.

Palavras-chave: enfermagem; acompanhantes de pacientes; idoso; educação em saúde.

Abstract

This article aims to promote a theoretical and conceptual debate between the two sources used, based on the practice of caring for and researching and inclusion of the Lay carers of hospitalized elders, in order to prepare them better for discharge and home care. The method used was care-converging research, which was developed with 19 escorts of hospitalized elders. Interviews and participant observation were carried out. A problem-solving approach and respect for their knowledge and culture led the Lay carers to develop and implement a care plan with the elders, and they demonstrated the process of reflection-action-reflection in care. The converging aspects of the sources used showed their potential in nursing care research, contributing to the integration and inclusion of the research participants in care.

Keywords: nursing; lay carers; elders; patient education.

* Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Brasil. [mlot@uol.com.br]

** Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do CNPq. Rio de Janeiro, Brasil. [marciadeaf@ibest.com.br]

Resumen

Se pretende en este artículo promover un debate teórico-conceitual entre los dos referenciales utilizados, basado en la práctica asistencial y en la investigación, desde la descripción de una estrategia de inclusión de los acompañantes de los ancianos hospitalizados, con el fin de prepararlos mejor para recibir el alta y la atención domiciliaria. Investigación convergente asistencial desarrollada con diecinueve acompañantes de ancianos hospitalizados en una institución pública, federal. Se realizaron entrevistas y observación participante. La educación problematizadora y el respeto por sus conocimientos y cultura llevaron a los acompañantes a elaborar y a adoptar un plan de cuidados al anciano, en el que demostraron el movimiento de reflexión - acción - reflexión en el cuidado. Los aspectos convergentes de los referenciales aplicados mostraron su potencial en la investigación y atención de enfermería, contribuyendo a la integración e inclusión de los sujetos en el cuidado.

Palabras clave: enfermería; acompañantes de pacientes; anciano; educación en salud.

Recebido para publicação em: 14.03.10

Aceite para publicação em: 22.04.10

Introdução

Durante a hospitalização, a lei faculta ao idoso ter a presença de um acompanhante. Todavia, na maioria das vezes, estas pessoas são alijadas do cuidado, sendo convocadas pela equipa apenas quando esta necessita de algum auxílio. Na maioria das vezes, os acompanhantes inserem-se no cuidado de forma passiva e pouco participativa, não sendo preparados para alta e o cuidado do idoso no domicílio. Não muito comum, ocorrem reinternamentos de idosos com complicações causadas por problemas de pele e úlceras por pressão (UP), por não terem recebido os cuidados adequados para preveni-las. Nesse sentido, o problema da pesquisa foi caracterizado em torno da prevenção e tratamento das úlceras por pressão, uma vez que estas são de grande incidência nos idosos, pela sua condição de fragilidade tegumentar associada a períodos de repouso prolongado.

Com esta problemática, a questão de pesquisa é: “Quais são as possibilidades de se desenvolver um trabalho de integração dos acompanhantes no cuidado, preparando-os para a alta e cuidado do idoso no domicílio, no que pese a prevenção e tratamento de úlceras por pressão?”. Esta questão foi respondida através do desenvolvimento de uma pesquisa-cuidado que privilegiou uma prática de cuidar sustentada na aplicação de dois referenciais em associação: um voltado à estruturação de práticas dialógicas participativas, baseadas nos princípios conceptuais da Educação Problematizadora de Freire (Freire, 2008) e outro voltado à estruturação de práticas de cuidados co-construídas entre profissional e cliente, considerando os princípios da diversidade e a universalidade cultural do cuidado de Leininger (Leininger, 1991).

O referencial teórico-metodológico foi escolhido à luz do desenho do projecto apontar para uma investigação que, pela questão apresentada, indica a confluência do processo investigativo com a assistência e trata da integração de pessoas leigas no cuidado, preparando-as para o mesmo. Na proposição da problemática fez-se a crítica sobre a não inserção activa e participativa de tais pessoas no cuidado hospitalar. Desta forma, em resposta a esta, o referencial da educação problematizadora (Freire, 2008) aplica-se ao se propor a promover a consciencialização dos sujeitos e a superação do senso -comum. Como este objecto está circunscrito ao campo do cuidado de enfermagem

hospitalar, a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado (Leininger, 1991) traz luz à sua elucidação ao se aliar aos conceitos freirianos, uma vez que alude aos saberes populares e às formas de cuidar universalizadas e, ao mesmo tempo, diversificadas em respeito às culturas particulares nas quais os sujeitos se inserem.

Objectiva-se neste artigo promover um debate teórico-conceitual entre os dois referenciais aplicados, assente na prática de cuidar-pesquisar, a partir da descrição de uma estratégia de inclusão do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado, com o intuito de melhor prepará-lo para a alta e os cuidados domiciliares; em consequência, discutir tais referenciais (Freire, 2008 e Leininger, 1991) e seu potencial de aplicação ao campo da pesquisa-cuidado de enfermagem.

Metodologia

Pesquisa qualitativa de abordagem convergente-assistencial, pois privilegiou o envolvimento e a inclusão dos sujeitos pesquisados no processo da pesquisa articulado à assistência.

Realizou-se uma pesquisa convergente-assistencial (Trentini *et al.*, 2004) com acompanhantes de idosos hospitalizados com a finalidade de integrá-los ao cuidado, preparando-os para a alta do cliente.

Participaram da pesquisa dezanove acompanhantes de idosos hospitalizados numa clínica médica de um hospital universitário do Rio de Janeiro. O projecto foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa do referido hospital, sob protocolo nº 002/07. A produção dos dados foi feita no período de Junho a Julho de 2007 e as técnicas aplicadas, em sequência, foram: aplicação de roteiro para caracterização dos sujeitos (dados sócio-demográficos) com vista a situá-los nos seus grupos de pertença sócio-cultural e melhor apreender e dar sentido ao seu universo vocabular; entrevista individual, dialógica e em grupo, com promoção de discussão entre os participantes, para fazer fluir seus saberes e explicações próprias sobre a problemática; elaboração pelos sujeitos, em conjunto com a pesquisadora, de um plano de cuidados diários a ser implementado pelo acompanhante no cuidado ao idoso, com vista à prevenção e tratamento de úlceras por pressão; implementação deste plano pelos acompanhantes; observação participante de todo

o processo, com avaliação feita pela pesquisadora e pelos próprios sujeitos.

Aos dados foram aplicadas as técnicas de análise de conteúdo temática, gerando uma categoria empírica sobre os saberes e os fazeres dos acompanhantes no cuidado ao idoso.

Resultados e discussão

Nos encontros dialogados que se desenvolveram entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, constatou-se que as pessoas têm saberes sobre o cuidado que se amparam nas suas heranças sócio-familiares, mas também mesclam com saberes advindos do universo da ciência, pela experiência de lidarem com práticas terapêuticas alopáticas. No entanto, não desprezam seus conhecimentos e aplicam-nos, sempre que julgam ser necessários e convenientes. Muitas vezes o fazem, por conta do custo que o tratamento alopático tem, outras pela crença de que os saberes populares são eficazes e eficientes para as situações postas.

“Agora é aquele negócio que eu falo também, (...) sempre usava muito dois ‘matos’ chamados casca de aroeira e casca de caju. Aquilo é excelente, cura qualquer ferida de dentro para fora e depois não fica nem a cicatriz. A casca de caju e aroeira, a gente ferve, depois de ferver cõa bem para não ficar nenhum resíduo. Pode lavar qualquer ferida que vai curar, isso eu garanto mesmo.” (A2-cunhado).

“Mas quando o senhor passava isso, achava que era bom para a ferida. Mas o senhor sabe o que faz na ferida?” (Pesquisadora).

“Olha não sei te dizer o que ela faz, mas sei que num momento de desespero, porque nós estávamos gastando muito e não tínhamos como comprar soro fisiológico, ficava num aperto financeiro tremendo e a única solução naquele momento foi que alguém falou: faz isso, vamos fazer que é bom. Aí nós só usamos isso aí.” (A2-cunhado).

Esta aliança que os sujeitos fazem com os saberes científicos nem sempre são adequadas à aplicação nos cuidados, pois, por vezes, estão ultrapassadas e não mais são indicadas na prevenção e tratamentos das situações. Exemplo disso pode ser dado com a defesa pelos acompanhantes do uso de colchão e de almofadas de água na prevenção de úlceras por pressão, não mais indicadas em detrimento do uso do colchão casca de ovo.

“Então a gente tem que estar virando pelo menos de duas em duas horas. Usar colchão caixa de ovo e bóia tipo de praia para colocar nessa parte aqui (apontou para a região sacra) e no ombro, virar de um lado para o outro.” (A2 – cunhado).

Com relação ao tratamento das UP, eles também verbalizaram a utilização de substâncias não mais indicadas para a realização de curativos, como o iodo, mercúrio e merthiolate.

“Passa medicação, geralmente merthiolate, álcool, também né? Povidine.” (A1 - filho).

“Lavar bem com água, antigamente, colocava mercúrio. Hoje coloco álcool iodado.” (A5 - filha).

“O que você acha que o álcool iodado faz?” (Pesquisadora).

“Não é para ajudar a secar? O álcool iodado, o álcool desinfeta, aí misturado com o iodo, além de desinfetar, cicatriza, né?... Acho que é isso!” (A5 - filha).

O plano de cuidados diários elaborados pelos acompanhantes, aliando seus saberes (populares) com os saberes da pesquisadora (ciência) foi aplicado e avaliado por ambos de forma positiva e ainda foi possível identificar que após, com a convergência da pesquisa com a assistência, os acompanhantes tornaram-se mais activos e participativos, buscando, inclusivamente, alternativas criativas e sensíveis, para vencer algumas dificuldades próprias aos cenários dos serviços públicos de saúde.

Abandonando a acomodação, que é o procedimento passivo e não reflectido de alguém que perdeu a capacidade de escolha e, por isso, ajusta-se ao que lhe é imposto, não cria, não recria, nem decide (Vasconcelos e Brito, 2006), duas acompanhantes em resposta à situação-problema referida, lançando mão da acção-reflexão-acção transformadora, mobilizaram-se e decidiram contribuir trazendo de casa quatro travesseiros (A6-filha) e a outra (A5 – filha) confeccionou, ela própria, dez travesseiros pequenos, que segundo ela foram feitos menores e mais macios para melhor se adaptarem ao corpo de seu pai, que está muito magro, proporcionando mais conforto.

Estas acompanhantes conseguiram identificar o que precisava ser mudado na realidade do cenário e intervir nesta realidade em prol da qualidade do idoso que acompanham, caracterizando o que é problematizar.

No sistema profissional se torna necessário sistematizar as acções por meio do processo de enfermagem que

tem o planeamento como uma de suas etapas. O planeamento consiste na determinação de um plano de acção, elaborado pelo enfermeiro para assistir ao cliente com vistas ao alcance de objectivos/metras traçados.

Esta fase de planeamento engloba a elaboração do plano de acções que será executado. Tal plano, denominado nesta pesquisa como plano de cuidados, foi elaborado em conjunto com o acompanhante.

Da maneira como é elaborado, no contexto do sistema profissional, o planeamento responde pelo modelo e cultura de cuidado no qual está inserido. No hospital, impera o biomédico mecanicista que reduz o paciente a um objecto a ser manipulado, através de normas terapêuticas (Ferreira *et al.*, 1997).

Na análise sobre o processo de enfermagem vários pontos merecem reflexões, dentre eles o que se refere à afirmação de que este processo é individualizado, planeado junto com o paciente que considera e respeita suas decisões. Esta afirmação situa-se apenas no plano ideal e teórico, pois há um conflito ao considerar valores e princípios que contradizem o modelo que orienta o processo de enfermagem (Waldow, 2004). Da forma como é aplicado, o processo de enfermagem rotiniza, mecaniza e encoraja a estereotipia (Waldow, 2004).

Nesta pesquisa, entretanto, nas discussões havidas com os acompanhantes, foi elaborado um plano de cuidados para a prevenção e tratamento de UP no ambiente hospitalar, considerando os saberes e práticas dos acompanhantes, oriundos de vivências prévias e das reflexões feitas nas discussões com a pesquisadora. Esta estratégia utilizou como veículo do cuidado a educação em saúde pautada no diálogo e demonstrou que no contexto da pesquisa foi possível a participação do acompanhante no processo de cuidar do idoso.

Quando levados a reflectir sobre o plano de cuidados elaborado, os acompanhantes referiram-se a ele como um instrumento que ajudou não só no cuidado do idoso no hospital. Eles perceberam que o plano de cuidados funcionou também como recurso a ser utilizado na aprendizagem deles próprios, como na de outras pessoas que irão cuidar do idoso em casa.

“Ajudou... e vai ajudar muito até em casa. Foi o que eu falei para ela depois que o meu pai tiver alta, eu vou pagar uma menina para ajudar a cuidar dele. Porque não dá né? É muita coisa, tem que cuidar da minha casa, meu marido e minha filha. Então,

eu vou tirar xerox daquele papel e aonde eu puder colar para ela ver, eu vou colar.” (A5 – filha)

“Ajudou porque, por exemplo, você falou o negócio do curativo, para fazer e observar o grau e agora eles tão fazendo, eu estou observando e perguntando umas coisas para eu poder saber; p’ra se eu precisar fazer é... eu saber.” (A3 – cunhada)

O diálogo desenvolvido com o acompanhante possibilitou ao mesmo fazer uma análise sobre o plano elaborado que extrapolou a sua aplicabilidade enquanto norteador da sistemática dos cuidados a serem implementados aos idosos.

Esta análise pode ser interpretada como o resultado de uma abordagem até então não vivenciada pelos acompanhantes, que antes eram vistos como aquele que acompanha e faz procedimentos simples permitidos pelo profissional e na pesquisa foram despertados a conhecer as suas limitações e possibilidades de crescimento, pautados na compreensão dos seus saberes, do saber do outro. Eles conseguiram perceber-se como aprendizes e responsáveis pelo aprendizado de outras pessoas.

A preocupação dos acompanhantes em compartilhar o aprendizado que vivenciaram no hospital com o outro que dará continuidade ao seu cuidado ao idoso, vem ao encontro do que Freire enfatiza em suas obras: o homem como um ser que está no mundo e com o mundo. Neste sentido, para Freire, o homem só se consciencializa quando está no mundo e com o mundo, quando toma como sua a responsabilidade de participar e co-participar com os outros (Marques *et al.*, 2005). É nessa situação que o homem se torna homem, que actua no quotidiano da história, que se constrói junto ao outro, de forma colectiva.

A dimensão dialógica estabelecida no processo de elaboração do plano contribuiu para que o acompanhante pudesse ser um actor importante na difusão do conhecimento. Ao retornar ao domicílio, ao compartilhar o conhecimento construído e (re) construído no hospital, o acompanhante promoverá a comunicação entre os sistemas popular e profissional. Até mesmo o acompanhante técnica de enfermagem associou o plano elaborado a uma estratégia de aprendizado prático.

“Ajudou até porque eu aprendi coisas para eu poder estar lidando com ele, ajudou bastante.” (A4 – técnica)

Esta mesma acompanhante verbalizou o benefício do plano para o idoso que acompanha. Ela percebeu

o plano como fonte de aprendizado para ela e de recuperação para o idoso.

“Ajudou no sentido da recuperação dele. Esses tipos de coisa assim, creme, essas coisas que a gente coloca quando está vermelho, no corpo dele, o dersani mesmo que a gente usa, porque a pele fica muito ressecada mesmo tomando banho, hidratando. Como ele já fez a gastrostomia ele tá se alimentando só por ali directo, no estômago, ele não bebe água via oral, não pode tomar medicamento, não pode tomar nada via oral, então eu acho assim o facto dele estar fazendo mais o cuidado externo do corpo dele já facilita bastante e aqui eu tenho que tomar mais cuidado com a parte do curativo né, não só o creme mas inclusive toda medicação, quem tem dado a medicação é o pessoal daqui eu fico na parte da alimentação. Eu tento manter ele sempre hidratado embora ela já esteja com uma restrição hídrica. Mas isso tudo aqui que foi falado, os cuidados gerais com o paciente facilitou bastante.” (A4 – técnica)

O diálogo/reflexão realizado com a acompanhante permitiu que a mesma tomasse consciência que o seu conhecimento é inacabado, mesmo já sendo uma profissional da área da saúde.

Outra acompanhante também chamou a atenção para este aspecto. Ela mencionou que o plano facilitou esta tomada de consciência, pois sempre se tem algo para aprender, reforçando que “ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo” (Freire, 208b, p.288).

“Ajudou porque sempre tem alguma que a gente não sabe falar ‘ah, eu sei de tudo’, não, eu não posso dizer: ‘ah, eu sei de tudo!’ Porque os dias vão passando, a medicina vai evoluindo, então sempre tem alguma que você ainda não sabe, mesmo a pessoa sendo formada ou não, sempre tem.” (A12 – sobrinha)

A condição de ser inacabado motiva o homem a uma procura permanente, movido pela curiosidade ingênua e crítica (epistemológica). É por esta condição de inconclusão e incompletude que a temática da educação formadora é essencial (Vasconcelos *et al.*, 2006).

A inconclusão e a consciência do inacabamento são um dos aspectos fundamentais na concepção antropológica de Freire. A inconclusão é o que torna os seres humanos educáveis, é a possibilidade de *ser mais*. Porém, mais que inacabados, os seres humanos são conscientes dessa sua condição (Freire, 2008c).

Estes aspectos podem ser aplicados na área da saúde, tanto para os profissionais quanto para os acompanhantes, como nesta pesquisa. O reconhecimento por parte dos profissionais quanto à sua condição de ser inacabado pode ser o início da aceitação de novas estratégias no cuidar do cliente, de novas abordagens do acompanhante favorecendo inclusive um estreitamento dos limites entre o sistema profissional e popular. E para os clientes, esta consciência pode favorecer a busca por novas informações, permitindo sua participação no cuidado de maneira crítica e autônoma.

Sobre a postura dos profissionais, a acompanhante A15 destaca que esta não permite o intercâmbio de saberes.

“Cada uma tem um modo de pensar, tem o seu jeito de ser, umas pessoas são mais humildes, outras já não têm essa humildade, já não aceitam que você saiba um pouquinho também né, mas acha que porque tem o seu diploma só ela que sabe ou se sabe não tem que participar esse tipo de coisa com os outros, mas não tem consciência de que as pessoas assim de mais idade têm uma experiência assim da vida, já teve filhos, já cuidou de filho, já levou filho ao médico, os médicos já ensinaram muita coisa, então existe uma bagagem.” (A15 – esposa)

Na simplicidade da avaliação do plano elaborado, os acompanhantes perceberam que um plano de cuidados pode ir além do simples planejamento de um componente da gerência do cuidado, ele pode ser um instrumento que favorece a sua actuação na condição de acompanhante e co-responsável pelo cuidado ao idoso, proporcionando uma aprendizagem significativa como também favorecer a recuperação do idoso que está sob seus cuidados.

Tanto o referencial de Freire quanto o de Leininger mostraram seu potencial de aplicabilidade nesta pesquisa, uma vez que Freire defende que as práticas necessárias à promoção da autonomia dos educandos são o respeito à cultura, ao conhecimento empírico e à maneira peculiar que cada um tem de entender o mundo, o que vem ao encontro dos pressupostos de Leininger.

A educação problematizadora (Freire, 2008d), fundamentada sobre a criatividade, estimula a acção-reflexão sobre a realidade, ajudando na superação da relação opressor-oprimido. A consciencialização é um processo contínuo, progressivo, inacabado que desenvolve a consciência crítica e a liberdade,

respondendo ao essencial da consciência, sua intencionalidade, possibilitando afastar a opressão. A consciencialização não existe fora da praxis e, nesse sentido, este referencial aplica-se à pesquisa-cuidado junto aos acompanhantes, imersos no contexto do cuidado hospitalar. O veículo do processo de consciencialização é o diálogo, levando o Homem a organizar reflexivamente o pensamento (Vasconcelos *et al.*, 2006).

Quando enfermeira-pesquisadora se propõe a dialogar com os sujeitos sobre os cuidados que eles necessitam, em respeito aos seus saberes e maneiras de cuidarem de si e dos outros, mostra aos sujeitos que os mesmos têm sentido e lugar no cuidado e que, por isso, devem-se fazer presentes no processo de forma activa e não passiva a ele. O processo saúde-doença influencia-se pela cultura e no desenvolvimento de acções congruentes há que se considerar as diferenças entre a cultura profissional e pessoal de todos os envolvidos no cuidado (*Idem*).

Nesse sentido, analisar o contexto cultural do cliente é necessário para que se detectem as aproximações entre cuidado popular e profissional, para que este ocorra a partir de uma realidade específica, com mais qualidade (*Ibidem*). O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em factores culturais e sociais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde. Para tanto, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às acções, tornando possível diminuir o distanciamento entre profissional e cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais.

Valores culturais orientam a tomada de decisões dos membros da cultura, podendo ser diversificados ou universais. Os diversificados consistem na “variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou de vida, ou para enfrentar a morte” (George *et al.*, 2000, p. 298) e conduzem ao cuidado de enfermagem culturalmente diverso. Há mais diversidades culturais que padrões universais de cuidado, comuns a todas as culturas (George *et al.*, 2000). O cuidado transcultural é a oferta de serviços de cuidado de enfermagem de acordo com os valores culturais dos sujeitos e

contexto de saúde-doença (George *et al.*, 2000). O cuidado cultural de enfermagem leva à integralidade do cuidado ao considerar a totalidade e a perspectiva holística da vida presentes em factores culturais e sociais, visão de mundo, valores culturais, expressões de linguagem e modelos populares e profissionais de saúde.

Para que sejam congruentes, as acções ou decisões de cuidado de enfermagem devem ocorrer pela manutenção ou preservação; acomodação ou negociação; remodelação ou reestruturação do cuidado cultural. Para tanto, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às acções, tornando possível diminuir o distanciamento entre profissional e cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais.

É importante destacar que nos serviços de saúde o cliente geralmente assume um papel passivo e pouco (ou nada) participativo. Ainda que haja estímulo à sua participação no tratamento, esta baseia-se na transmissão de informações prescritivas que nem inserem e nem promovem a autonomia do cliente no cuidado. Não se acede aos saberes e práticas advindos da herança cultural, as vivências e experiências dos clientes e suas famílias. O atendimento em saúde orienta-se por saberes especializados, dominantes, hierarquizados, cujas acções curativas se dissociam da promoção da saúde e da prevenção (Albuquerque *et al.*, 2004). Geralmente, os discursos privilegiam a abordagem centrada no ser humano e o reconhecimento da sua cidadania, mas a prática acaba por ser directiva, não privilegiando ou estimulando a participação do cliente na assistência/cuidado, contradizendo o princípio da integralidade do SUS de combinar prevenção e cura.

Actualmente, estimulam-se os clientes a se responsabilizarem pelo seu autocuidado nas situações de agravos à saúde (Rusicki *et al.*, 1989), mas, para isso, precisa-se valorizar os saberes prévios e a participação do cliente no cuidado. No entanto, participar activamente do processo de cuidado implica na tomada de consciência da situação. Promover o cuidado implica em transpor obstáculos sedimentados pela vida quotidiana; no entanto, isto não significa modificar uma cultura. Os saberes da população advêm de experiências concretas,

que são distintas da visão do profissional (Valla, 2003). Neste sentido, enfatiza-se a importância do compartilhamento de saberes através do diálogo, no desenvolvimento da consciência crítica-reflexiva que conduza a intervenção sobre a vida e ambiente com o qual os sujeitos interagem, criando condições para se apropriarem de sua própria existência.

Assim, a aplicação dos conceitos Freirianos de dialogicidade, humanismo, cultura, consciencialização e transformação tornam-se bastante oportunos para se pensar o cuidado à saúde. Mas, numa análise crítica aos referenciais, ressalta-se que há uma divergência entre os conceitos de Freire e Leininger, pois apesar desta teórica considerar o reconhecimento da cultura do cliente na orientação das ações de enfermagem, propõe que haja adaptação e aceitação dos clientes às recomendações profissionais de cuidado, o que se distancia da proposta de desenvolvimento da crítica-reflexiva do cliente sobre o cuidado à saúde. Acomodação implica em passividade e não reflexão e resulta de uma não-escolha. O sujeito ajusta-se “ao que lhe é imposto; não cria, não recria, nem decide” (Vasconcelos *et al.*, 2006, p.36). Já Freire (1996), defende que o Homem é propenso à transformação e não à adaptação (acomodação). A acomodação e a transformação distinguem a natureza da cultura e a última “envolve o papel activo do homem em sua e com a sua realidade (...). A cultura como resultado de seu trabalho (...) como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições dadas” (Freire, 2007, p.109).

Compreender os clientes à luz desta concepção possibilita caminhar no sentido da superação da consciência ingênua (senso comum) pela consciência crítica. Para Leininger, a relação enfermeira-cliente ocorre frequentemente pela troca de informações para diminuir o “conflito” entre os sujeitos durante o cuidado; e para Freire (Freire, 2008a, p.288) “o diálogo não exclui o conflito, sob pena de ser um diálogo ingênuo”. É preciso ter em conta a diferença entre negociação e acomodação e o perigo da manipulação do cuidado e do controle da situação pela enfermeira (Boehs, 2002). Negociar é difícil, pois possibilita as partes propor e contrapor. No hospital a dificuldade torna-se maior, pois os recursos dos clientes são inferiores, haja vista estarem num ambiente estranho, enquanto as enfermeiras estão no seu ambiente usual, com o controlo das informações, o que aumenta o

seu poder numa negociação. Neste sentido, observa-se na prática que se faz mais acomodação do que negociação.

O destaque que Freire e Leininger dão ao conceito de cultura e a valorização dos saberes prévios, ressaltando o papel dos homens no mundo e com o mundo, podem-se aproximar na proposta da construção compartilhada de um cuidado fruto da acção-reflexão dos saberes, dos sujeitos envolvidos no processo. Considerar a cultura é fundamental, uma vez que nas situações de saúde-doença e cuidado as pessoas se expressam de acordo com suas crenças, valores e costumes.

Conclusão

Ao responder à questão posta nesta pesquisa, mostrando as possibilidades de integração dos acompanhantes no cuidado preparando-os para a alta do idoso, esta pesquisa contribuiu ao debate sobre a importância do compartilhamento de saberes através do diálogo, no desenvolvimento da consciência crítica-reflexiva que conduza à intervenção sobre a vida e ambiente com o qual os sujeitos interagem, criando condições para se apropriarem de sua própria existência (Teixeira, 2009). Assim, a aplicação dos conceitos Freirianos de dialogicidade, humanismo, cultura, consciencialização e transformação tornam-se bastante oportunos para se pensar o cuidado à saúde, aliando-se aos de Leininger quando a autora valoriza a cultura e os saberes prévios. A aplicabilidade dos conceitos de Freire e Leininger, em articulação, mostrou seu potencial ao sustentar a proposta de construção compartilhada de um cuidado fruto da acção-reflexão dos saberes dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Considerar a cultura de saberes e práticas no cuidado é fundamental, uma vez que nas situações de saúde-doença as pessoas se expressam de acordo com suas crenças, valores e costumes. É exactamente neste ponto que repousa o potencial de convergência dos autores em tela: a valorização da cultura dos sujeitos envolvidos no processo de encontro. No caso da enfermagem, em um encontro de cuidado. Tanto na prática educativa proposta por Freire, quanto nas práticas de cuidado abordadas por Leininger, o reconhecimento e o respeito da identidade cultural são absolutamente importantes.

Nesse sentido, o debate entre as concepções teóricas freirianas e de Leininger aplica-se à discussão sobre o cuidado de enfermagem, não só plano da trama dos conceitos, mas com assentamento na prática de cuidar, trazendo contribuições no interesse de aplicação do campo de estudos da enfermagem fundamental - integração e participação dos clientes no cuidado de si e do outro, no caso desta pesquisa, dos acompanhantes na atenção ao idoso hospitalizado.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, P. C. ; STOTZ, E. N. (2004) - A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 8, nº 15, p. 259-274.

BOEHS, A. E. (2002) - Análise dos conceitos de negociação / acomodação da teoria de M. Leininger. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 10, nº 1, p. 90-96.

FERREIRA, M. A. ; FIGUEIREDO, N. M. A. (1997) - Os mecanismos disciplinadores do hospital: as(os) enfermeiras(os) e o poder sobre o corpo do cliente hospitalizado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* Vol. 1, nº 1, p. 103-116.

FREIRE, P. (2007) - *Educação como prática da liberdade*. 30ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

FREIRE, P. (2008a) - *Pedagogia da esperança*. 15ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

FREIRE, P. (2008b) - *Conscientização: teoria e prática da liberdade: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 25ª ed. São Paulo : Moraes.

FREIRE, P. (2008c) - *Pedagogia da autonomia*. 37ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

FREIRE, P. (2008d) - *Pedagogia do oprimido*. 47ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

GEORGE, J. B. [et al.] (2002) - *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas.

LEININGER, M. (1991) - *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York : National League for Nursing.

MARQUES, C. A. ; SOUSA, L. T. ; FERREIRA, R. T. O. (2005) - Paulo Freire e o Paradigma da Inclusão. In *Colóquio Internacional Paulo Freire*, 5º, Recife, 2005.

RUSICKI, D. A. (1989) - Realistically meeting the educational needs of hospitalized acute and short-stay patients. *Nursing Clinics of North America*. Vol. 24, nº 3, p. 629-637.

TEIXEIRA, M. L. O. ; FERREIRA, M. A. (2009) - Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 18, nº 3, p. 409-417.

TRENTINI, M. ; PAIM, L. (2004) - *Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*. 2ª ed. Florianópolis : Insular.

VALLA, V. V. (2003) - Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. Nº 15, Supl. 2, p. 7-14.

VASCONCELOS, M. L. M. C. ; BRITO, R. H. P. (2006) - *Conceitos de educação em Paulo Freire: glossário*. Petrópolis : Vozes.

WALDOW, V. R. (2004) - *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis : Vozes.