

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
REPENSUL  
EXPANSÃO POLO II - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS/UNIVERSIDADE  
DO RIO GRANDE

**OS SIGNIFICADOS DE AUTOCUIDADO  
SEGUNDO AS ENFERMEIRAS**

CELMIRA LANGE

Florianópolis - SC

1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
REPENSUL  
EXPANSÃO POLO II - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS/UNIVERSIDADE  
DO RIO GRANDE

## **OS SIGNIFICADOS DE AUTOCUIDADO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Assistência de Enfermagem  
como requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Enfermagem por  
Celmira Lange.

Orientadora: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves  
Co-orientadora: Mestre Angela Maria Alvarez

Florianópolis - SC

1997

L274s

Lange, Celmira

Os significados de autocuidado segundo as enfermeiras / Celmira Lange. - Florianópolis (SC): UFSC, 1997. 97p. - Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)

1. Enfermagem-Autocuidado I. t.

CDD 610.73 (19.ed.)

Categoria na fonte: Bibliotecária Carmen Lúcia Lobo Giusti  
CRB10-813

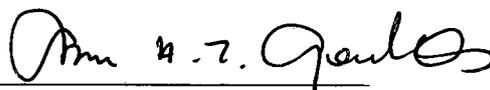
**TÍTULO: OS SIGNIFICADOS DE AUTOCUIDADO SEGUNDO  
AS ENFERMEIRAS**

Submetida à Banca Examinadora como requisito  
parcial para a obtenção do Grau de  
**Mestre em Assistência de Enfermagem**

por

Celmira Lange

**BANCA EXAMINADORA**



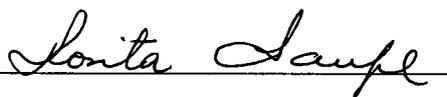
Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

(Presidente)



Dra. Eloita Neves Arruda

(Membro)



Dra. Rosita Saupe

(Membro)



MSc. Ari Nunes Assunção

(Membro)

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais Carlos e Irena, pelo estímulo e dedicação recebidos durante todo o curso do mestrado; a todos meu reconhecimento especial.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lucia Hisako Takase Gonçalves, minha orientadora e amiga, manifesto meus agradecimentos, pela sua competência, seriedade, dedicação e orientação nas etapas deste trabalho; e porque soube, com sua sensibilidade e sabedoria, respeitar minha individualidade e erguer meu ânimo nos momentos de desalento e dificuldade. Obrigada, também, pela solidariedade e disponibilidade, as quais foram fundamentais para a organização e término deste trabalho.

À Professora Mestre Angela Maria Alvarez, minha co-orientadora, pela orientação, disponibilidade, pelas palavras animadoras e afetivas em todos os momentos do trabalho.

À Professora Doutora Ingrid Elsen, pela oportunidade de aprender a crescer com a sua sabedoria, tornando esta caminhada mais rica.

Às Professoras Doutoras, Eloita Neves Arruda, Mercedes Trentini, Rosita Saupe e à Mestre Ana Maria Nunes, pelas valiosas sugestões e pelas contribuições dadas por ocasião da apresentação do projeto desse trabalho.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da FEO/UFPel, pela disponibilidade em aumentar sua carga horária de ensino acadêmico, para diminuir a nossa de mestrandas e este estudo poder chegar ao seu final.

Às amigas Eda e Salette, que foram o ombro amigo para os meus desabafos; sempre tiveram uma palavra de consolo para os momentos mais difíceis e tiveram um abraço festivo nos momentos de alegria.

Às colegas mestrandas Valquiria, Mara e Helena, que sempre se preocuparam comigo, pelas palavras animadoras, apoio em vários momentos desta caminhada. O meu reconhecimento especial à Valquiria pelo convívio agradável e solidariedade, permitindo, assim, que eu conhecesse melhor o seu lado humano aliado à grande capacidade profissional.

Às colegas do Curso de Mestrado, Vanda, Maira, Maria Beatriz, Adriana, Marta, Maria José e Sueli, pela oportunidade de ampliarmos nossa amizade, pela troca de idéias, pelo convívio agradável e pela solidariedade.

À Professora Elodi, pela disponibilidade em exercer as atividades administrativas da FEO/UFPel, na maioria das vezes sozinha.

Ao Professor Mestre José Luís Pozzo Raymundo, pela amizade de tantos anos, pela solidariedade, pelo estímulo ao meu crescimento intelectual e pela disponibilidade no auxílio da confecção de material didático audiovisual.

Ao Professor Mestre Fabio Braga, pelo meu aperfeiçoamento como pessoa, que, entre erros e acertos, fracassos e conquistas, me auxiliou a superar algumas de minhas limitações, contribuindo para meu crescimento pessoal.

Aos colegas Sonia, Norlai, Denildes, Ari e Silvia pelo apoio e colaboração que prestaram durante a realização deste trabalho.

Aos enfermeiros respondentes desta pesquisa, pela disponibilidade e incentivo no trabalho.

Às amigas enfermeiras e futuras enfermeiras, Angela, Ana Lúcia, Maricelma, Daniela e Laisa pela amizade, convívio e apoio.

Aos funcionários da FEO/UFPel e Pós-Graduação da UFSC, pela colaboração e incentivo.

À bibliotecária da UFPel Carmen Lúcia Lobo Giusti, pelo auxílio da revisão bibliográfica e normalização deste estudo.

À Professora Doutora Maria de Lourdes Souza, pela implementação do ousado Projeto da REPENSUL, o qual possibilitou esta qualificação.

A todos que, de uma maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMO .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>ABSTRACT .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2 BASES TEÓRICAS DO AUTOCUIDADO E SUAS APLICAÇÕES<br/>NA ENFERMAGEM BRASILEIRA .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>2.1 Retrospectiva histórica do conceito de autocuidado .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>2.2 Apresentação do conceito de autocuidado por diferentes tendências</b>   | <b>21</b> |
| <b>2.2.1 A teoria de enfermagem de Dorothea Orem .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>2.2.2 O conceito de autocuidado proposto pela OMS .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>2.2.3 O conceito de autocuidado aplicado no Programa de Educação para a<br/>Saúde da “Pontificia Universidad Católica de Chile” .....</b> | <b>37</b> |
| <b>2.3 Estudos desenvolvidos por enfermeiras brasileiras que utilizaram<br/>as bases teóricas do autocuidado .....</b>                       | <b>42</b> |
| <b>2.4 Visão crítica do modelo de autocuidado .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>3.1 Tipo de pesquisa .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>3.2 Local da pesquisa .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>3.3 População e Amostra .....</b>   | <b>62</b> |
| <b>3.4 Os procedimentos de coleta de dados .....</b>   | <b>62</b> |
| <b>3.5 Método de análise de dados.....</b>   | <b>63</b> |
| <b>3.6 Aspectos éticos .....</b>   | <b>64</b> |
| <b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>  | <b>65</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4.1 Quem são os respondentes da pesquisa .....</b>                             | <b>65</b> |
| <b>4.2 O entendimento das enfermeiras acerca do conceito de autocuidado .....</b> | <b>67</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>90</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>92</b> |

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral explorar os entendimentos que os enfermeiros (da região sul) têm sobre o conceito de autocuidado na assistência de enfermagem. Sua justificativa baseou-se na perspectiva de contribuir para a discussão acadêmica no sentido da abertura e do aprofundamento em questões de clarificação do conceito de autocuidado na prática da enfermagem. A metodologia utilizada para o direcionamento do estudo foi de natureza exploratória-descritiva. Os dados foram colhidos entre trinta e quatro enfermeiras assistenciais atuantes em dois municípios do sul do Rio Grande do Sul. Para a organização e análise dos dados, valeu-se de algumas técnicas de análise de conteúdo. Da análise destacaram-se quatro temáticas que pareceram mais adequadas para agregar os significados que as enfermeiras pesquisadas deram acerca do autocuidado na enfermagem, quais sejam: “O autocuidado como estratégia de orientação/educação para a saúde”; “Autocuidado como um componente de autoproteção e heteroproteção contra agente patogênico biológico”; “Autocuidado como comportamento de controle pessoal”; “Autocuidado como atos físicos/funcionais realizáveis pela própria pessoa”.

Esses agrupamentos emergidos dos dados empíricos podem representar alguns elementos componentes do conceito de autocuidado aplicado a prática da enfermagem em nosso meio. Em uma inicial reflexão desses resultados comparando com o referencial teórico existentes e veiculado na literatura, sobretudo estrangeira, porém nacional também, verifica-se que há semelhanças em alguns componentes e em outros, um reflexo de vivência prática peculiar das

perspectivas de estudos futuros de continuação do processo de clarificação do conceito de autocuidado até a um estado operacionalizável à prática da enfermagem brasileira atual.

## ABSTRACT

The present study aims at exploring the beliefs held by nurses of the southern region with reference to the notion of self-care in nursing assistance. This paper is justified by its possibility to contribute towards academical discussion. It tries to open and deepen questions of a theoretical aspect involving the self-care concept in nursing. The methodology employed to guide the study was one of an exploratory-descriptive nature. Data were collected among 34 assistant nurses with practices in two counties in the state of Rio Grande do Sul; in order to organize and analyze the results, a few techniques of content analysis were employed. Four themes were chosen which seemed to be more appropriate in aggregating the meanings surveyed by nurses about self-care in nursing, namely self care as an orientational/educational health strategy, self-care as a component of self-protection an heteroprotection against a bio-pathogenic agent, self-care as a personal control behavior and self-care as a physical/functional act capable of being performed by the individual himself.

These groupings resulting from empirical data can represent some of the component elements of the concept of self-care applied in the nursing practice among us. As an initial thought, these results, as compared to existing theoretical referentials and as diffused by literature (mainly foreign but also national) show similarities in some of their components as well as the influence of the peculiar practical experience of the perspective of future studies and the continuation of the clarifying process of the self-care concept towards an operational stage of the present nursing practice in Brazil.

## INTRODUÇÃO

O autocuidado ou o cuidar de si tem sido, ao longo da história, um ato inerente à preservação da vida humana. Por milhares de anos, esse cuidado vem sendo praticado no seio da família, quando os filhos são ensinados a adquirirem valores e normas de vida, hábitos e costumes que os conduzam a condutas para cuidarem de si mesmos.

O conceito de autocuidado surge com destaque, na enfermagem, a partir dos trabalhos realizados por Florence Nightingale, embora ela não tenha usado o termo “self care”<sup>1</sup>. Esta enfermeira, já naquela época, enfatizava a participação do cliente nos seus próprios cuidados de saúde, pois ela acreditava que, se o cliente possuísse condições para praticar os seus próprios cuidados, o mesmo deveria fazê-los. Ela julgava que essa prática traria benefícios ao cliente, mediante a diminuição de sua ansiedade (Nightingale, 1989).

Na segunda metade deste século, surgiram teorias para serem utilizadas como marco referencial da prática de enfermagem. A teórica americana Virginia Henderson contribuiu com suas idéias para o desenvolvimento do autocuidado, dando ênfase à participação do cliente nas atividades que contribuíam para manter a saúde. A participação do cliente na prática de cuidados só era efetuada caso ele desejasse fazê-la, conforme relata Rodrigues (1993).

A prática de autocuidado foi teorizada por Orem, quando, nos Estados Unidos, surgia um forte movimento em favor da autonomia e liberdade pessoal. Orem (1980) iniciou seu trabalho buscando responder o que era a enfermagem e

---

<sup>1</sup> Termo inglês traduzido por autocuidado.

quais eram os resultados das ações de enfermagem. A partir dessas indagações, ela desenvolveu trabalhos que possibilitaram respostas a tais inquietudes.

Orem (1980, p.35) definiu o conceito de autocuidado como “a prática de ações que os indivíduos iniciam e desempenham por si mesmos, para manter a vida, saúde e bem-estar”. E considerou o autocuidado como um conjunto de atividades aprendidas pelo indivíduo através do relacionamento interpessoal com a enfermagem; e ao mesmo tempo considerou o indivíduo como tendo direito e responsabilidade de se cuidar para manter a vida e a saúde.

Por conseguinte, a autora tinha a crença de que os indivíduos possuem um potencial para aprender e desenvolver essas atividades, tendo em vista que eles não satisfazem suas necessidades de autocuidado instintivamente, porém por meio de um comportamento aprendido. É evidente, na teoria de autocuidado de Orem, que, quando os indivíduos desenvolvem essa prática, eles tentam atender as suas necessidades vitais de forma a manter a saúde, prevenir e diminuir os efeitos de enfermidades ou recuperar-se destas. Além disso, segundo Foster e Janssens (1993), o autocuidado está relacionado com habilidades, valores e regras culturais do próprio indivíduo.

Os trabalhos realizados por enfermeiras chilenas, influenciadas por escritos de Orem e da OMS/OPAS (Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde), demonstram o desenvolvimento do modelo voltado para a saúde coletiva, com ênfase dada na assistência à criança. Esse trabalho busca o envolvimento dos pais como base para o cuidado de saúde e o processo de crescimento e desenvolvimento dos filhos. Esses pais, por sua vez, passam a ser, na comunidade, repassadores de suas experiências, beneficiando o aprendizado de outros pais, tornando-os suficientes no autocuidado de suas próprias famílias. Na visão dessas enfermeiras, o processo educativo coletivo, estimulado habitualmente por um profissional de saúde,

torna-se um procedimento multiplicador de auto-suficiência dos pais na criação dos filhos, visando ao desenvolvimento saudável (Cantwell et al, 1989).

Na enfermagem brasileira, a teoria do autocuidado de Orem foi introduzida por Neves (1980) que, em seu doutoramento em enfermagem nos Estados Unidos da América, realizou estudo sobre autocuidado, buscando especificamente a relação entre a estrutura cognitiva, em relação à saúde, e os comportamentos de autocuidado de pessoas hospitalizadas. Desde então, a divulgação da teoria de Orem vem-se fazendo em nosso meio através das pesquisas, principalmente em dissertações de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no qual Neves é docente. Entre os pesquisadores estão: Nunes (1982), Souza (1987), Chirinos (1988), Alvarez (1990), Santos (1991) e Maia (1991).

Apesar de vários estudos terem sido realizados, a reaplicação da teoria de Orem à realidade brasileira deixa alguns questionamentos quanto a interpretação do conceito de autocuidado, que permanece por ser esclarecido. Como exemplo, Galperim (1988), em estudo realizado sobre a “percepção de clientes e membros da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar de autocuidado, acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle”, mostra que, na realidade brasileira, as pessoas, quando necessitadas de cuidados de enfermagem, valorizam as ações de autocuidado, embora se refiram a elas de maneira restritiva, ou seja, mencionam uma certa ausência de liberdade para realizá-las. A dificuldade de realização de ações de autocuidado é geralmente atribuída a questões ligadas à dinâmica da equipe de enfermagem e/ou da própria instituição. Por outro lado, essa visão dos clientes não é compartilhada com a equipe de enfermagem que passa, então, a caracterizar a atitude dos clientes como “passiva”, “dependente” e “submissa”. O que a autora aponta como questão principal é a necessidade de um esforço, por parte da equipe de enfermagem, no sentido de estimular as pessoas a ultrapassarem essa condição

de submissão através de ações que possam torná-los gradativamente independentes e seguras na realização do seu autocuidado.

Considerando o que defendem as autoras Galperim (1988) e Alvarez (1990), vemos a existência de dificuldades para o entendimento deste conceito em nosso meio, tanto do cliente quanto das enfermeiras que não conseguem ter uma definição clara a respeito da abrangência do conceito.

Alvarez (1990), enfermeira, em sua dissertação de Mestrado, desenvolveu estudos para identificar as exigências de autocuidado terapêutico de pessoas idosas, bem como sua competência para autocuidar-se. A autora baseou-se em Orem e, com relação ao conceito de autocuidado desta teórica, defende que ele traz consigo duas conotações: o cuidado de saúde dispensado totalmente pela própria pessoa; e o cuidado dispensado por outrem, com vistas à promoção do autocuidado. Ambos os cuidados visam à contribuição para a vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar de membros dependentes do grupo social. Nesta visão considera-se que o cliente que participa nas decisões sobre seu cuidado, mesmo necessitando de auxílio, está engajado na promoção do seu próprio cuidado. Essa dupla conotação do conceito de autocuidado nem sempre é entendida pelos profissionais da assistência, sendo uma das principais dificuldades para o entendimento do conceito.

Nesse aspecto, Larrain (1992) enfatiza a necessidade de uma base teórica, filosófica e de investigação que permita ao enfermeiro um avanço na prática do autocuidado e adverte que, se não houver um marco teórico sólido, facilmente o profissional centrar-se-á em tarefas pré-definidas e não no desenvolvimento do comportamento de autocuidado juntamente com o cliente.

Da minha parte, como enfermeira e docente, sempre tive inclinação para realizar o autocuidado. Inicialmente, como enfermeira da área de traumatologia e ortopedia, desenvolvia uma assistência voltada para a independência do

indivíduo, baseada na experiência profissional e sem um referencial teórico específico, acreditando que tal independência levava à autonomia do cliente/politraumatizado, auxiliando-o em sua recuperação. Com o passar dos anos, tornei-me docente de enfermagem e continuei a estimular ações de promoção do autocuidado na prática assistencial. Assim procedendo, acreditava estar valorizando a independência e liberdade do cliente, com vistas ao seu bem-estar e recuperação da sua saúde. Por isso, durante o desenvolvimento da disciplina “Prática Assistencial de Enfermagem” do Curso de Mestrado, optei em sistematizar essa prática assistencial com pacientes portadores de afecções músculo-esqueléticas, desta feita, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Como resultado dessa experiência, tornou-se para mim evidente a necessidade de conhecer o entendimento que nós, enfermeiras, temos sobre o conceito de autocuidado na prática de enfermagem. No levantamento bibliográfico realizado, não foram encontrados estudos em nosso meio que dessem respostas a este questionamento, a não ser de Galperin (1988), que aponta alguns aspectos. Mas, por não ter sido este o foco principal de seu trabalho, tais aspectos teriam que ser ainda mais explorados. Nesse sentido justificou-se um estudo para conhecer o entendimento dos enfermeiros acerca do conceito de autocuidado. Portanto, formulei a seguinte questão de pesquisa:

**- Qual é o entendimento dos enfermeiros sobre o conceito de autocuidado na prática de enfermagem?**

A partir das premissas teóricas sobre autocuidado, esta pesquisa buscou captar o entendimento sobre o conceito de autocuidado que os enfermeiros têm.

Em termos de contribuição, vislumbrou-se ter sido aberta uma área de discussão acadêmica para o aprofundamento e explicitação do conceito de autocuidado na enfermagem brasileira.

## **2. BASES TEÓRICAS DO AUTOCUIDADO E SUAS APLICAÇÕES NA ENFERMAGEM BRASILEIRA**

Este capítulo tem o objetivo de apresentar a base do conceito de autocuidado, partindo de uma breve retrospectiva histórica; da apresentação do conceito por diferentes tendências; de estudos desenvolvidos por enfermeiras brasileiras e de uma visão crítica sobre este conceito.

### **2.1 Retrospectiva histórica do conceito de autocuidado**

A literatura, ao longo dos tempos, tem trazido referências sobre o “cuidar de si mesmo” ou o “autocuidado” com vários enfoques. Cuidar de si próprio ... autocuidado ... ser cuidado ... cuidar ... .Quem, ao longo da vida, já não ouviu essas expressões? Cuidar é, e será sempre, indispensável à vida das pessoas e da sociedade. A origem da idéia de se cuidar é tão antiga quanto o homem, inclusive pode-se dizer que é inerente ao instinto de conservação da espécie. Assim se expressou Collière (1989), enfermeira francesa, na introdução do seu livro “Promover a vida”.

Foucault (1985), ao escrever sobre a “cultura de si”, referindo-se às antigas culturas dos dois primeiros séculos de nossa era, demonstrou, ao fazer a associação com a busca de prazeres sexuais fora do casamento vistos com efeitos danosos e abusivos para o corpo e para a alma, que esta é prática contrária ao cuidar-se.

O “cuidado de si” e o “ter cuidado consigo”, também, foram temas antigos da cultura grega e consagrados por Sócrates como uma arte da

cuidar não de suas riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma. O cuidado de si aparece, pelos escritos antigos, intrinsecamente ligado a um serviço para salvar a alma. Mas também, de acordo com uma tradição que remonta a muito longe na cultura grega, há uma relação estreita com o pensamento e a prática médica. Essa relação antiga ampliou-se cada vez mais durante milhares de anos; mesmo assim, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito às pessoas que ajudavam quaisquer outras como crianças, doentes, velhos, gestantes, a garantir o que lhes era necessário para continuar a vida, e em relação com a vida do grupo. Já no seio da família, diziam respeito aos filhos que, desde a sua tenra idade, adquiriam valores, normas de vida, hábitos e costumes, crenças e formas de autovalerem-se, marcando profundamente os estilos de suas condutas de cuidarem-se ( Foucault,1985 e Collière,1989).

Na área da saúde, o conceito de autocuidado foi incorporado pelos profissionais, considerando as normas de vida, hábitos e costumes que os povos, em todos os tempos, mantiveram entre si. Em razão desta influência, diferentes profissões de saúde vêm interessando-se pelo autocuidado, algumas considerando como um sistema de saúde paralelo, e outras como co-participante na atenção profissional, porém em ambas considerações trazendo benefícios na prevenção de enfermidades e no cuidado de pessoas com doenças crônicas, conforme sintetiza Collière (1989).

Para Rodrigues (1993), o conceito de autocuidado aparece desde o surgimento da enfermagem moderna, quando várias questões são expressas na literatura a respeito do trabalho das enfermeiras, como conceito de enfermagem, avaliação da enfermagem, relacionamento cliente e enfermeiro, entre outras.

Um filósofo atual, o americano Mayeroff (1971), em seu livro “On Caring”, descreve toda uma filosofia de vida ao discursar sobre o cuidado humano. Enfatiza o ato de cuidar-se e cuidar de outrem para que este venha a se

autocuidar, como algo forte que dá ao homem o sentido da vida. Suas idéias têm influído na formulação das teóricas americanas de enfermagem.

Hildegard Peplau, em 1952 apud Orem (1991), expressou sua concepção de enfermagem como sendo um processo interpessoal, significativo e terapêutico, no qual o enfermeiro presta auxílio ao paciente, o qual necessita de serviços de saúde. A enfermeira foi vista como a pessoa preparada para reconhecer a necessidade de ajuda ao cuidado da pessoa temporariamente impedida e auxiliá-la no que fosse necessário. Em 1955, Virginia Henderson também deu ênfase à participação do cliente nas atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la, atividades estas que ele desempenharia se tivesse a vontade e o conhecimento necessário, tornando-o independente o mais rápido possível (Furukawa, Howe, 1993).

Dorothea Orem iniciou seu estudo buscando responder perguntas como: o que é a enfermagem? Quais são os resultados das intervenções da enfermagem? Tal busca começou a dar forma até chegar a construir uma Teoria Geral de Enfermagem.

Em 1965, Orem (1991, p.119) desenvolveu duas premissas básicas sobre o autocuidado. A primeira é “o autocuidado é uma conduta, é uma atividade aprendida através de relacionamento interpessoal e comunicação”, e a segunda é: “a pessoa tem o direito e a responsabilidade de se cuidar para manter a vida e a saúde”. A autora enfatiza que o autocuidado precisa tornar-se o foco principal do pensamento e da postura da Enfermagem, a qual deve prover e administrar essas ações para serem aprendidas pelo homem, mas influenciadas por regras, valores sociais, hábitos, crenças, necessidades fisiológicas, práticas e pela interação com o ambiente. A autora ainda enfatiza fatores circunstanciais os quais podem interferir no autocuidado que a pessoa pode desempenhar, tais como: a idade, estado de saúde, orientação sócio-cultural, modelos de vida,

fatores ambientais e viabilidade e adequação de recursos, como veremos mais adiante na explicação da sua teoria.

Na década de 70, Horta (1979), a primeira enfermeira brasileira a propor uma Teoria das Necessidades Humanas Básicas, referia-se à enfermeira como quem ajuda os indivíduos a lidarem com seu estado de saúde e suas eventuais alterações, quando eles próprios não podem cuidar de si. E define enfermagem como “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência (...) pelo ensino do autocuidado (p. 29) para recuperar, manter e promover a saúde”. E Horta continua dizendo que Assistir em Enfermagem é fazer pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, assim como auxiliá-lo, orientá-lo e ensiná-lo a autocuidar-se. E que a enfermagem deve reconhecer o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado, e que este é membro de sua família e de uma comunidade. Horta incluiu na sua teoria de enfermagem o ensino de autocuidado no atendimento ao ser humano em suas necessidades básicas, mas não deu continuidade na explicitação do conceito de autocuidado na enfermagem, o que certamente teria feito se não fosse a sua vida interrompida por morte precoce.

## **2.2 Apresentação do conceito de autocuidado por diferentes tendências**

### **2.2.1 A teoria de enfermagem de Dorothea Orem**

Para apresentação da síntese do Modelo de Orem, tomei como base o texto de Foster e Janssens (ambas enfermeiras, mestres, a primeira, coordenadora do Programa de Altas da Maternidade do Hospital Bethesda, e a outra, diretora do Programa de Educação Continuada na Wright State University), respectivamente colaboradoras no livro de George (1993), cujo

título original é “Nursing Theories - The Base for Professional Nursing Practice”, publicado nos USA. Foi traduzido e editado em nosso meio pela editora Artes Médicas. Outra fonte básica usada foi o livro de Stephen J. Cavanagh (1993), Mestre e PhD em Enfermagem, publicado em Londres, cujo título original é “Orem’s Model in Action”, traduzido para o espanhol pela enfermeira Maria Tereza L. Rodrigo e editado pela Científicas y Técnicas, na Espanha. É importante ressaltar que esta autora, ao escrever seu livro, baseou-se em todas as publicações de Orem, inclusive sua última publicação intitulada “Nursing Concepts of Practice”, 4ª edição em 1991. Valeu-se também de outros autores e de alguns textos originais da própria teórica para elucidar a apresentação do modelo de Orem.

Para melhor entender a Teoria de Orem, decidi apresentar uma síntese dos dados biográficos da autora Dorothea Elizabeth Orem. Ela nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Iniciou seus estudos de enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, D.C., concluindo seu curso no início dos anos 30. Seu grau de bacharel em Ciências em Educação foi obtido em 1939. O grau de Mestre em Enfermagem foi obtido em 1945, na Catholic University of América. Durante sua carreira profissional como enfermeira, trabalhou numa equipe como enfermeira particular, como educadora e administradora e como consultora em enfermagem.

Desde 1970, Orem trabalha como consultora em enfermagem e educação para a enfermagem, para a firma de Orem e Shields, em Chevy Chase, Maryland. Recebeu vários prêmios nacionais, inclusive o de Doutora Honorária em Ciência, pela Georgetown University, Washington, D.C., em 1976, e o Alumni Achievement Award for Nursing Theory, pela Catholic University of America, em 1980.

No período entre 1958 e 1959, Orem participou como consultora para a Secretaria de Educação do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, em

um projeto para aperfeiçoar o treinamento de enfermagem prática. Esse trabalho estimulou-a a investir sua atenção à indagação: Qual é a condição existente numa pessoa, quando lhe é determinado, por ela mesma ou por outra pessoa, submeter-se a cuidados de enfermagem? Sua resposta inclui a idéia de que o enfermeiro é um “outro eu”. Isso se expandiu para seu conceito de enfermagem de autocuidado. Isto é, quando capazes, os indivíduos cuidam de si mesmos. Quando uma pessoa não consegue autocuidar-se, o enfermeiro, então, oferece ajuda.

Em 1959, o conceito de enfermagem de Orem, como provimento de autocuidado, foi publicado pela primeira vez. Em 1965, ela se uniu a vários catedráticos da Catholic University of America, para formar um Comitê Modelo de Enfermagem (Nursing Model Committee). Em 1968, um setor desse comitê continuou seu trabalho, formando um grupo (NDCG - Grupo de Conferências para o Desenvolvimento da Enfermagem) para produzir uma estrutura conceitual para a enfermagem e estabelecer a disciplina de enfermagem. Seus resultados estão publicados no “Concept Formalization in Nursing: Process and Product”, em 1973 e 1979.

Posteriormente, Orem desenvolveu seus conceitos de autocuidado e, em 1971, publicou “Nursing: Concepts of Practice”. A segunda e terceira edições foram publicadas em 1980 e 1985, respectivamente. A primeira edição centralizou seu foco no indivíduo. A segunda ampliou-se para unidade multipessoais (famílias, grupos e comunidades). A terceira edição desenvolveu-se para apresentar a teoria geral de enfermagem de Orem, que é formada por três construtos teóricos: teoria do autocuidado, teoria das deficiências do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A quarta edição foi publicada em 1991, com o título de “Nursing Concepts of Practice”, e traz como enfoque a busca do entendimento de características concretas na prática da

enfermagem e suas limitações. Em 1995, Orem era ainda consultora de enfermagem em Savannah, na Georgia.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem caracteriza-se por um grande constructo, inter-relacionando as três teorias: 1<sup>o</sup>) do autocuidado, 2<sup>o</sup>) do déficit do autocuidado; e 3<sup>o</sup>) dos sistemas de enfermagem. Em sua totalidade, o constructo teórico apresenta como aspecto fundamental o autocuidado centrado no indivíduo, cabendo à família, grupos e comunidade o papel de coadjuvantes no desenvolvimento destas ações.

De acordo com Orem, a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos. Ela conceitua autocuidado como sendo a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar.

A Teoria do Autocuidado é a primeira parte da teoria geral de enfermagem ou constructo teórico. Ela engloba a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado.

A atividade de autocuidado constitui-se em uma habilidade humana que significa a “habilidade para engajar-se em autocuidado”.| As capacidades do indivíduo em engajar-se no autocuidado estão condicionadas pela idade, experiência de vida, estado de desenvolvimento, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis. Normalmente pessoas adultas cuidam voluntariamente, de si mesmas.

A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante algum tempo da vida ou de episódio de desvio da saúde, para satisfação de requisitos de autocuidado. São requisitos

que, por um desequilíbrio temporário, não foram satisfeitos, exigindo, então, dos indivíduos, ações de autocuidado que os façam voltar a uma situação de equilíbrio (Alvarez, 1990).

Os requisitos de autocuidado, ou exigências, são essenciais ao modelo de Orem, porque constituem um componente principal do modelo, este categorizado em três tipos: universal, de desenvolvimento e de desvio da saúde. Cada um desses requisitos representa uma categoria de exigências a serem satisfeitas pelos ou para os indivíduos por causa de suas necessidades como seres humanos.

O requisito de autocuidado do tipo universal está associado às necessidades vitais e requer ações comuns a todas as pessoas em todos os estágios da vida. Portanto, englobam os elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais essenciais à vida. Cada elemento é importante para o funcionamento humano. Esses elementos são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital, e devem ser encarados como fatores interligados, sendo que um influencia o outro. Um termo comum para tais requisitos são as atividades do cotidiano. Orem identifica requisitos de autocuidado como: (a) a manutenção da ingestão suficiente de ar; (b) a manutenção de ingestão de água; (c) a manutenção de ingestão suficiente de alimento; (d) a provisão de cuidados, associados a processos de eliminação e excreção; (e) a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso; (f) a manutenção de um equilíbrio entre solidude<sup>1</sup> e interação social; (g) a prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano; (h) a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal. Normalidade está utilizada no sentido daquilo que é essencialmente

---

<sup>1</sup> Solitude é a tradução do inglês "solitude". Segundo o dicionário Aurélio, da Língua Portuguesa, solitude significa "no silêncio".

humano e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais, bem como os talentos das pessoas.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são exigências especiais de autocuidado que ocorrem durante as etapas do ciclo vital e associadas ao desenvolvimento humano.

Esses requisitos classificam-se principalmente em dois: etapas específicas de desenvolvimento e condições que afetam o desenvolvimento humano.

Alguns requisitos de desenvolvimento estão relacionados com a produção e a manutenção de condições que apóiam os processos vitais e promovem o desenvolvimento, ou seja, o desenvolvimento humano em direção aos níveis mais altos de organização das estruturas humanas e a maturação.

As etapas de desenvolvimento específicos incluem: (a) vida intra-uterina e nascimento; (b) vida neonatal, seja um parto a termo ou prematuro, ou uma criança com peso normal ou com baixo peso; (c) lactente; (d) etapas de desenvolvimento da infância, adolescência e adulto jovem; (e) etapas do desenvolvimento da idade adulta; (f) gravidez, seja na adolescência ou na idade adulta; e (g) etapas do desenvolvimento da idade madura (velhice).

Orem argumenta que, em cada uma destas etapas de desenvolvimento, devem ser considerados os requisitos de autocuidado universal, porque também pode haver exigências específicas de saúde, de acordo com a etapa de desenvolvimento do indivíduo. Os requisitos de autocuidado, devido às condições que afetam o desenvolvimento humano, implicam a provisão de cuidados associados com condições que podem afetar adversamente o desenvolvimento humano. Esse requisito ainda pode ser classificado em dois sub-tipos.

O primeiro refere-se à provisão de cuidados para prevenir os efeitos negativos destas condições adversas. Orem também se preocupa aqui pelo

possível perigo para a vida e o desenvolvimento dos materiais tóxicos que se encontram no ambiente.

Já o segundo subtipo se refere à provisão de cuidados para suavizar e/ou superar os efeitos negativos existentes de uma condição ao acontecimento vital particular. Várias são as condições relevantes, como: (a) não ter tido o privilégio educacional; (b) problemas de adaptação social; (c) transições estressantes do ciclo vital; (d) perda de familiares, amigos ou colaboradores; (e) perda de posições do trabalho; (f) troca súbita das condições de vida; (g) troca de posição, seja social ou econômica; (h) má saúde, más condições de vida ou incapacidade; (i) doença terminal ou morte esperada; (j) perigos ambientais; e (k) falhas no processo de individuação saudável.

Isto constitui uma ampla gama de eventos identificados por Orem como importantes para os processos naturais de desenvolvimento de um indivíduo. Estar sujeito a uma dessas condições ou a uma combinação delas poderia representar uma demanda crescente para a capacidade que tem o indivíduo de enfrentar-se com suas próprias necessidades de autocuidado.

Os requisitos de autocuidado de desvio de saúde são exigências em condições de doenças, ferimento ou moléstia, ou podem ser consequência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir a condição. Sob estas circunstâncias, o indivíduo tem as seguintes demandas adicionais de cuidados de saúde, no sentido de: (a) buscar e assegurar a ajuda médica apropriada em caso de exposição a condições ambientais ou a agentes físicos ou biológicos específicos, associados com acontecimentos e estados patológicos humanos, ou quando tem indício de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas que se sabe que produzem patologia humana ou estão associados a esta; (b) ser consciente dos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo seus efeitos sobre o desenvolvimento, e atender a eles; (c) realizar eficazmente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação medicamente

prescritas, dirigidas para prevenção de tipos específicos de patologia, a própria patologia, o controle do funcionamento humano integrado, a correção de deformidades ou anomalias ou a compensação de incapacidades; (d) ser consciente dos efeitos maléficos ou negativos das medidas terapêuticas realizadas ou prescritas pelo médico, incluindo suas influências sobre o desenvolvimento, e atentar para tais efeitos e controlá-los; (e) modificação do autoconceito (e auto-imagem), aceitando a si mesmo como um ser com um estado particular de saúde e que necessita de formas específicas de cuidado de saúde; (f) aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos das medidas diagnósticas e terapêuticas, em um estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo.

A principal premissa dos requisitos de autocuidado, no desvio da saúde, está nas mudanças de estado de saúde, o que requer do indivíduo a busca por conselhos e ajuda de outros e disponíveis para cuidá-lo, pois está incapaz, temporariamente, do cuidado de sua saúde.

Na teoria do autocuidado, Orem explica o que ela quer dizer com o autocuidado e menciona os inúmeros fatores que afetam a provisão do autocuidado. Enfatiza a competência para o autocuidado como o potencial do indivíduo para engajar-se no próprio autocuidado, cuja competência ou capacidade varia de acordo com o seu desenvolvimento individual, estado de saúde, educação, experiência de vida e influências sócio-culturais, entre outras.

A Teoria do Déficit de Autocuidado é a segunda teoria do grande constructo e representa a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, à medida que delinea a intervenção da enfermagem. Aqui a atuação do profissional passa a ser uma exigência, porque a pessoa apresenta-se incapacitada ou com déficit de habilidade para atender à exigência de autocuidado. Neste caso, a enfermeira satisfaz a essas exigências e Orem sugere cinco métodos de ajuda: a) agir ou fazer para o outro; b) guiar o outro; c) apoiar

o outro física e psicologicamente; d) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e) ensinar o outro.

Na Teoria do Déficit de Autocuidado, Orem define competência/capacidade da enfermeira como sendo o potencial para desempenhar ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. Estas ações são desenvolvidas e exercidas para o benefício e o bem-estar do indivíduo. Os componentes deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de procedimento de enfermagem, habilidades sociais e interpessoais, motivação e desejo de cuidar.

A competência ou capacidade da enfermagem é definida como o atributo de pessoas educadas e treinadas, como enfermeiras, auxiliando outros a conhecerem suas exigências de autocuidado terapêutico, bem como auxiliando-os a controlar os exercícios ou a desenvolver suas competência para cuidado dependente (Hartweg, 1995).

A teoria do déficit de autocuidado de Orem, ainda discutida por Hartweg, é composta de seis conceitos básicos: o autocuidado, a competência para o autocuidado, a exigência do autocuidado terapêutico, o déficit do autocuidado, a competência da enfermagem e o sistema de enfermagem. Os quatro primeiros - autocuidado, competência para autocuidado, exigência e déficit do autocuidado - são relacionados à pessoa com necessidade de enfermagem, enquanto que os dois últimos, competência e sistema de enfermagem, são relacionados às enfermeiras e suas ações.

Orem descreve a competência para o autocuidado como a força e a capacidade dos indivíduos a engajar-se no autocuidado. O “Nursing Development Conference Group - NDCG 1989”, citado por Hartweg (1995), refere que esse grupo, composto por Orem e mais dez outras enfermeiras especialistas da prática, educação e administração, definiu ser a pessoa que utiliza esta força de autocuidado um agente de autocuidado. A habilidade de

engajar-se no autocuidado é desenvolvida desde a infância e atinge sua maturidade na fase adulta e declina com a idade mais avançada. Ela é adquirida e influenciada pelas condições do indivíduo e fatores ambientais.

Orem denomina de “competência para o cuidado de dependentes” a capacidade que adultos têm de encontrar contínuas exigências para o autocuidado de seus dependentes, capacidades tais como motivação para indivíduos engajarem-se e realizarem o autocuidado, mesmo que seja mínimo. Essas capacidades para o autocuidado devem ser operacionalizadas e desenvolvidas por outro agente, que poderá ser a enfermagem, por meio do cuidado compensatório, caso o cliente esteja impossibilitado de realizá-lo.

Ainda Hartweg (1995) descreve a fundamentação de dez componentes de forças de Orem resumidos em conhecimentos, atitudes e habilidades, que capacitam o indivíduo a engajar-se no autocuidado.

Os componentes de forças de competência para o autocuidado são: (a) habilidade para manter a atenção e exercitar vigilância com respeito a si mesmo como agente de autocuidado e com respeito às condições de fatores internos e externos significativos para o seu autocuidado; (b) uso controlado de disponível energia física para a iniciação e continuação de operações do autocuidado; (c) habilidade para controlar a posição do corpo e suas partes na execução dos movimentos requeridos à iniciação e finalização das operações de autocuidado; (d) habilidade para raciocinar dentro de um quadro de referência de autocuidado; (e) motivação, isto é, orientação de objetivos para o autocuidado de acordo com suas características de vida, saúde e bem-estar; (f) habilidade para tomar decisões a respeito do cuidado de si mesmo e operacionalizar essas decisões; (g) habilidade para adquirir conhecimento técnico a respeito do autocuidado a partir de fontes autorizadas para retê-lo e operacionalizá-lo; (h) repertório de habilidades cognitiva perceptual, manipulativa, comunicativa e interpessoal, adaptado à realização do autocuidado; (i) habilidade para ordenar as distintas

ações do autocuidado ou sistemas de ação na relação entre as ações prévias e posteriores em direção ao alcance final de objetivos reguladores do autocuidado; (j) habilidade para realizar conscientemente as operações de autocuidado, integrando-as com os aspectos relevantes do viver pessoal, familiar e comunitário.

A Teoria de Sistemas de Enfermagem, terceira teoria do grande constructo, diz respeito ao planejamento das ações de autocuidado pelo profissional e baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para execução de atividades de autocuidado. Orem diz que só é produzido o sistema de enfermagem quando a competência de enfermagem for ativada, e esta só é ativada quando ela produz um diagnóstico, prescrição e controle para/de pessoas que apresentam déficit de autocuidado, associados com o estado de saúde das mesmas.

E considera que há três tipos de sistemas de enfermagem, ou seja: (a) sistema de enfermagem totalmente compensatório; (b) sistema de enfermagem parcialmente compensatório; (c) sistema de apoio e educação.

Conforme se observa na figura 1, na representação de Sistemas Básicos de Enfermagem de Orem, seguem suas explicações:

- a) sistema de enfermagem totalmente compensatório: o indivíduo se apresenta incapacitado para atender as suas necessidades de autocuidado, ficando na dependência do profissional. A enfermeira acompanha o cuidado terapêutico do cliente e compensa sua inabilidade de engajar-se no autocuidado, assim como também o protege;
- b) sistema de enfermagem parcialmente compensatório: o indivíduo apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de autocuidado. Nesta etapa, tanto enfermeiro como cliente executam as medidas e as ações de cuidado;
- c) sistema de apoio-educação: situa-se quando o indivíduo necessita de

assistência de enfermagem para adquirir habilidade e competência, aprendendo a executar ações e medidas de autocuidado, de acordo com suas necessidades. A aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de prática de autocuidado e habilidades relacionadas, frente à observação do cuidado que lhe é prestado pela enfermeira ou através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas. A enfermeira e o cliente entram em acordo no desenvolvimento de atividades de autocuidado e seu principal papel aqui é o de promover o paciente a um agente cuidador.

Para sintetizar, apresento os pontos fortes e as limitações levantadas sobre a Teoria Geral de Enfermagem de Orem pelas autoras que fizeram parte da literatura consultada.

Foster e Janssens (1993) apontaram esta teoria de enfermagem como sendo uma base abrangente para a prática de enfermagem. Visualizaram como um dos principais pontos fortes da teoria, o fato de sua criadora especificar quando há necessidade de cuidados de enfermagem ao cliente, e contribuir significativamente para o desenvolvimento das teorias de enfermagem.

Cavanagh (1993), por outro lado, acrescentou que o modelo de Orem tem causado um profundo impacto na prática, educação e administração de enfermagem; suas idéias têm sido uma importante contribuição para a pesquisa na definição da natureza e limites da enfermagem, além de proporcionar um marco conceitual para guiar a prática de enfermagem.

Para Hartweg (1995), a linguagem utilizada pela teórica é de difícil entendimento, necessitando de estudos prolongados e de reflexão sobre os textos. Assim como Foster e Janssens (1993), apontam a necessidade de maiores esclarecimentos a respeito de alguns termos como: exigência de autocuidado e déficit de autocuidado, cujos significados podem confundir o leitor.

Ao concluir sobre a teoria de Orem, pode-se dizer que ela é enaltecida pela maioria dos autores que a analisaram ou a utilizaram, pela contribuição significativa de seu trabalho, para o desenvolvimento das teorias de enfermagem, porque são elas que dão suporte para a prática da enfermagem. Ao mesmo tempo em que a teoria escrita por Orem é exaltada, ela sofre críticas pela linguagem árdua que utilizou nos seus escritos.

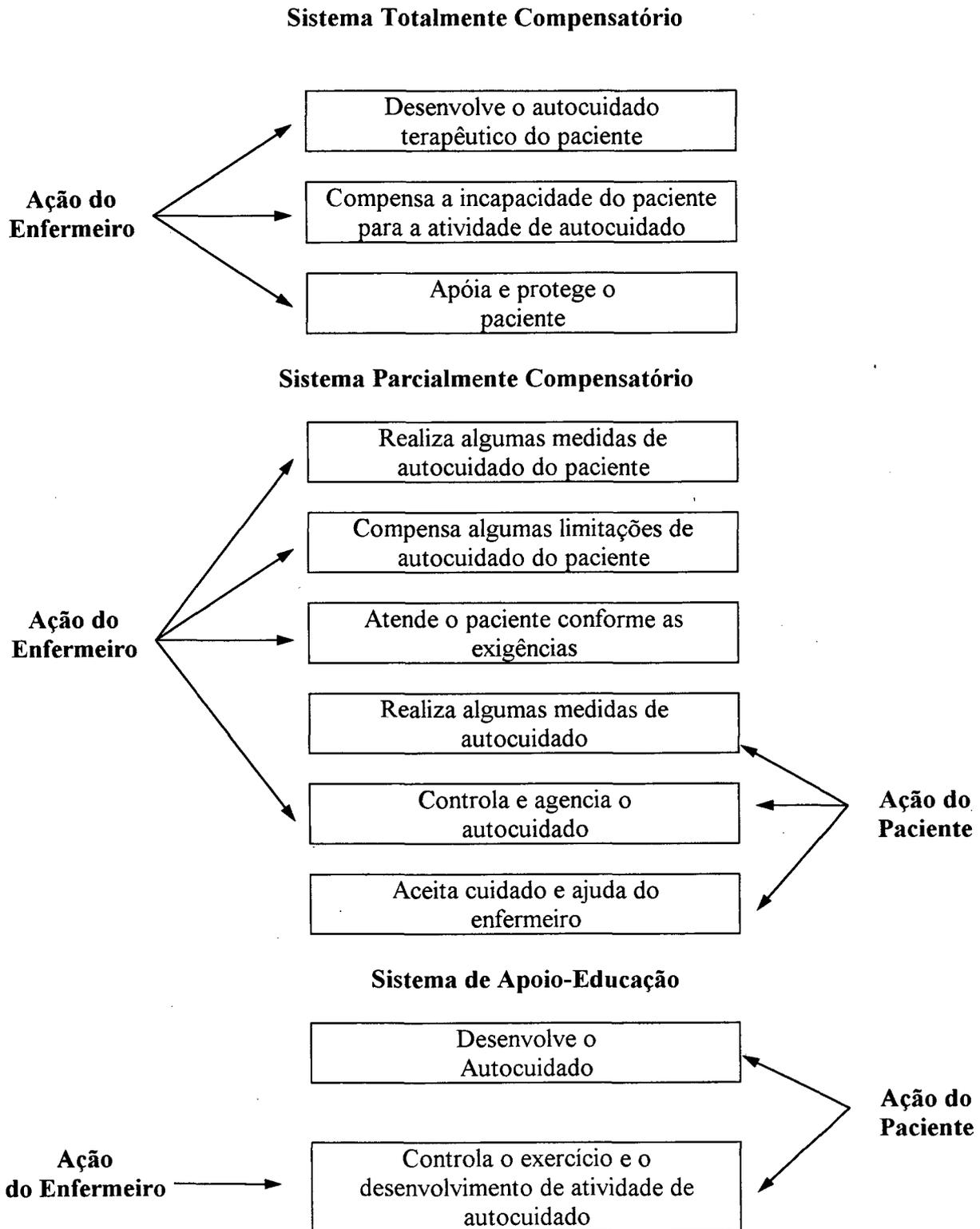


Figura 1 - Sistemas Básicos de Enfermagem (Traduzido do livro de Orem "Nursing Concepts of Practice", 1991, p. 288).

### 2.2.2 O conceito de autocuidado proposto pela OMS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma organização especializada das Nações Unidas, que se ocupa fundamentalmente de assuntos sanitários internacionais e saúde pública. Esta organização foi criada em 1948 por profissionais de saúde, de cerca de 160 países, os quais trocam seus conhecimentos e experiências. O objetivo atual maior da OMS é que todos os cidadãos do mundo possam alcançar, até o ano 2.000, um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Esta organização tem como função estimular a promoção de serviços completos de saúde, incluindo a prevenção de doenças, a manutenção da saúde, o melhoramento das condições ambientais. Estimula também a formação e o aperfeiçoamento do profissional da saúde, a fim de melhor coordenar e desenvolver as investigações biomédicas e sobre serviços de saúde, e melhor planejar e executar programas adequados de saúde para as populações.

Em função desse ideal, a OMS vem estimulando as ações de autocuidado para a vida e a saúde, das pessoas e das populações em geral, como parte de um programa já conhecido de “Saúde Para Todos No Ano 2000”. Em suas publicações, vem demonstrando ser a educação essencial para desenvolver nas pessoas capacidades e habilidades para o autocuidado. E afirmam: o papel da educação é motivar e facilitar a mobilização dos conhecimentos latentes básicos que as pessoas e as populações possuem, incluindo sabedoria própria, uma cultura de cuidados de saúde; e ainda, que as pessoas têm capacidade de pensar, decidir e atuar construtivamente em questões de saúde (OMS, 1983). Nesta concepção de autocuidado à saúde, está embutida a idéia da promoção do aprendizado conjunto, quando profissional/educador/educando e o educando/usuário/educador processam um fluxo de modo bidirecional e horizontal. Neste processo, ambos, profissional de saúde e usuário, se educam e

aprendem. É a pessoa que se desenvolve e cresce, atualizando suas potencialidades, fortalecendo sua autonomia que, como capacidade humana, leva, em contrapartida, à responsabilidade. Daí, então, a educação ser um dos meios mais adequados para conseguir que as pessoas não concebam o cuidado da saúde só como um direito, mas também como um dever e que, por conseguinte, participem ativamente neste processo de forma responsável e autônoma, desenvolvendo condutas saudáveis.

A OMS (1984), ao referir-se ao conceito de autonomia, declara que a autonomia de homens e mulheres pode ser exercida conforme as suas vontades para se manterem independentes em suas vidas diárias. Assim, em uma de suas publicações (Coppard, 1985), intitulada "La autoatención de la salud y los ancianos", citando a OMS, descreve o conceito de autocuidado<sup>2</sup> com enfoque nas seguintes conotações: a) o indivíduo desenvolve ações de autocuidado; b) o indivíduo dispensa cuidado a si mesmo ou busca auxílio de outras pessoas para fazê-lo; c) a família participa do cuidado de um de seus membros; d) a família se cuida e faz intercâmbio de cuidados com outras famílias; e) ocorre a participação comunitária nas ações de cuidado. Em suma, pode-se dizer que, em tais princípios do autocuidado, sobressaem os seguintes pressupostos: todo o indivíduo é capaz de autocuidar-se e colaborar com os outros no seu autocuidado; o indivíduo está vinculado à comunidade e o cuidado é de responsabilidade da sociedade (família, comunidade, instituições não-formais), do governo e dos profissionais de saúde; o desenvolvimento do autocuidado é baseado nas diferenças individuais e culturais e também na competência. Por isso o indivíduo necessita adquirir conhecimentos que podem advir das experiências do cotidiano, do sistema formal e do informal de educação e saúde. Tais conhecimentos possibilitam ao indivíduo adquirir autonomia, ao adotar um

---

<sup>2</sup> Na literatura da OPAS/OMS, em espanhol, o termo autocuidado é traduzido para "autoatención" do inglês "self-care".

comportamento independente, seja de desenvolver a habilidade de fazer por si só as ações de cuidado ou buscar auxílio quando julga necessário.

A compreensão de autocuidado aqui está implícita na responsabilidade dos profissionais de saúde, do sistema leigo e do governo, que devem atuar conjuntamente, unindo esforços na prestação de ações que promovam o cuidado à vida e saúde das pessoas e das populações de modo autônomo. Ao sistema leigo cabe a responsabilidade de auxiliar no autocuidado, nos casos que não requerem intervenção direta do profissional. Aos profissionais de saúde cabe atuar como educadores e estimuladores do autocuidado na comunidade, na qualidade de representantes do sistema formal. É de competência profissional assumir a responsabilidade por situações críticas de saúde. Ao governo cabe a elaboração e a implementação de programa de atenção à saúde individual e coletiva, nos vários níveis de prevenção, que dê total cobertura às populações.

A OMS está exortando especial ênfase aos serviços de atenção primária na intenção de buscar uma melhor qualidade de vida das pessoas, em todos os níveis de atenção à saúde, capacitando-as através da educação à autocuidarem-se e terem maior responsabilidade com suas próprias vidas e saúde. O desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida para prevenir doenças é, sem dúvida, o meio mais eficaz em relação com seu custo financeiro e seu estímulo deve ser parte da prática ativa de todo o pessoal da saúde. Associado a isto, as pessoas devem ter a instrução para compensar as incapacidades e aprender métodos de reabilitação rápida, depois da doença. Isto pode ser um fator para conservar ou recuperar a autonomia.

### **2.2.3 O conceito de autocuidado aplicado no Programa de Educação para a Saúde da “Pontificia Universidad Católica de Chile”**

Ao apresentar o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do Chile, usou-se como fonte a revista “Educación para el Autocuidado de la Salud (EPAS)”,

publicada pela “Pontificia Universidad Católica de Chile - Escuela de Enfermería”. A revista “EPAS” foi editada pela primeira vez em janeiro de 1984. Nasceu fundamentalmente para cumprir com o propósito de pôr ao alcance das enfermeiras chilenas e em geral dos profissionais da saúde, literatura atualizada que lhes ajudasse na promoção do autocuidado das populações, por meio da educação.

Os primeiros trabalhos sobre autocuidado realizados no Chile foram desenvolvidos pelas enfermeiras do Serviço de Pediatria da “Pontificia Universidad Católica de Chile”, depois que elas analisaram os fundamentos e estudaram as vantagens do modelo de atenção em saúde baseado no autocuidado. Suas primeiras etapas de trabalho foram realizadas em grupos educativos eminentemente participativos e dirigidos para “pais grávidos” ou que tinham filhos pequenos. Com a experiência acumulada, as enfermeiras verificaram que, apesar do interesse da grande maioria dos pais em participar destas atividades, só uma pequena parte da população era beneficiada por este método. As limitações da população foram relacionadas a fatores econômicos, transporte, problemas de horário ou disponibilidade de tempo.

Na atualidade, continuando com a aplicação do modelo de educação para o autocuidado, elas pretendem enriquecer e dar sentido transcendente a todas as atividades que se realizam, convertendo cada oportunidade de encontro do profissional com o usuário em uma “interação educativa”, que favoreça o crescimento mútuo e desenvolva as capacidades de autocuidado dos usuários e suas famílias. Ainda para estas enfermeiras a modalidade de autocuidado contribui para que a pessoa se sinta respeitada, valorizada e capaz de cuidar de sua vida e de sua família, reconhecendo seus limites e suas forças (Cantwell, et al, 1989).

Campos (1994b), ao escrever o Editorial da Revista EPAS sobre o tema Autocuidado e Família, refere-se à família como um núcleo da sociedade e

agente primário no cuidado à saúde. Por esta razão sugere o enfoque na família por parte dos profissionais de saúde, já que uma família saudável favorece um ambiente ótimo para o crescimento e desenvolvimento de seus integrantes nas diferentes etapas do ciclo vital. Um ambiente saudável estimula o desenvolvimento das potencialidades e constrói pessoas sadias que no dia de amanhã serão, por sua vez, pilares de uma nova família. No mesmo editorial citando a OMS, extrai a declaração que 85% dos problemas de saúde provêm de causas comportamentais e estilos de vida não-saudáveis. E as soluções para esses problemas de saúde devem ser buscadas entre as pessoas mesmas. Continuando, a autora assim se posiciona: “É de nossa responsabilidade mudar nossos estilos de vida, diminuindo os riscos de doenças ou morte. Se quisermos atuar verdadeiramente na forma preventiva para a construção da saúde das famílias, pode-se em primeiro lugar mudar as condutas desfavoráveis para a saúde e estimular as favoráveis e, enquanto pais de família, educar os filhos no mesmo sentido”.

A promoção da saúde deve começar a partir da escola. A autora chilena Misrachi (1990) argumenta que a educação para a saúde deve também ser dada na escola, pelo fato de os comportamentos de autocuidado terem melhor possibilidade de perdurar ao longo da vida, se adquiridos precocemente. Nesta educação deveriam intervir todos os agentes educativos que atuam sobre a criança, tanto através da educação formal que se oferece na escola, como na educação no núcleo familiar.

Parte do documento “Capacitação de funcionários ao serviço de desenvolvimento de recursos humanos e alcance de objetivos em saúde”, do Departamento de Recursos Humanos do Ministério de Saúde do Chile, foi divulgado no EPAS - 1987. Este artigo é de todo concordante com os princípios que sustentam o Modelo de Atenção em Saúde com ênfase no autocuidado que se tem concebido e implementado na “Facultad de Medicina de la Pontificia

Universidad Católica de Chile”. Nesse documento fica ressaltado o conceito de saúde da OMS, bem como a sua meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Com este enfoque de atenção à saúde, o objetivo primordial está em ajudar as pessoas a manejar sua situação de saúde. No caso de elas estarem doentes ou com limitações, ajudar-lhes a superar esta situação, e se esta for insuperável, ajudá-las a viver da melhor maneira com suas limitações, de modo que as pessoas possam ascender a um melhor nível de vida, de acordo com as suas capacidades. E propõe ao pessoal de saúde assumir o papel de facilitador, orientador e guia, ao estimular e ajudar os indivíduos na tomada de decisões, com respeito ao cuidado e otimização de sua própria saúde e no manejo de situações de privação total ou parcial, de modo que as pessoas possam ascender ao melhor nível de vida que lhes seja possível, de acordo com suas capacidades. Para que isso aconteça, o documento destaca algumas atitudes, habilidades e destrezas que devem estar presentes no pessoal de saúde para assumir este papel, ou seja:

- (a) possuir capacidade para realizar realmente um trabalho de equipe;
- (b) possuir capacidade de dar conta da realidade do usuário e da comunidade, e de responder com soluções criativas às mudanças que se operam cada vez com maior rapidez;
- (c) possuir atitudes de respeito e valorização pela pessoa saudável ou doente, e confiança em sua capacidade para resolver seus próprios problemas;
- (d) possuir habilidade para resolver problemas e tomar decisões em sua área de competência, utilizando informações de boa qualidade;
- (e) estimular e ajudar o indivíduo para que tome as melhores decisões enquanto promoção, cuidado e recuperação de sua saúde;
- (f) possuir habilidade para prover ao indivíduo a informação técnica pertinente e atualizada em linguagem compreensível para o receptor;
- (g) desenvolver procedimentos

e técnicas pertinentes com habilidade e destreza, aplicando os conhecimentos científicos e tomando por base que o sujeito da ação é uma pessoa e não uma enfermidade ou órgão ou partes de seu corpo; (h) estar preocupado em forma constante, por atualizar seus conhecimentos; (i) ter a responsabilidade de formar e/ou capacitar novos profissionais, membros da equipe de saúde; (j) facilitar, promover e participar nas ações integradas docentes assistenciais; e (k) favorecer a participação multissetorial, multidisciplinar e comunitária na solução de problemas de saúde.

Para este departamento, a capacitação de funcionários é um meio eficaz para conseguir os objetivos em saúde.

A experiência acumulada pelas enfermeiras da “Pontificia Universidad Católica do Chile”, que durante mais de dez anos ensinaram e aplicaram o modelo teórico de autocuidado, permite dizer que o autocuidado, como estratégia metodológica de Atenção Primária de Saúde, é uma forma de dar atenção à saúde, é bem aceito pelos usuários e é um método cujo impacto se traduz em benefícios imediatos e a longo prazo. Para os profissionais da saúde do Chile, todos os homens possuem certa capacidade de autocuidar-se na saúde, e isto está muito relacionado com aspectos da personalidade das pessoas.

As enfermeiras deste país, na busca de um marco de referência, encontram apoio: a) na teoria do autocuidado de Orem, o qual preconiza que a enfermeira deve satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas, enfatizando a busca de sua autonomia no cuidado de si; b) na declaração de Alma Ata; c) no conceito de educação para saúde e em alguns princípios de aprendizagem do adulto; e d) na participação da comunidade juntamente com o conceito de Autocuidado visto sob o aspecto da OMS.

A Escola de Enfermagem da Pontificia Universidad Católica de Chile tem sido pioneira em reconhecer, valorizar e tentar implementar a filosofia e prática do autocuidado naquele país, com o propósito de conseguir que o autocuidado em saúde seja uma atividade presente na vida, individual e coletiva.

Ao se implementar um modelo de atenção à saúde baseado no autocuidado, as enfermeiras do Chile consideram necessário que se estabeleça com o usuário e sua família uma relação horizontal, única forma de relação que permite o diálogo, através do qual é possível saber o que pensam, sentem, crêem e sabem para propor planos de ação de acordo com suas realidades. Neste processo, a educação é um dos meios mais adequados para conseguir com que as pessoas não concebam o cuidado da saúde só como um direito, mas também como um dever e que, por conseguinte, participem ativamente neste processo de forma responsável e autônoma, desenvolvendo condutas saudáveis.

### **2.3 Estudos desenvolvidos por enfermeiras brasileiras que utilizaram as bases teóricas do autocuidado**

Na década de 80, alguns estudos foram realizados com o objetivo de analisar e discutir a viabilidade da aplicação de teorias em enfermagem na prática assistencial. Tais estudos permitiram uma visão da aplicação da Teoria de Autocuidado de Orem em nosso país.

Neves (1980), em sua tese de doutorado feita nos Estados Unidos, propôs-se a avaliar a competência de indivíduos hospitalizados para o autocuidado, no que diz respeito a um dos componentes, o desenvolvimento cognitivo. O objetivo deste estudo foi determinar a relação existente entre a estrutura cognitiva relacionada à saúde de indivíduos hospitalizados e seus comportamentos de autocuidado. Após este estudo, Neves voltou ao Brasil, dando início à divulgação da teoria de autocuidado, através de outros escritos e

ensinamentos, principalmente na orientação de alunos do Mestrado em Enfermagem.

Assim começaram, no Brasil, várias pesquisas sobre a aplicação da teoria de autocuidado, em várias regiões do país, principalmente em Santa Catarina, onde se constata o maior número.

O mesmo teste aplicado por Neves (1980) em Washington, D.C., foi realizado por Neves et al (1984) em Florianópolis, S.C. Nas conclusões, as autoras afirmam que a relação encontrada entre as posições ocupadas pelos sujeitos componentes da amostra, nos questionários “Estrutura Cognitiva referente à saúde (E.C.S.)” e “Autocuidado à saúde (A.C.S.)”, embora fraca, demonstra haver certa relação entre o poder de organização de suas crenças sobre saúde e o padrão de organização das reflexões dos indivíduos sobre seus comportamentos de autocuidado. No entanto, a ausência de relação significativa entre os escores dos sujeitos no ECS e no ACS levaram as autoras a refletir sobre a inconsistência dos achados. Elas puderam observar, durante a coleta de dados, que indivíduos que possuíam maior nível de escolaridade escolhiam respostas no ECS mais complexas, parecendo indicar a presença do fator desejabilidade social, ou seja, a preocupação de fornecer respostas que poderiam ser consideradas socialmente mais bem aceitas. Neves em 1980 mencionava, na discussão dos resultados de seu estudo, que parecia que o sistema educacional, nos Estados Unidos, enfatizava os conceitos de tomada de decisão, resolução de problemas e independência, o que levava os indivíduos a serem mais confiantes e responsáveis por si mesmos. Também considerava a autora que, naquela cultura, os indivíduos eram expostos a mais informações médicas úteis, que os tornavam mais capazes de se autocuidarem.

Neves (1987, p.136), ao escrever o artigo "Reflexões acerca dos conceitos autocuidado e competência/poder para o auto-cuidado", considera autocuidado à saúde como sendo muito mais do que a capacidade do indivíduo de fazer coisas

por si e para si mesmo. Para esta autora autocuidado é "o comportamento que a pessoa deliberada, responsável eficazmente desempenha em seu próprio benefício para assegurar a vida, manter e promover a saúde". Refletindo sobre o conceito de autocuidado desenvolvido por Orem, a mesma admite que a enfermagem deverá favorecer o paciente a desenvolver comportamento que possibilite o processo de iniciar as ações de autocuidado e dirigi-las, mesmo porque tal visão fundamenta-se na convicção de o autocuidado à saúde ser um comportamento que implica no papel ativo do cliente em tomar decisões e o enfermeiro ser um mediador deste processo.

Os autores Nunes ( 1982 e 1993), Chirinos (1988) e Maia (1991) utilizaram a Teoria do Autocuidado, mais especificamente o subconceito de competência para o autocuidado e tentaram, através de escalas, medir esta competência dos indivíduos para o autocuidado.

Nunes (1982) desenvolveu um instrumento para medir a competência do indivíduo diabético para o autocuidado; seu estudo foi concebido a partir do conceito de competência para o autocuidado de Orem e das capacidades descritas por Backsheider. A escala compôs-se de 27 itens, visando a discriminar a competência necessária ao desenvolvimento do sistema de autocuidado dos diabéticos. Sua aplicação foi através de entrevista estruturada, com guia para aplicação da escala, contendo as informações necessárias ao desenvolvimento desta entrevista. O instrumento foi submetido ao processo de validade aparente e de conteúdo, por seis peritos em diabete e autocuidado, que avaliaram sua objetividade e abrangência do conteúdo, ou seja, os itens do instrumento como um todo parecem medir a competência dos indivíduos adultos diabéticos para o autocuidado. A autora conclui, neste estudo, que o desenvolvimento do instrumento para identificação da competência de indivíduos diabéticos para o autocuidado, que inclui procedimentos de validade e confiabilidade, oferece contribuição para o desenvolvimento da ciência da

enfermagem, no que se refere à determinação de critérios válidos e confiáveis, para estabelecimento de relações entre variáveis da competência de indivíduos diabéticos para o autocuidado.

Nunes (1993) realizou outra pesquisa sobre "Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos". Este estudo teve como proposta examinar a motivação para o exercício de ações de autocuidado em clientes adultos com diagnóstico de diabetes. Uma subescala da escala para "Identificação de competência do diabético para o Autocuidado" foi o instrumento utilizado para coletar dados. Este estudo foi constituído de uma população de oitenta e um clientes diabéticos. Destes, trinta e seis clientes, representando 45% da população estudada, apresentaram escores que determinavam pouca motivação para o exercício de ações de autocuidado; 50% dos clientes apresentaram escores médios; e, apenas 5% alcançaram escores que determinavam alta motivação para o exercício de ações de autocuidado. A autora considerou ainda a necessidade de diagnosticar os déficits de capacidades em relação à motivação, aspecto primordial para o desempenho de ações de autocuidado.

Chirinos (1988) desenvolveu um estudo que teve por objetivo propor um modelo conceitual e operacional, alternativo de educação para o autocuidado de indivíduos ostomizados. Para sua operacionalidade, foram desenvolvidos procedimentos de elaboração e aperfeiçoamento da "Escala de Competência Cognitiva do Indivíduo Colostomizado" e procedimentos de elaboração da "Instrução Desenvolvimental" para o "Autocuidado de Indivíduos Colostomizados de Pensamento Dualista". Com este modelo, a autora avaliou a potencialidade e o déficit de autocuidado para promover o desenvolvimento cognitivo e autonomia para o autocuidado, mediante um modelo que se supõe ser válido e confiável. Ela constatou que a complexidade cognitiva permite ao indivíduo usar apropriadamente os conhecimentos de autocuidado, identificar

seus problemas, tomar suas decisões e executar responsabilmente ações de autocuidado.

No estudo de Maia (1991), com objetivo de identificar a competência do indivíduo hipertenso para o autocuidado à saúde, os dados da variável “competência para o autocuidado” foram correlacionados com variáveis sócio-demográficas, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. A autora considerou autocuidado como ação deliberada, em que o indivíduo se propõe a realizar a atividade na busca de metas ou resultados. Para ela, autocuidado implica que o indivíduo faça julgamentos lúcidos sobre o resultado que busca, o que significa que o autocuidado é individual e varia de acordo com a situação. No seu estudo encontrou relação significativa entre a competência para o autocuidado à saúde e escolaridade, desempenho de atividade de trabalho, renda individual, ou seja, os indivíduos que obtiveram escores altos no questionário autocuidado à saúde e na escala para avaliação da competência para autocuidado, possuíam entre nove e dezesseis de estudo, trabalhavam e tinham renda individual entre 4 e 6 salários mínimos.

As autoras Noronha (1986), Hoga (1993) e Witt (1996) também utilizaram a “Teoria do Autocuidado” na verificação da competência dos indivíduos para o autocuidado, porém sem o uso de escalas.

Noronha (1986), em seu artigo “Experiência participativa mobilizadora de enfermagem - condições prévias para o autocuidado”, descreve uma experiência participativa com portadores de câncer, em tratamento ambulatorial num hospital-escola do Rio de Janeiro. Ela teve como propósito mobilizar os clientes para o autocuidado e analisar a trajetória dessa mobilização. As concepções teóricas do autocuidado em Enfermagem e de metodologia de estudo de caso, associada à de pesquisa participante, foram escolhidas; no primeiro caso, para servir de suporte teórico principal e, no segundo, com intenção de se realizar uma análise predominantemente qualitativa. A autora concluiu que a

metodologia utilizada é viável e age positivamente na conscientização crítica para o autocuidado. Entretanto, a abordagem ilusiva e artificiosa com que vêm sendo tratadas as pessoas acometidas de câncer, representa uma questão impeditiva relevante para que a participação de clientes no processo de autocuidado em saúde possa se efetivar.

Hoga (1993) fez um estudo de caso para saber “a influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado”. A autora deste estudo observou, em sua prática de enfermagem, que as crenças e valores da população por ela atendida são marcantes em sua conduta em relação à sua vida. Para ela, muitas foram as experiências com relação à influência da cultura sobre as condutas em relação à saúde, porém chamou-lhe a atenção a predominância do fator religioso em muitas das mulheres atendidas. Diante deste fato, a autora realizou um estudo de caso sobre uma cliente a quem a crença religiosa foi crucial para a decisão de procurar um serviço de saúde. Neste estudo ficou clara a necessidade e o valor de se conhecer melhor a cultura do cliente quando se pretende prestar assistência na abordagem da saúde. No caso da cliente em estudo, no conjunto de atos que compõem seu cotidiano evidenciou-se o sagrado ocupando lugar importante na sua hierarquia de crenças e valores e, por conseqüência, sendo importante nas decisões em relação à sua saúde.

Ainda, Hoga (1995) escreveu sobre o Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM), do qual a mesma participa. O núcleo é integrado por docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, as quais têm interesse em aprofundar questões relativas à saúde da mulher. Sua estrutura está alicerçada num projeto denominado “Autocuidado na Saúde da Mulher”, que tem como eixo norteador o conhecimento e a sistematização das crenças, dos valores e das práticas de saúde da clientela assistida em comunidades desfavorecidas.

A filosofia de assistência do NAAM está fundamentada na Teoria do Autocuidado de Orem (1991), tendo como base o próprio termo, que é representado pelas atividades que os indivíduos desenvolvem em benefício próprio, procurando manter a vida, a saúde e o bem-estar. Com este enfoque teórico, as enfermeiras docentes tem valorizado ações desempenhadas pelo cliente. Assim, estas atividades eram desenvolvidas numa cidade da Grande São Paulo. O atendimento às mulheres era realizado por meio de consultas de enfermagem, orientadas para o autocuidado, documentadas no Histórico de Saúde da Mulher, que foi elaborado pelos membros do núcleo e instituído pelo NAAM.

Em 1995, os membros do NAAM começaram a desenvolver suas atividades numa comunidade de baixa renda, na região urbana da cidade de São Paulo, realizando reuniões com grupos de gestantes, de adolescentes e visitas domiciliares, entre outras atividades. A autora concluiu que a interação dos membros do NAAM com as mulheres, naquelas comunidades, permitiram emergir relatos de aspectos íntimos do ser humano, que muitas vezes são desconhecidos das enfermeiras. Relatos estes, que foram colocados como subsídios ao ensino como uma contribuição mais efetiva, no contexto dos processos assistenciais, implementados pela equipe de saúde, com vistas à diminuição da distância entre o imaginário e a verdadeira realidade vivenciada por estas mulheres.

Outra autora, Witt (1996), investigou, em sua pesquisa, a competência para o autocuidado em clientes diabéticos de ambos os sexos, em que o fator motivacional teve influência diferente em cada sexo.

Historicamente as mulheres têm assumido o cuidado dos enfermos, tanto no âmbito profissional, no caso da Enfermagem, como no âmbito doméstico, porém, pouco se sabe a respeito do autocuidado em ambos os sexos. A autora fala da pesquisa que realizou com o objetivo de conhecer a competência de

diabéticos, de ambos os sexos, para o autocuidado, em dois hospitais de Porto Alegre - RS. Neste estudo foram investigadas relações entre algumas características individuais do diabético e a competência para o autocuidado. Foi observada uma diferença significativa na relação entre cada um dos sexos e a competência para o autocuidado, o que levou a autora do trabalho a pensar este achado de forma mais ampla, buscando, no referencial de gênero, subsídios para discussão. Na avaliação dos resultados aparece que os diabéticos do sexo masculino mostraram melhor capacidade motivacional do que diabéticos do sexo feminino.

A autora afirma que, para Orem, a competência para o autocuidado não é estática. Ela varia com a idade, com o estado de saúde, com fatores que influenciam a educação e com as experiências de vida, à medida que possibilitam o aprendizado; com a exposição às influências culturais e o uso de recursos na vida diária. Apesar de estarem todos estes fatores permeados pela questão de gênero, Orem não relaciona especificamente gênero como um fator que influencie a competência para o autocuidado. Esta conclusão está nas respostas dadas nas entrevistas, nas quais os diabéticos do sexo masculino respondiam que pensavam em primeiro lugar neles próprios, enquanto as mulheres diabéticas respondiam que pensavam primeiro no marido, a seguir nos filhos e por último nelas mesmas.

Além disto, as mulheres jamais visualizam alguma situação na qual elas não realizam trabalho doméstico. A frequência com que associam a ausência deste trabalho com um período de doenças mostra o caráter imperativo do trabalho doméstico, pois somente a doença, como alteração da integridade física e mental e como situação independente de sua vontade, pode ser considerada como um momento extremo, no qual elas podem se subtrair à demanda da família. Ainda assim, neste caso, são as outras mulheres, suas mães, irmãs ou filhas, que assumem um grande número de tarefas. No estudo realizado, porém,

o diabetes parece não ser motivo suficiente para que as mulheres pensem primeiro em si, talvez a partir da concepção de que "mulher não pode adoecer" ou "dona de casa não adoecer". Uma outra característica do trabalho doméstico é o caráter gratuito e a indivisibilidade social.

A competência para o autocuidado é definida por qualidades atribuídas a indivíduos. Por isso, os enfermeiros devem ter habilidades para ver seus clientes como agentes de autocuidado e do cuidado dependente e para diagnosticar as habilidades destes clientes para engajamento em cuidado efetivo e contínuo.

O marco conceitual elaborado por Alvarez (1990), em seu estudo realizado com pessoas idosas, está baseado na Teoria do Autocuidado de Orem. Teve como objetivo identificar as exigências de autocuidado terapêutico das mesmas, e sua competência para atender a tais exigências. A autora chegou a identificar uma conotação dupla e mútua no conceito de Autocuidado de Orem: a) o cuidado efetuado pela própria pessoa para manutenção da vida; b) e o cuidado dispensado por outro membro para algum membro dependente de seu grupo social na promoção da saúde e bem-estar. Esta pesquisa foi realizada em um "Centro de Convivência de Idosas" no município de Florianópolis, SC, com treze mulheres idosas. A conclusão mais importante relatada pela autora, neste estudo, foi a singularidade encontrada em cada mulher no que se refere ao autocuidado. A competência para autocuidar-se das idosas esteve relacionada às capacidades de adquirir conhecimento e superar limitações decorrentes da idade e ao processo de adaptar-se da melhor maneira a estas condições. Esta autora, além de verificar as exigências de autocuidado terapêutico das idosas, também mediu a competência das mesmas para o autocuidado.

As autoras Remor et al (1986), Souza (1987), Galperim (1988), Santos (1991) e Oliveira (1995) realizaram pesquisas com o objetivo de testar a teoria.

Remor et al (1986) realizaram um estudo onde relataram a assistência de enfermagem prestada à sessenta e seis puérperas, a seus respectivos recém-

nascidos internados no Sistema de Alojamento Conjunto em uma Maternidade de Florianópolis. Para testar na prática, a partir de um marco conceitual baseado na teoria do Autocuidado de Orem, as autoras organizaram e sistematizaram o planejamento e implementação das ações através do processo de enfermagem. Os resultados mostram que 95% das puérperas assistidas foram enquadradas no sistema de suporte educativo, aos aspectos teórico-práticos da amamentação e aos cuidados puerperais. A conclusão das autoras é de que a Teoria do Autocuidado demonstrou ser eficiente para a população assistida, por entenderem que os cuidados com os filhos e o cuidado de si mesma já fazem parte da natureza humana.

Souza (1987) desenvolveu, em sua dissertação de mestrado, um estudo em Maternidades Públicas do município do Rio de Janeiro intitulado “Das condições de aplicabilidade da Teoria de Autocuidado de Orem em Enfermagem Obstétrica - sondagem junto às puérperas de Parto Eutócico”. O mesmo foi desenvolvido com os seguintes objetivos: a) questionar a existência de uma metodologia científica no desenvolvimento das ações de enfermagem em hospitais e maternidades; b) identificar dificuldades e/ou obstáculos decorrentes da implementação de tal sistema; e c) verificar junto às puérperas de parto eutócico, as condições de participação das mesmas nas atividades e/ou cuidados de enfermagem consoante o postulado por Dorothea Orem na teoria do Autocuidado. A autora verificou que um número reduzido de instituições utiliza alguma metodologia científica na assistência de enfermagem. Em relação à Teoria do Autocuidado de Orem e, a partir da opinião de enfermeiras e puérperas, verificou significativo percentual de possibilidade quanto à adoção da mesma, embora tenha evidenciado que a referida teoria era pouco conhecida na prática.

Galperim (1988), em seu resumo de Dissertação com o título “Percepção de clientes e membros da equipe da enfermagem, de uma unidade de

autocuidado, acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle”, apresenta as seguintes conclusões: a ) os clientes valorizam, em maior ou menor escala, os comportamentos de autocuidado referentes às necessidades psicobiológicas e comportamentos referentes às necessidades psicossocioespirituais, assim como a maioria dos membros da equipe de Enfermagem concordam com a valorização dos referidos comportamentos; b) a maioria dos clientes sentem falta de liberdade de ação em relação a sete dos doze comportamentos de autocuidado estudados, enquanto os membros da equipe de Enfermagem, na sua maioria, afirmam que os clientes têm liberdade em relação a nove dos doze comportamentos estudados. A autora demonstra resultados em que os clientes valorizam comportamentos de autocuidado que implicam na maior autonomia durante a internação. E, ainda recomenda que os enfermeiros e docentes deveriam reavaliar a verdadeira importância das normas e rotinas e a forma como prestam cuidados aos clientes, o que poderia redundar em benefício para as enfermeiras, para a instituição e para o cliente.

O fato de os clientes sentirem-se sem liberdade em relação à maioria dos comportamentos estudados, e da equipe de Enfermagem não concordar com seu sentimento, poderia explicar o papel dependente, submisso e passivo do cliente, em oposição ao papel controlador, autoritário e tomador de decisões da equipe.

Os membros da equipe de Enfermagem, que percebem falta de liberdade de ação do cliente, atribuem a causa desta inexistência a fatores exteriores (econômicos, administrativos e interpessoais), demonstrando uma certa crença de que as mudanças não dependem deles. Entretanto, dos doze comportamentos estudados, quase todos dependem da Enfermagem, o que leva a supor que uma avaliação da sua necessidade e validade devesse ser feita se os Enfermeiros e Docentes de Enfermagem tivessem convicção de que estas atitudes são

significativas para o autocuidado, podendo desencadear esse processo de mudança de comportamento.

É condição fundamental que os cuidados sejam autocuidados e autodirigidos, tomando por base o poder de decisão do cliente. Uma das formas de permitir esse poder de decisão é facilitar ao cliente o acesso a todas as informações que lhe dizem respeito, permitindo-lhe o manuseio e registro de suas atividades e evolução no prontuário.

De acordo com a autora, é preciso, ainda, na hospitalização, eliminar barreiras físicas, culturais e sociais, representadas, basicamente, por normas e rotinas, inexistência de espaço físico coletivo, falta de participação do grupo familiar e quebra das rotinas, rituais de vida de cada ser humano. O papel básico dos membros da equipe de saúde é o de criar condições que possibilitem ao cliente manter e implementar o autocuidado. Assim como é necessário selecionar pessoas com condições emocionais e cognitivas de permitir-se o autocrescimento, para poder facilitar ao outro que assuma o autocuidado.

Santos (1991), em sua dissertação de Mestrado, elaborou e implementou um marco conceitual e um processo de enfermagem fundamentado na Teoria de Autocuidado de Orem, tendo como foco central a mulher na prática do aleitamento materno. Os conceitos utilizados neste marco foram: ser humano, meio-ambiente, autocuidado, competência do indivíduo para o autocuidado, demanda terapêutica para o autocuidado, competência da enfermagem para agenciar o autocuidado, aprendizagem, saúde/doença, enfermagem e comunidade/sociedade. Para a operacionalização deste marco, a autora utilizou a metodologia do processo de enfermagem de acordo com as fases e etapas preconizadas por Orem. A metodologia assistencial foi desenvolvida com dez mulheres em uma maternidade de Florianópolis/SC, o que foi posteriormente estendida ao domicílio das mesmas.

A assistência de enfermagem foi planejada e desenvolvida a partir da identificação dos déficits de competência para o autocuidado apresentados pelas mulheres no aleitamento materno, de acordo com o marco conceitual elaborado e etapas do processo de enfermagem. Com base nesta prática assistencial, a autora verificou que o marco conceitual foi adequado para direcionar a assistência de enfermagem prestada a estas mulheres e o processo de enfermagem foi operacionalizável na prática, favorecendo o direcionamento das ações terapêuticas de autocuidado necessários à assistência de cada mulher, a partir da realidade concretamente vivenciada pelas mesmas. Finalmente ela concluiu que o marco conceitual proporcionou vislumbrar a mulher na prática do aleitamento materno de forma holística, promovendo seu crescimento como ser humano, fazendo-a descobrir a si mesma, suas potencialidades e limitações.

Oliveira (1995), em seu relato de experiência sobre a “aplicação da teoria do Autocuidado de Orem em adolescentes em diálise peritoneal ambulatorial contínua”, fala que a teoria do autocuidado de Orem foi utilizada na elaboração do plano de cuidados de enfermagem para adolescente de 16 anos portador de insuficiência renal crônica em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD). Neste estudo foram levantados os déficits de autocuidado e planejadas as ações do próprio cliente, da família e da enfermagem, necessárias para atingir as demandas de autocuidado. Também foi observado que fatores condicionantes básicos como motivação, nível sócio-econômico e educação interferem na manutenção continuada do plano de cuidados pelo cliente. A autora ainda menciona que o modelo de autocuidado de Orem mostrou-se eficaz quando utilizado em um adolescente com insuficiência renal crônica, em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua.

Os autores Castellanos (1989) e Dupas et al (1994) fazem uma reflexão sobre o autocuidado de Orem, enfocando a importância do papel do enfermeiro, do cliente e família neste módulo.

Castellanos (1989), ao escrever o capítulo "Teoria do autocuidado de Dorothea Orem" no livro de Campedelli, *Processo de Enfermagem na Prática* - aborda que no desenvolvimento do autocuidado existem cinco atributos para a prática do autocuidado, que são: manutenção da saúde, prevenção da doença; autodiagnóstico, autoadministração de medicação e autotratamento; participação nos serviços de assistência à saúde.

Sendo o próprio indivíduo quem determina, decide o que vai ser colocado como meta, este conteúdo e o próprio método de autocuidado ajudam a transferir o controle das decisões e a implementação de intervenção do profissional para o cliente, possibilitando e incentivando assim a diminuição da dependência na relação profissional-paciente e a prevenção de suas seqüelas negativas. Essa postura está baseada na crença de que os direitos e as responsabilidades inerentes ao indivíduo são reais e não devem ser violados ou assumidos por outros. Para esta autora, o processo do autocuidado visa a possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como empenharem-se efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria a qualidade de vida, à saúde e ao bem-estar.

Dupas et al (1994), em seu artigo "Reflexão e síntese acerca do Modelo do Autocuidado de Orem," concluíram que a teoria de Orem abrange todos os níveis de prevenção, chamando de prevenção primária as intervenções de enfermagem que pretendem ajudar a pessoa a encontrar as necessidades de autocuidado universal e desenvolvimental; e de prevenção secundária e terciária as intervenções associadas às necessidades nas alterações de saúde.

De acordo com estas autoras, para se implantar a assistência de enfermagem, o passo inicial é o estabelecimento de uma relação contratual enfermeiro/paciente, de modo a propiciar condições para o diagnóstico real da situação quanto às necessidades de autocuidado, quanto à capacidade do

indivíduo de suprir estas necessidades e qual o grau de interferência da enfermagem no sentido de suprir os déficits percebidos na manutenção do autocuidado.

Entendem ainda estas autoras que os enfermeiros de que o mundo necessita são os que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para protegê-la, proporcionar e monitorar a saúde geral da população, os que podem cuidar dos doentes ou dos incapazes e os que podem ensinar o próximo a cuidarem de si mesmos.

#### **2.4 Visão crítica do modelo de autocuidado**

O modelo de autocuidado vem substituindo ou complementando o modelo biomédico tradicional em nosso meio, segundo Chompré (1994). Ela é uma enfermeira brasileira, que assim se declarou, ao escrever um artigo na Revista Baiana de Enfermagem, sobre o “autocuidado: necessidade ou responsabilidade”. Ela aponta os limites do modelo biomédico hegemônico no processo de produção de serviços de saúde, e sugere um modelo de autocuidado, derivando-se de Orem, que propõe estratégia possível que garanta a participação do indivíduo, enquanto sujeito historicamente determinado, no processo de cuidar-se. Ao reconhecer os limites do modelo biomédico, ainda prevalente em nossa sociedade, a autora apresenta uma gama de propostas que vislumbram uma maior e mais efetiva participação dos indivíduos, grupos e de toda a sociedade civil organizada no controle do processo saúde-doença. No bojo destas propostas, cita o autocuidado como uma concepção e uma organização de ações e atividades que conduzam a uma integração e participação dos indivíduos em seu cuidado, de vez que torna o indivíduo co-responsável e ativo nos processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na manutenção de sua vida. Ressalta a importância pelo reconhecimento da “atividade de

autocuidado” como inerente ao homem em seu processo de conquistar, controlar e usufruir dos bens da natureza.

Ainda a mesma autora refere-se ao autocuidado como modelo que ultrapassa a compreensão e a atitude espontânea da natureza humana, para configurar-se em um modelo conceitual que exige atitude racional com tomada de decisão, para realizar ações antecipadas e oportunas, que busquem a responsabilidade do cuidado individual, que se traduz em ações sistematizadas, coordenadas e integradas pelo indivíduo em seu cotidiano. Para tanto, o indivíduo deve usar de recursos materiais e de energia, a fim de suprir necessidades para o funcionamento interno e estabelecer relações seguras com o meio ambiente. Diante destes elementos, a autora considera que a adoção do modelo de autocuidado não possa desresponsabilizar o Estado de seu dever com a saúde dos cidadãos. A responsabilidade do Estado com a oferta de serviço de saúde deve ser assumida, colocando à disposição tecnologias que permitam, a cada cidadão, conhecer, decidir e assumir o controle de sua própria condição de vida e saúde, com amplo apoio do sistema de serviços, considerando os princípios: universalidade, equidade, integralidade, oportunidade e qualidade, previstos na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o modelo de assistência ao indivíduo doente tende a desaparecer para surgir um com enfoque voltado para o bem-estar e saúde das populações, cujos elementos fundamentais de democratização do conhecimento, de promoção da saúde, de prevenção de danos e agravos, de tratamento dos fenômenos já definidos como alteração do processo saúde/doença, de recuperação das capacidades integrais do indivíduo para a vida e para o trabalho, tornem-se presentes nesta proposta emergente.

Para esta autora, autocuidado é necessidade de responsabilidade individual e coletiva. Portanto, é necessário buscar, no cidadão, o aliado para a construção de uma prática de enfermagem em que o autocuidado seja olhado

como necessidade/demanda e responsabilidade de todos. A adoção do modelo de autocuidado como uma prática profissional, especialmente na enfermagem, exige a incorporação de princípios, mudanças de comportamento, abrir mão de valores, romper ou reforçar mitos e crenças já institucionalizados na prática dos profissionais de saúde. Torna-se urgente e necessário que o autocuidado seja incorporado na prática de enfermagem como necessidade sentida e demanda, não para os clientes mas para os próprios agentes que produzem o trabalho de enfermagem. O autocuidado não pode ser apenas para o outro, mas sim para todos.

Assim, o modelo de autocuidado como uma alternativa para as práticas de saúde tem merecido destaque e apoio de vários setores e organizações, pelos benefícios populacionais que o mesmo vislumbra, contudo também tem recebido críticas pertinentes, como a que faz Garcia (1989). Este autor deixou contribuições relevantes às ciências sociais em saúde, por durante vinte anos, ao imprimir orientações construtivas decisivas da formação do pessoal de saúde e denunciar injustiças sociais em nossos países. No que tange à adoção do modelo de autocuidado na assistência primária, o autor analisa a partir de fatos históricos, quando na década de 70 surgiram programas alternativos como o do autocuidado na saúde, na maioria dos países da América Latina. Este fenômeno aparece junto com a crise fiscal dos Estados, caracterizada por um aumento dos gastos em relação às despesas, fazendo com que reduzissem os gastos financeiros sociais na busca de um equilíbrio no orçamento do Estado. Face às crescentes necessidades da população na área da saúde e à concomitante crise econômica do capitalismo, foi estimulada a adoção de alternativas mais econômicas. Entre estas alternativas mais econômicas, o autor se refere ao programa de autocuidado adotado pelos governos, na época, para resolver as dificuldades no atendimento à atenção primária de saúde, que já era desenvolvida por pessoal não profissional. A forte crítica dirigida a este acontecimento, detonada por Garcia(1989), aponta para perversão de valores.

Ele considera a prática do autocuidado de cada um dos cidadãos e por toda uma coletividade, como uma forma legítima de conquista e emancipação das populações no usufruto da melhor qualidade de vida, como um direito à responsabilidade e não significando necessariamente uma alternativa mais barata ou econômica.

### 3. METODOLOGIA

**3.1 Tipo de Pesquisa:** esta pesquisa trata de um estudo exploratório-descritivo. Optei por este tipo de pesquisa, pois se esperava explorar os entendimentos que os enfermeiros têm acerca do conceito de autocuidado na enfermagem.

A metodologia exploratória-descritiva possibilita ao investigador aumentar sua experiência acerca do fenômeno pesquisado, favorecendo uma visão ampliada do mesmo (Gil, 1994, Triviños, 1994). É seu traço principal explorar e esclarecer conceitos, como também permitir o surgimento de novas idéias, abrindo caminhos para a realização de estudos posteriores.

**3.2 Local da Pesquisa:** a coleta de dados foi realizada junto dos enfermeiros que trabalhavam em hospitais e em unidades sanitárias, situados nos municípios de Pelotas e Rio Grande.

Por ocasião desta pesquisa (ano de 1995), na zona urbana de Pelotas tínhamos sete (7) hospitais: Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Hospital Escola - Fundação de Apoio Universitário, Hospital Universitário, Sociedade de Beneficência Portuguesa, Clínica Olivé Leite, Hospital Espírita de Pelotas, Hospital Miguel Piltcher. A zona urbana de Rio Grande contava com três (3) hospitais: Hospital Universitário, Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande e Sociedade de Beneficência Portuguesa.

A Santa Casa da Misericórdia de Pelotas é um hospital geral filantrópico com 410 leitos. Sua clientela é do Sistema Único de Saúde (SUS) e alguns convênios, e tinha em seu quadro de funcionários, 24 enfermeiros. O Hospital

Escola - Fundação de Apoio Universitário, é um hospital geral e público, com 160 leitos. Sua clientela é do SUS e possuía 31 enfermeiros no seu quadro de pessoal. O Hospital Universitário de Pelotas é geral e filantrópico, com 183 leitos. Sua clientela é basicamente do SUS. Tinha 19 enfermeiros no seu quadro de funcionários. A Sociedade de Beneficência Portuguesa de Pelotas é um hospital geral, beneficente, com 270 leitos, cuja destinação é de 40% ao SUS e 60% para convênios, sócios e particulares. Possuía em seu quadro de funcionários 17 enfermeiros. A Clínica Olivé Leite, hospital psiquiátrico privado com 230 leitos, possuía no seu quadro de funcionários 3 enfermeiros. O Hospital Espírita de Pelotas é hospital psiquiátrico filantrópico com 198 leitos, associados à Liga Espírita de Pelotas, sua clientela é proveniente do SUS e convênios. Possuía 5 enfermeiros no seu quadro. O Hospital Miguel Piltcher é geral privado com 28 leitos. Possuía uma enfermeira no seu quadro de funcionários. O Hospital Universitário de Rio Grande é geral e público com 125 leitos; sua clientela é basicamente do SUS e convênios. Havia 37 enfermeiros em seu quadro de funcionários. A Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande é geral filantrópico, com 150 leitos, a clientela vem do SUS e convênios. Possuía 20 enfermeiros no seu quadro de pessoal. A Sociedade de Beneficência Portuguesa de Rio Grande é um hospital geral filantrópico, com 500 leitos, atende basicamente ao SUS e convênios. Possui 16 enfermeiros no seu quadro de funcionários.

A Secretaria Municipal de Saúde e do Bem-Estar de Pelotas possui 17 postos de saúde na zona urbana com atendimento ao SUS, tendo 8 enfermeiros ao todo para atender a estes postos. A Secretaria de Saúde e Ação Social de Rio Grande faz o atendimento pelo Sistema de Municipalização de Saúde e possui 16 postos na zona urbana. Na época havia 2 enfermeiros e mais 7 enfermeiros estavam em fase de contratação.

**3.3 População e Amostra:** a população constituiu-se de enfermeiros que atuavam nos hospitais e unidades sanitárias dos dois municípios referidos, perfazendo um total de cento e noventa e dois (192) profissionais em 1995. Dentre estes foi extraída a amostra.

Para esta pesquisa, a amostragem foi por acessibilidade, ou seja, uma amostra intencional, adotando um quantitativo em torno de quinze por cento (15%) do total de enfermeiros dos dois municípios, ou seja trinta e quatro enfermeiras.

Como o objetivo foi conhecer os entendimentos que as enfermeiras tinham a respeito do termo autocuidado, achei por bem restringir o número de participantes da amostra a fim de permanecer um tempo maior com cada um, na busca por entendimentos sobre o autocuidado, de modo aprofundado.

**3.4 Os procedimentos de coleta de dados:** optou-se pela entrevista semi-estruturada, como técnica para a coleta de dados. Segundo Lüdke, André (1986), esta técnica favorece o desenvolvimento da coleta de dados, por possibilitar uma maior interação entre entrevistador e informante, criando um clima de aceitação mútua, permitindo que as informações fluam de maneira livre e mais autêntica. Permite uma maior liberdade de expressão, tanto ao entrevistador como ao entrevistado, pois, embora se desenvolva baseado num esquema, não há rigidez de questões, possibilitando ao pesquisador refazer as questões de modo a facilitar a compreensão do respondente.

O guia de entrevista foi composto de duas partes: na primeira constou de dados de identificação do entrevistado, e a segunda parte de questões semi-estruturadas formuladas de forma a guiar o entrevistador na exploração do significado sobre o autocuidado e a sua prática de autocuidado por parte da enfermeira entrevistada. Para avaliar a eficácia das questões-guia elaboradas, contidas na segunda parte, realizou-se um teste piloto, onde se pretendia

evidenciar necessidade de acertos, e também para o meu treinamento da técnica de entrevista. O mesmo foi realizado com cinco enfermeiras assistenciais escolhidas aleatoriamente, que concordaram em participar do teste. A seguir fez-se a análise desses dados, no qual pôde-se evidenciar falhas na formulação das questões guias. Em seguida da reformulação das questões, partiu-se para as entrevistas, que constam neste estudo.

A entrevista foi realizada no local de trabalho ou indicado pelos entrevistados, com horário previamente agendado. As entrevistas em sua maioria aconteceram em um encontro de uma e uma hora e trinta minutos. Entretanto, houve necessidade, em alguns casos, de marcação de uma segunda entrevista para elucidar os pontos obscuros ou para ampliar informações. As entrevistas foram gravadas em fita cassete sempre com permissão dos respondentes e posteriormente transcritas, identificando-as com pseudônimos. O mesmo era escolhido pela própria entrevistada, com preferência em nome de uma flor, o que foi muito bem aceito pelas entrevistadas. Para dispor de variada opção de nomes de flores, foi necessário comprar catálogos e revistas de flores e jardinagem, os quais eu levava comigo nas entrevistas.

Tais transcrições constituíram-se de dados brutos para posterior análise.

**3.5 Método de análise de dados:** as entrevistas foram longas, portanto cada uma resultou em várias folhas transcritas, que variaram de cinco a dez páginas escritas. Assim sendo, obtive grande riqueza de dados, entretanto me demandaram inúmeras horas de transcrição e leituras, até conseguir familiarizar-me com as falas.

Para a análise dos dados, vali-me dos ensinamentos de Minayo (1993) no que tange ao tratamento do material de pesquisa qualitativa, adotando um dos procedimentos de análise de conteúdo por parecer melhor adequar-se ao tipo de dados obtidos. Assim optou-se por seguir a técnica de análise temática, guiada

por procedimentos próprios de suas fases ou etapas. A autora, citando Bardin, refere-se ao tema como uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Cita ainda Unrug, acrescentando que um tema pode se constituir tanto de uma afirmação quanto de uma alusão.

**3.6 Aspectos éticos:** entendo que todo estudo deva preocupar-se com as questões éticas decorrentes da interação entre os sujeitos que dele participam.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993), o capítulo IV, artigo 35, que discorre a respeito da participação do cliente em pesquisas, deverá ser garantida "... a liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar". Aos enfermeiros que participaram do presente estudo foi assegurado o aspecto facultativo de suas inclusões na pesquisa. Ou seja, a todos os enfermeiros que se dispuseram a fazer parte do estudo, foi-lhes, no primeiro contato, esclarecido sobre os objetivos da mesma bem como dos requisitos para a sua participação.

Neste estudo, foi garantido o sigilo da identificação de todos os respondentes da pesquisa, usando-se cognomes. Lüdke, André (1986) comentam que na entrevista esta garantia favorece o "rapport" para a técnica da entrevista.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 Quem são os respondentes da pesquisa

Este estudo teve como objetivo explorar as concepções que as enfermeiras<sup>1</sup> assistenciais têm acerca do conceito de autocuidado na enfermagem.

As enfermeiras respondentes trabalhavam, na época, nos municípios de Pelotas e Rio Grande, situados na região sul-leste do Estado do Rio Grande do Sul. Estas enfermeiras tiveram formação acadêmica em uma das três escolas de enfermagem localizadas no estado gaúcho, as quais estão denominadas de “A”, “B” e “C” para efeito desta apresentação, conforme se observa no quadro 1.

Os dados deste estudo são provenientes de uma amostra de 34 enfermeiras, cuja constatação no quadro referido são, em sua maioria, do sexo feminino, uma realidade da profissão. A média etária dos entrevistados é de 34 anos, variando de 24 a 52 anos de idade.

A grande maioria dos respondentes é originária da escola “A”. Em segundo lugar vêm os da escola “B”. Ambas escolas situam-se próximas, com distância de 50 Km de uma a outra. Apenas três são oriundos da escola “C”. Esta localiza-se no centro-oeste do estado.

Verifica-se ainda, nos dados gerais da amostra que mais da metade das enfermeiras pesquisadas têm ou estão cursando especialização, cujas áreas predominantes da pós-graduação são a Administração Hospitalar e a Saúde Pública.

---

<sup>1</sup> Nesse estudo será privilegiado o feminino, considerando serem elas a maioria.

### QUADRO 1 - Caracterização da amostra

| IDENTIFICAÇÃO |       |       | FORMAÇÃO ACADÊMICA |        |                                 | EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL |                        |
|---------------|-------|-------|--------------------|--------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nº            | IDADE | SEXO  | ANO                | ESCOLA | ESPECIALIZAÇÃO                  | TEMPO                    | ÁREA DE ATUAÇÃO        |
| 1             | 32    | Fem.  | 1986               | A      | -                               | 10 anos                  | Ambulatório            |
| 2             | 41    | Fem.  | 1981               | B      | -                               | 15 anos                  | Ambulatório            |
| 3             | 36    | Fem.  | 1983               | B      | -                               | 13 anos                  | Maternidade            |
| 4             | 29    | Fem.  | 1983               | B      | -                               | 13 anos                  | Emergência             |
| 5             | 37    | Fem.  | 1981               | B      | Enfermagem do Trabalho          | 15 anos                  | Clínica Médica         |
| 6             | 34    | Fem.  | 1991               | B      | -                               | 5 anos                   | Materno-Infantil       |
| 7             | 33    | Fem.  | 1995               | B      | -                               | 1 ano                    | Clínica Médica         |
| 2             | 30    | Fem.  | 1988               | B      | Administração Hospitalar        | 8 anos                   | Pediatria              |
| 9             | 52    | Fem.  | 1993               | A      | -                               | 3 anos                   | Psiquiatria            |
| 10            | 34    | Fem.  | 1983               | B      | -                               | 13 anos                  | Posto Saúde            |
| 11            | 36    | Fem.  | 1992               | A      | -                               | 4 anos                   | Posto Saúde            |
| 12            | 35    | Masc. | 1985               | B      | *Projetos Assistenciais de Enf. | 11 anos                  | Posto Saúde            |
| 13            | 35    | Masc. | 1983               | A      | Educação e Saúde Comunitária    | 13 anos                  | Posto Saúde            |
| 14            | 32    | Fem.  | 1988               | A      | -                               | 8 anos                   | Ambulatório            |
| 15            | 35    | Fem.  | 1986               | A      | Saúde Pública                   | 10 anos                  | Posto Saúde            |
| 16            | 41    | Fem.  | 1986               | A      | Saúde Comunitária               | 10 anos                  | Posto Saúde            |
| 17            | 46    | Masc. | 1986               | A      | Estomaterapia                   | 10 anos                  | INAMPS-Posto           |
| 18            | 32    | Fem.  | 1986               | A      | Saúde Mental Coletiva           | 10 anos                  | Extensão Rural         |
| 19            | 47    | Masc. | 1993               | A      | -                               | 3 anos                   | Clínica Cirúrgica      |
| 20            | 31    | Fem.  | 1987               | C      | -                               | 9 anos                   | UTI Geral              |
| 21            | 34    | Fem.  | 1993               | A      | *Administração Serviço de Saúde | 3 anos                   | Clínica Cirúrgica      |
| 22            | 31    | Fem.  | 1986               | A      | *Projetos Assistenciais de Enf. | 10 anos                  | Oncologia              |
| 23            | 36    | Fem.  | 1987               | B      | *Administração Hospitalar       | 9 anos                   | Centro-Cirúrgico       |
| 24            | 36    | Fem.  | 1986               | A      | Terapia Intensiva               | 15 anos                  | Educação Continuada    |
| 25            | 36    | Fem.  | 1986               | A      | Saúde Pública                   | 10 anos                  | Emergência             |
| 26            | 40    | Fem.  | 1987               | A      | Nefrologia                      | 9 anos                   | Nefrologia             |
| 27            | 38    | Fem.  | 1980               | C      | Médico-Cirúrgica                | 16 anos                  | Clínica Méd.-Cirúrgica |
| 28            | 25    | Fem.  | 1994               | A      | -                               | 2 anos                   | Clínica Méd.-Cirúrgica |
| 29            | 30    | Fem.  | 1994               | A      | -                               | 2 anos                   | Médico-Cirúrgica       |
| 30            | 24    | Fem.  | 1994               | A      | Administração Hospitalar        | 2 anos                   | Clínica Médica         |
| 31            | 30    | Fem.  | 1990               | A      | -                               | 5 anos                   | Emergência             |
| 32            | 28    | Fem.  | 1993               | A      | *Administração Hospitalar       | 3 anos                   | UTI Pediátrica         |
| 33            | 35    | Fem.  | 1988               | A      | *Administração Hospitalar       | 8 anos                   | Administração          |
| 34            | 25    | Fem.  | 1992               | C      | -                               | 4 anos                   | UTI Geral              |

\* cursando especialização

O tempo de experiência profissional das entrevistadas está entre um e dezesseis anos, sendo a média de oito anos de trabalho. Entre as pesquisadas, nenhuma ficou sem trabalhar após ter-se formado enfermeira.

Considerando o maior número de enfermeiras contratadas, em ambos municípios, em instituições hospitalares, em comparação as contratadas em serviços de saúde comunitária, decidiu-se guardar a mesma relação proporcional, apesar da seleção amostral ter sido intencional. Ou seja, foram entrevistadas 25 enfermeiras hospitalares e 9 de saúde comunitária.

Quanto à área de atuação em especialidades, verificou-se uma distribuição mais freqüente em saúde pública com nove respondentes; estas profissionais atuam nos diferentes ciclos da vida do usuário. A segunda está na clínica médico-cirúrgica com oito respondentes, e as outras freqüências são distribuídas entre a materno-infantil, emergência, terapia intensiva, nefrologia, psiquiatria, educação continuada, oncologia, centro-cirúrgico e administração do serviço de enfermagem.

#### **4.2 O entendimento das enfermeiras acerca do conceito de autocuidado**

Conforme já descrito anteriormente, esta pesquisa constituiu-se de uma exploração inicial para captar o entendimento das enfermeiras acerca do conceito de autocuidado através de entrevista guiada basicamente por três questões abertas, quais sejam: qual é o seu entendimento ou o significado que dá ao conceito de autocuidado na enfermagem; quais são as ações de enfermagem desenvolvidas que considera como promotoras de autocuidado; e o que lhe estimula, como enfermeira, a promover o autocuidado.

A coleta de dados se deu sob forma de conversação livre, porém com objetivos, quando a entrevistada foi estimulada a explanar sua posição quanto às

questões apresentadas. As respostas solicitadas às duas últimas questões tiveram como intenção a busca pela complementação, explicitação e/ou esclarecimento do entendimento ou significação dada, pela respondente, acerca do autocuidado, explanadas sob a forma de definição ou enunciado.

Assim, dediquei-me, de posse dos dados brutos de trinta e quatro respondentes, em que, na fase de pré-análise, mesmo parecendo-me caóticos e sem sentido, me embrenhei no conjunto das falas transcritas extraídas de entrevistas gravadas, à leitura flutuante exaustiva. No processo da leitura progressiva, grifando e regrifando palavras-chaves, expressões significativas, idéias e suas relações, aos poucos foram-me vislumbrando algumas hipóteses sugestivas, emergentes. Os dados coletados com as enfermeiras, sujeitos do estudo, foram inicialmente tabulados os dados de identificação, a primeira parte do roteiro de entrevistas. A seguir as falas foram agrupadas por questões-guias, com idéias semelhantes. A etapa seguinte foi agrupar questões-guias e discursos semelhantes, tendo em vista o objetivo deste estudo.

Com esta perspectiva delineadora parti para a exploração do material no intuito de alcançar o núcleo de compreensão das falas e a classificação e agregação dos dados. Movida por esse esforço, e mesmo não tendo tido intenção de adotar um referencial teórico para a análise inicial de categorização, percebi, ao enunciar finalmente os quatro temas que me emergiram da exploração, ter sido influenciada pelos referenciais em mim impregnados ao estudar e apresentar o capítulo de revisão bibliográfica sobre teorias de autocuidado, bem como por minhas experiências prévias presenciadas de ensino enfático em certos tópicos, em nossas escolas de enfermagem.

Através das expressões emanadas do entendimento das enfermeiras sobre o conceito de autocuidado, foram selecionados os temas emergentes. Seguem assim quatro temas que me pareceram, até o momento, agregadores de significados ou entendimentos do conceito de autocuidado manifestados pelas

enfermeiras e que serviram para orientar a discussão: I - O autocuidado como uma estratégia de orientação e educação para a saúde, participam desse tema treze enfermeiras; II - Autocuidado como um comportamento de autoproteção e heteroproteção contra agentes patogênicos biológicos, contribuem para este tema oito enfermeiras; III - Autocuidado como comportamento de controle pessoal, compartilham desta temática sete enfermeiras; IV - Autocuidado como atos físicos/funcionais realizáveis pela própria pessoa, manifestaram-se neste tema seis enfermeiras.

## QUADRO 2

| TEMAS EMERGIDOS |   | CATEGORIAS RESPECTIVAS  |
|-----------------|---|---|
| I -             | O autocuidado como estratégia de orientação/educação para a saúde   | 1.1 - Inicia no ambiente familiar<br>1.2 - É um compromisso da escola e sociedade.<br>1.3 - É um encargo essencial dos profissionais da saúde.<br>1.4 - A mãe é a educadora de autocuidado da família.<br>1.5 - Produz mudança de comportamento de saúde. |
| II -            | Autocuidado como um comportamento de autoproteção e heteroproteção contra agentes patológicos biológicos. | 2.1 - Autoproteção contra acidentes e/ou doenças no trabalho.<br>2.2 - Proteção contra infecção cruzada e contaminações.  |
| III -           | Autocuidado como comportamento do controle pessoal.   | 3.1 - Comportamento mantenedor da independência pessoal.<br>3.2 - Exercício da autonomia pessoal.<br>3.3 - Comportamento promotor de estabelecimento da saúde.  |
| IV -            | Autocuidado como atos físicos/funcionais realizáveis pela própria pessoa.                                 |   |

**Tema I - “O autocuidado como estratégia de orientação e educação para a saúde”.** Nesta temática agregam falas ou definições nas quais a educação é apontada como estratégia para o autocuidado. Treze enfermeiras, das trinta e quatro entrevistadas, manifestaram seus entendimentos acerca do conceito de autocuidado na classe da temática I. Do significado dado, cujo núcleo de compreensão é a educação, foram destacados, então, cinco categorias face à variação na manifestação das enfermeiras, conforme se observa no quadro 2.

**Na categoria 1.1 - “A orientação e educação para o autocuidado inicia no ambiente familiar”**, em cujas declarações os entrevistados apontaram que a educação para o autocuidado deve iniciar no seio familiar, pois nele é que se passam aos filhos noções de autocuidado para a vida, com o objetivo de os mesmos adquirirem, em idade tenra, comportamentos para cuidar de si mesmos. E, ao chegarem na adultícia, eles possam praticar o seu próprio cuidado, para a promoção da saúde, o desenvolvimento de seu bem-estar, bem como para o tratamento e cuidado de doenças e outras disfunções. De acordo com alguns respondentes deste grupo, o autocuidado deveria, de uma maneira geral, ser estimulado a partir da educação informal, que é, neste caso, a educação familiar. Esta visão de autocuidado figura nas seguintes falas:

*“... todas as pessoas têm capacidade para o autocuidado. o problema está no nível ambiental familiar em que estas se encontram ... se lá existir a educação para o autocuidado estas pessoas vão ter mais tarde capacidade para se autocuidar”.*

*Violeta*

*“... ele e sendo orientado, e quando falo ele é a família incluída... Acho que ele vai-se sentir uma pessoa útil ...”*

*Um paciente sempre é colocado como uma pessoa e não como paciente”.*

*Orquídea*

Tal posição se assemelha ao pensamento desenvolvido pelas enfermeiras do Chile, ao ressaltar a importância da educação para o autocuidado na família (Campos, 1994a). Consideram a família o núcleo da sociedade e o primeiro agente no cuidado da saúde. Por isso enfatizam o apoio dos profissionais de saúde sobre a família no sentido de ser a promotora de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento de seus integrantes nas diferentes etapas do ciclo vital. Os mesmos autores citam os escritos da OMS, destacando que 85% dos problemas de saúde ocorrem em decorrência de comportamentos e estilo de vida não-saudáveis, muitas vezes por carência de educação familiar correta e suficiente.

Visto sob este aspecto, observa-se que o autocuidado tem como um dos componentes o processo de educação familiar, o qual está ligado à cultura de cada povo. Receber na família uma educação voltada para ações de autocuidado, principalmente em criança, é característico das culturas de povos desenvolvidos de primeiro mundo, quando os filhos têm, desde uma idade bastante jovem, uma maior independência no cuidar de si próprios, o que ainda não é muito familiar em nosso meio. As crianças, de modo geral, são tratadas como pessoas pouco capazes de se autocuidarem. Mesmo sabendo-se que muitas pessoas compartilham da idéia de que, quanto mais cedo, na idade, forem aprendidas ações de autocuidado, melhor será a saúde deste indivíduo.

**A categoria 1.2 - “A orientação/educação de autocuidado é um compromisso da escola e sociedade”,** agregou depoimentos nos quais a orientação e educação para saúde é um compromisso da escola e da sociedade. Foram aquelas enfermeiras que apontaram a escola (educação formal) e a

sociedade (serviços, programas públicos) como partes responsáveis pela educação das pessoas ao cuidado de si. É deste ponto de vista a seguinte fala:

*“Autocuidado é um conjunto de normas e conhecimentos que favoreceriam pessoas a evitar ou cuidar melhor de algumas doenças. Isso deve ser estimulado a partir da escola e da sociedade em geral para que os conhecimentos aprendidos favoreçam as pessoas a evitar ou cuidar de doenças e ter um padrão de vida melhor”.*

*Azaléia*

Neste sentido a autora chilena Misrachi (1990, p.12-15), ao escrever sobre a promoção da saúde a partir da escola, aponta que a educação para saúde deve começar pelo período escolar, porque, segundo ela, é nesta fase da vida que os comportamentos adquiridos de autocuidado têm maior possibilidade de perdurar ao longo da vida. Continuando, ela diz que na educação para a saúde todos os agentes educativos deveriam atuar sobre as crianças, tanto por meio da educação formal que se oferece na escola, como da educação para a saúde que atinge principalmente o núcleo familiar. Esta educação deve ter prosseguimento na comunidade, neste sentido também é de responsabilidade dos enfermeiros, interferir na mudança do estilo de vida das pessoas, visando a diminuir os riscos de adoecer.

Orem explicita, em seus escritos que indivíduos que não tiveram o privilégio da educação básica, podem sofrer influência negativa nos requisitos exigidos para o desenvolvimento do autocuidado. Isto dá a entender que indivíduos, ao terem privilégios de uma educação formal, terão em seu desenvolvimento possibilidades maiores de formação pessoal.

Em alguns trabalhos realizados por enfermeiras brasileiras envolvendo o conceito de autocuidado, como Neves et al (1984) e Maia (1991), o nível de escolaridade dos pesquisados revelara influência nos resultados achados. No

primeiro estudo, as autoras puderam observar, durante a coleta de dados, que indivíduos que possuíam maior nível de escolaridade escolhiam respostas mais complexas, com a preocupação de proporcionar respostas que pudessem ser consideradas socialmente mais bem aceitas. Na segunda pesquisa, a autora encontrou relação significativa entre a competência para o autocuidado à saúde e escolaridade. Os indivíduos que obtiveram escores mais altos no questionário de autocuidado à saúde, possuíam entre nove e dezesseis anos de escolaridade.

Segundo Coppard (1985), nas publicações da OMS aparecem destaques sobre o autocuidado, enfocando a participação comunitária nas ações de cuidado, enfatizando a responsabilidade do sistema leigo no auxílio ao autocuidado de casos que não requerem intervenção direta do profissional. E que estas pessoas necessitam receber instruções para compensar as incapacidades e aprender métodos de reabilitação, após doenças ou disfunções, para recuperar a autonomia e independência em seu viver diário.

Na categoria 1.3 - **“A orientação/educação para autocuidado é um encargo essencial dos profissionais da saúde”**, agrupam-se falas de várias entrevistadas que se manifestaram, de modo implícito ou explícito, sobre a função da enfermeira como agente educador por excelência para o autocuidado.

*“O cliente precisa estar bem informado, e esta informação deve vir do profissional enfermeiro. ... por acreditar que o esclarecimento/conhecimento sobre determinada situação facilita o paciente nas ações de autocuidado”.*

*Crisântemo*

*“... ter escolhido em ser enfermeira, ensinar o paciente, ... tu estás sempre educando. O enfermeiro se valoriza com as orientações prestadas ao paciente. O reconhecimento verbal que os pacientes fazem, quando eles melhoram a sua qualidade de vida, em cima da orientação prestada”.*

*Camélia*

Na Teoria do Déficit de Autocuidado, Orem sugere que a enfermeira satisfaça as exigências de autocuidado do cliente através de cinco métodos de ajuda, e dentre estes está o ensinar o outro. E na teoria do Sistema de Enfermagem, que inclui os três tipos de sistemas, um deles é o “sistema de apoio e o educar”. Este sistema inclui o indivíduo que necessita de assistência de enfermagem para adquirir habilidade e competência, aprendendo a executar ações e medidas de autocuidado. Esta aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de prática de autocuidado e habilidades relacionadas, face à observação do trabalho que lhe é prestado pela enfermeira ou através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas. Assim como Santos (1991), ao referir-se à definição de enfermagem dada por Orem, ela escreve que as ações de autocuidado podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da enfermeira ou pela enfermeira, quando a pessoa tem limitações.

Nas publicações da OMS é freqüente o enfoque dado aos profissionais de saúde como instrutores e estimuladores do autocuidado na comunidade, na qualidade de representantes do sistema formal.

Ainda na fala seguinte pode-se observar a importância dada pelos profissionais na educação pelos hábitos saudáveis:

*“Eu estímulo ações de autocuidado basicamente por causa da prevenção. O paciente que se autocuida vai se internar menos pela prevenção de complicações e aquisição de hábitos saudáveis ... Me estimula ver a diminuição de internações de pacientes que são orientados para o autocuidado ... Eu vejo que eles têm uma sobrevida melhor, internam-se menos .... eu acho que o autocuidado é básico para manter qualquer cuidado ou tratamento”.*

*Rosa*

A ênfase dada pela OMS encaminha-se para a promoção da saúde e prevenção de doenças em função do ideal perseguido de “Saúde para Todos no Ano 2.000” por meio da educação como estratégia motivadora, facilitadora e mobilizadora dos conhecimentos e habilidades latentes básicas, as quais as pessoas possuem, incluindo a sabedoria própria da cultura de cuidado de saúde. Pelo menos três dos respondentes inclusos na classe da temática da orientação/educação enfatizam esta visão do ensino do autocuidado como uma forma de dar atenção primária de saúde.

*“Valorizo muito a prevenção em saúde, porque à medida que o cliente for orientado a promover o seu próprio cuidado, ele tem condições razoáveis de estar prevenindo a doença e outras disfunções”.*

*Três-Marias*

*“Eu penso em autocuidado, eu penso em orientação dos pacientes, é um trabalho para que haja prevenção da doença ...”*

*Lírio*

*“Autocuidado leva a prevenir doenças, cuidar da higiene .... o enfermeiro faz tudo para dar conforto ao paciente, assistência necessária para saúde dele, ... o enfermeiro sempre orienta o paciente a fazer o seu próprio cuidado ...”*

*Clivia*

Na Categoria 1.4 - “Orientação/educação do autocuidado, em que a mãe é educadora de autocuidado da família”, constata-se, nas falas das enfermeiras, a importância do papel da mulher, mãe, na educação do autocuidado para a saúde no âmbito familiar. Esta idéia emergiu em algumas falas, como:

*"... ensinar para as mães hábitos de higiene e cuidados preventivos com a saúde da criança... melhoraria a saúde delas, o que significa a redução do número de hospitalização das crianças. As crianças adoecem ou internam nos hospitais, por falta de ensinamentos sobre cuidados com a saúde".*

*Alamanda*

*"Essa fome que as mães têm de saber, de querer fazer as coisas, isso estimula bastante o enfermeiro a educar para o autocuidado. E por trabalhar com pessoas carentes de informações, clientes precisando mais informações para melhor cuidarem de sua saúde e da de seus filhos".*

*Lavanda*

*"A longo prazo a educação para saúde é a melhor coisa para a população. A mulher, além destes conhecimentos para ela, ela vai passar isso para toda família ... temos que valorizar a mulher, porque ela é a grande condicionadora da saúde de toda a família".*

*Cravo*

Os depoimentos destas entrevistadas evidenciam a mulher como multiplicadora da educação do autocuidado da saúde entre os membros de sua família. A construção desta idéia pode ser verificada nos escritos das enfermeiras chilenas que se baseiam em trabalhos de grupos participativos dirigidos a pais "grávidos" ou a pais de filhos pequenos, para o aprendizado do autocuidado. De outro modo, Santos (1991), em sua dissertação de mestrado, ao trabalhar com mulheres na prática do aleitamento materno, aplicando conceito de autocuidado, concluiu que o seu trabalho proporcionou vislumbrar a mulher, na prática do aleitamento materno, um cuidar de si mais holístico, promovendo o

seu crescimento como ser humano, e fazendo-a descobrir a si mesma e suas potencialidades.

O investimento na educação para o autocuidado, de alguma forma, vem sendo apontado nos programas de saúde do Brasil. O Ministério da Saúde criou programas de educação para a saúde da mulher, fazendo desta mulher um agente de cuidado, como comentam D'Oliveira e Senna (1996). Referem os autores que um dos objetivos dos serviços públicos de saúde, até a década de 60, pautava sobre a educação das mulheres para o cuidado com os filhos. Porém, nos dias atuais, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) inclui um modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais de saúde feminina. Tal programa avança, não só enfocando a mulher como educadora da família, mas de uma educação à mulher voltada aos cuidados da especificidade de saúde feminina.

**Na Categoria 1.5 - "A orientação/educação do autocuidado produz mudanças de comportamento"** - este aspecto pode ser visto na fala do seguinte respondente:

*"Eu acredito na questão da autonomia do cliente, sem dispensar as informações e orientações do profissional de saúde ... o ensino e a educação geram mudanças de comportamento nas pessoas ... e refletem na melhoria da qualidade de vida".*

*Maracujá*

Esta idéia vem do encontro com o escrito de Campos (1994b), no Editorial da Revista EPAS, onde enfatiza a responsabilidade das enfermeiras de influírem na mudança dos estilos de vida e saúde para diminuir os riscos de doenças, morte e outras disfunções. Para que haja preservação da saúde, há que se ter, primeiramente, mudança nas condutas desfavoráveis de saúde e estímulo

às favoráveis. E propõe que pais de família são fontes para essa educação de condutas exercidas pelos mesmos e convividos entre filhos, no contexto familiar.

Concluindo: a temática levantada do autocuidado como uma estratégia de orientação/educação para a saúde, baseada nos depoimentos do maior grupo de respondentes, faz-me inferir que as enfermeiras de nosso meio vêm incorporando, no pensar e na prática profissional, a educação como um componente da prática de saúde.

**Tema II - “Autocuidado como um comportamento de autoproteção e heteroproteção contra agentes patogênicos biológicos”.** Esta alusão como um tema emergente me veio à mente após leituras e releituras dos entendimentos acerca de autocuidado explicitados por trinta e quatro enfermeiras. Dentre estas, oito falas fizeram-me agrupá-las por carregarem conotação comum e definir pela temática mencionada acima, por me parecer mais cabível. Seguem, então, as falas:

*“Autocuidado é o cuidado que tu fores aplicar ao paciente, tu procuras, além de proteger a ele, te proteger a ti mesmo. O autocuidado é exatamente para isso, proteger-se. Tu estás lidando com o paciente, ele pode ter o que ninguém sabe. AIDS ... o que me leva a ter esse tipo de proteção. Porque sei dos riscos que a gente corre atuando pela enfermagem, em eu contrair alguma doença, eu vou ter prejuízos para mim mesma, para o meu próprio organismo”.*

*9pê*

*“Autocuidado é cuidar de si, sem prejudicar os outros. Eu trabalho muito com pessoas humildes e tem muitas delas contaminadas com AIDS. Elas não se cuidam e a gente nunca sabe quem está contaminada ... Portanto a*

*enfermeira deve se proteger das doenças e prevenir (advertir) seus clientes de doenças como a AIDS ...*

*"Corticeira"*

*"O advento da AIDS e outras doenças contagiosas fazem com que o enfermeiro se preocupe mais com as infecções cruzadas. Por conseguinte, autocuidado são todas as ações, todas as medidas que nós tomaríamos para nos preservar, para exercer nossa profissão, diante das normas e técnicas científicas. Preservando-nos, assim, ao máximo possível e preservando o paciente, ensinando também o paciente a se autopreservar".*

*Glicília*

*"Eu entendo autocuidado como sendo medidas e maneiras que como uma pessoa se cuida: modos de vida, que a pessoa utiliza para se autoproteger ... é fundamental ter uma boa alimentação, ter uma boa convivência entre a família, lazer, fazer todos os anos exames de prevenção de câncer ... Isto porque o ser humano (paciente e enfermeiro) tem que ter amor próprio, razão porque deve se proteger contra as ameaças da AIDS. Todos são responsáveis pela disseminação da contaminação".*

*Tulipa*

*"Eu acho que autocuidado é a proteção da equipe toda em não adquirir doenças no seu local de trabalho, bem como ter na Unidade de Emergência tudo em perfeitas condições de uso e bem esterilizado para o paciente. Assim como, autocuidado é uma maneira de a gente se proteger, de se preservar contra várias doenças e acidentes".*

*Margarida*

*"Autocuidado é a nossa proteção no trabalho, se proteger quando lidar com o paciente. Cuidado que você deve ter ao*

*lidar com pacientes, aparelhos, medicações, quando se trabalha em ambiente hospitalar. É o cuidado para a proteção contra todas as agressões das mais simples às mais sérias, como contaminação de microorganismos dos pacientes”.*

*Adália*

*“Autocuidado para mim, não é só estar se prevenindo, em relação à doença do paciente, ... como também tu estares na rua com a tua roupa branca ... entrar no hospital e ir tratar direto com o paciente ... assim como a minha proteção, em não levar contaminação para casa, ... também a minha prevenção contra doenças contagiosas”.*

*Cravina*

*“Autocuidado é tu protegeres a ti ... é não ser machucado pelo paciente ... é proteger o paciente. Assim como proteger o profissional da enfermagem contra as contaminações advindas do cliente e proteger o cliente contra danos físicos que ele mesmo possa se causar, no caso o paciente psiquiátrico”.*

*Lobélia*

Face às falas apresentadas dessas enfermeiras, percebe-se que a significação do autocuidado, nesta temática, pode ser agrupado em duas categorias, as quais nomeiei de: 2.1 “Autoproteção contra acidentes e/ou doenças no trabalho”; 2.2 “Proteção contra infecção cruzada e contaminações”.

Na categoria 2.1 “Autoproteção contra acidentes e/ou doenças no trabalho”, nas falas apresentadas desses enfermeiros, percebe-se que a significação do autocuidado se centrou no comportamento de proteção de si, enquanto profissional, como também de outros membros da equipe de saúde e dos próprios pacientes, contra as doenças infecciosas transmissíveis, com

menção explícita da AIDS na maioria das vezes. Doença essa, da atualidade, noticiada mais pela mídia do que por veículo técnico-científico de orientação séria e acessível, fazendo-me parecer nas falas, uma preocupação quanto à segurança à pessoa da enfermeira no ambiente de trabalho. Tal impressão se concretiza mais especificamente na fala de “Adália”, a qual refere somente à autoproteção da enfermeira.

**Categoria 2.2 “Proteção contra infecção cruzada e contaminações”.** Já estas representantes apresentaram falas mais abrangentes quanto ao autocuidado como comportamento de auto e heteroproteção, contra infecção cruzada e contaminações, naturalmente no ambiente de trabalho, o hospital, e sua extensão, que é o domicílio das enfermeiras e outros trabalhadores da saúde, conforme aparece nas falas.

Essas enfermeiras referiram nunca ter estudado teorias de autocuidado, assim a relação feita entre o autocuidado e a proteção contra contaminações parece ter influências em seu pensar, além da propalada e atual estatística crescente de AIDS e de infecções hospitalares, somando a esta estatística de doenças infecto-contagiosas, devido a vir sendo sedimentado ao longo dos anos um ensino rígido no início da graduação em nossas Escolas de Enfermagem, com expressões fortes, por parte de docentes e outros profissionais de saúde, no cuidado contra contaminações, uso de adornos pessoais, cabelos presos, entre outros. Esse assunto era tratado com severidade, principalmente pelos docentes; caso não fosse observado pelo aluno com rigidez, constituía falha grave. Deve-se manter a observância destes itens, pois são relativos aos princípios de assepsia médica e cirúrgica utilizados nas técnicas de enfermagem. Cumpre assinalar que as técnicas de assepsias devem ser mantidas em toda atividade profissional, mas a manutenção da rigidez das mesmas não deve interferir no autocuidado. Tal colocação parte da minha experiência pessoal, e também

confirmada por um estudo recente de Lunardi (1994), quando pesquisou a formação disciplinar das enfermeiras nas escolas de enfermagem localizadas na mesma região do presente estudo. A autora enfoca, nesta pesquisa, o caráter disciplinar rígido do ensinamento, inquestionável, de condutas pessoais, procedimentos e técnicas de assepsia sob a alegação de promoção de ambiente terapêutico e de proteção de toda população envolvida. E continua, expondo que táticas disciplinares dessa natureza não garantem a aprendizagem e sua aplicação em vida profissional futura. Da parte deste estudo, atentando para as falas, parece ter acontecido o contrário, porém com conotação de disciplinação minuciosa, repetitiva, com pouco indício de reelaborações.

Em síntese, observa-se nesta temática levantada, representando as falas das enfermeiras aqui enquadradas, uma demonstração de visão limitada quanto à aplicação do conceito de autocuidado na enfermagem. Contudo, é interessante ressaltar o caráter da aplicação do conceito na prática da segurança no trabalho por parte dos trabalhadores de saúde, vislumbrando a inclusão desse elemento componente do conceito no processo de refinamento e clarificação do autocuidado na prática, ensino e pesquisa da enfermagem em nosso meio.

### **Tema III - “Autocuidado como comportamento de controle pessoal”.**

Esta menção emergiu face ao entendimento sobre o conceito de autocuidado de sete enfermeiras, cujo significado permeia comportamentos de indivíduos desempenhando ações tanto do fazer quanto do decidir, com conotação de controle pessoal. Ao imergir na leitura dos dados brutos, saltaram-me, entre as falas, três agrupamentos de idéias diferenciadoras que as nomeiei em categorias conforme identificas, ou seja: 3.1 - comportamento mantenedor da independência pessoal; 3.2 - exercício da autonomia pessoal; 3.3 - comportamento promotor de restabelecimento da saúde.

**Categoria 3.1 - “Comportamento mantenedor da independência pessoal”.** As falas que me fizeram definir por esta categoria continham a idéia central que permeava na demonstração do comportamento de autocuidado com vistas à independência pessoal. Assim, notem-se nas falas seguintes:

*“Autocuidado é tudo aquilo que tu podes fazer para ti mesmo, .... que vai reverter em benefício próprio. O paciente deve ser independente, apesar de qualquer situação que ele tenha, é ele responder pelo seu próprio corpo e pela sua mente”.*

*Antônio*

*“Autocuidado está ligado à independência da pessoa, dentro das suas necessidades. Ela ser capaz de perceber as suas necessidades e desenvolver os seus cuidados ... Os tetraplégicos são capazes de fazer o autocuidado, quando eles estão orientados e podem pedir auxílio para outra pessoa prestar o cuidado”.*

*Girassol*

*“Autocuidado é quando a pessoa se cuida, participa, não é dependente, toma conta de si mesma, como se estivesse em casa; ele mesmo pode fazer a higiene, controlar a urina dele, desde que esteja orientado”.*

*Copo de Leite*

Como se observa, evidenciam-se atos de autocuidado em que o indivíduo necessita da capacidade de fazer e/ou se decidir a solicitar que alguém o faça temporariamente, enquanto ele estiver impossibilitado de fazê-lo. Este poder pessoal, de decidir realizar ou solicitar o seu próprio cuidado, está na capacidade do indivíduo de praticar ações ou medidas que o beneficiem na vida cotidiana na manutenção da independência possível.

Embora a maioria das entrevistadas tenha respondido não ter estudado ou lido sobre as teorias de autocuidado e menos ainda de Orem, estas falas apontam para alguns aspectos do componente do modelo de Orem, quando elas afirmam sobre o “poder que o indivíduo tem em engajar-se no autocuidado”. Isto faz ressonância com Orem (1991, p.117), como nesta passagem: “o autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”, ... “o indivíduo, ao se cuidar com iniciativa própria e intencionalmente, as ações que emprega visam manter sua saúde e o seu desenvolvimento natural da vida”.

Neves (1987), enfermeira brasileira que pesquisou a aplicação do conceito de autocuidado de Orem em nosso meio, tem explicitado em seus escritos que o autocuidado à saúde é um comportamento que implica o papel ativo do cliente em tomar decisões e o enfermeiro entra nesse processo como um mediador.

**Categoria 3.2 - “Exercício da autonomia pessoal”.** As falas aqui agrupadas conduzem à idéia de que o autocuidado é um comportamento do indivíduo que faz parte do exercício da autonomia, entendendo autonomia como prática pessoal, consciente e deliberada na condução da vida, inserida num contexto social. Seguem as falas:

*“São cuidados que as pessoas prestam a si mesmas, assim como também cuidados prestados por outras pessoas temporariamente. Todas as pessoas são sujeitos participativos, ... cidadãos ... não devem ser vistos como um agente de consumo. Ele é um sujeito, um ator da história. É para o cliente poder ter uma participação de maneira mais democrática na assistência”.*

*Jasmim*

*“Autocuidado é aquele cuidado que a pessoa mesma pode se dar, prestar a si mesma, então é um cuidar em tudo ... no dia a dia, nas questões da alimentação, do vestuário ... do exercício físico ... dos hábitos saudáveis .... enfim, para a pessoa ser autônoma, capaz para conduzir sua vida, resolver seus problemas ... Pessoas que não deambulam ou tem qualquer outro impedimento físico, mas, se tem consciência de si e capacidade de decisão mantêm-se autônomas como gente e não deixam de buscar o cuidado de si, conforme suas necessidades”.*

*Boca de Leão*

A autonomia dos indivíduos e a relação feita com o autocuidado como idéia central, apontadas por essas duas enfermeiras em suas falas, vêm coincidir, em parte, com os preceitos veiculados pela OMS (1983) de o autocuidado à saúde ser não somente um serviço de direito de qualquer cidadão, quanto de dever individual e coletivo de pessoas na participação ativa, responsável e autônoma, no desenvolvimento e cuidado de suas vidas na sociedade, tendo o suporte básico das políticas e programas sociais e de saúde.

As falas também permeiam indicativos da relação de autonomia pelo autocuidado e a busca pelos direitos à saúde, num processo de exercício da cidadania, temática esta que vem sendo discutida e incorporada cada vez mais nas práticas de saúde.

Na categoria 3.3 - **“Comportamento promotor de restabelecimento da saúde”**, incluem-se falas nas quais o comportamento de autocuidado está ligado à vontade própria do indivíduo de se ajudar, acima de qualquer impedimento, como pode-se observar:

*“Autocuidado seria tudo que o paciente pode fazer em benefício próprio para ajudar na cura da doença, no*

*restabelecimento da pessoa. Autocuidado está ligado a vontade própria”.*

*Amor Perfeito*

*“Autocuidado seriam atos de uma continuidade do tratamento, iniciado numa instituição hospitalar, clínica ou ambulatório, feitos pelo próprio paciente. Promover a recuperação pelo próprio paciente, quando o enfermeiro o faz sentir-se importante no tratamento e ver que já não está mais tão doente e que muitas coisas ele pode fazer por si para seu restabelecimento”.*

*Hortênsia*

A posição destas enfermeiras tem apoio em alguns requisitos de autocuidado de Orem, resumidos em conhecimentos, atitudes e habilidades, os quais capacitam o indivíduo a engajar-se no autocuidado, conforme releitura de Cavanagh (1993). Dentre estes destaca-se como: o uso controlado de energia física disponível para a iniciação e continuação de ações de autocuidado; a motivação, isto é, orientação dos objetivos para o autocuidado de acordo com suas características de vida, condições de saúde; a habilidade para tomar decisões a respeito do cuidado de si próprio e operacionalização dessas decisões.

Sumarizando o que foi dito no conjunto pelas respondentes arroladas nesta temática - “autocuidado como comportamento de controle pessoal”, este se assemelha às idéias de Castellanos (1989), que afirma, ao refletir sobre o modelo de Orem, o seguinte: “o próprio indivíduo é quem determina e decide pelo seu cuidado, buscando assim a diminuição de sua dependência na relação profissional-paciente”. Os direitos e as responsabilidades inerentes ao indivíduo são reais e merecem ser respeitados, evitando ser violados ou assumidos por outrem sem o devido contrato entre o cliente e a enfermeira.

O Tema IV - “Autocuidado como atos físicos/funcionais realizáveis pela própria pessoa”. Nesta temática agruparam-se as idéias de autocuidado como um comportamento de fazer o cuidado, ou seja, os indivíduos aprendem a desenvolver atividades de autocuidado para sua independência do cuidado de outrem, sobretudo dos profissionais. Seguem cinco das falas de enfermeiras que se enquadraram na temática acima.:

*“Autocuidado significa o envolvimento do cliente juntamente com outras pessoas próximas, para desenvolver cuidados em seu benefício .. Inclui no preparo do indivíduo que passou pelo processo de hospitalização e continuar sua vida lá fora, com menos dependência possível dos outros e dos serviços de enfermagem”.*

*Sino de Natal*

*“Autocuidado é o que o enfermeiro começa a fazer pelo doente, até que o mesmo possa fazer por ele próprio. O que leva o enfermeiro a estimular para as ações de autocuidado é o resultado que se observa depois com o paciente. Ele começa não tendo vontade de nada, aos poucos conversando e mostrando, o paciente passa a fazer alguns de seus cuidados e convencer-se da importância disso para a independência no cuidado da sua própria saúde”.*

*Begônia*

*“Autocuidado significa atos de prevenção ... de poder evitar mais tarde uma doença e necessidade de atendimento. Por exemplo, o autocuidado do diabético leva a uma prevenção de ter problemas mais tarde, de feridas nos pés e de até amputação da perna ...”.*

*Palma*

*“Autocuidado é .... as pessoas devem cuidar-se a si próprias, englobando todos os aspectos de cuidar de sua*

*saúde física, social e espiritual, assim não depender tanto dos outros. Se a pessoa estiver participando do seu cuidado, ela vai conseguir, devagar, se cuidar sozinha e não necessitar depois de outro profissional de saúde ...".*

*Gladiola*

*"Autocuidado na enfermagem significa a enfermeira estar procurando saber das necessidades do paciente, e ensinar e até mesmo auxiliá-lo no que ele não puder fazer, como: na higienização, controle de sinais vitais, e outros cuidados ... e encaminhá-lo para não depender tanto dos outros".*

*Papoula*

Atentando para as falas expostas, percebe-se um indicativo de uma idéia centrada na busca por fazer o cuidado ou aprender a fazer o cuidado, dirigida a tornar a pessoa independente da assistência de outrem.

Os respondentes deste estudo não mencionam a aplicação à vida acadêmica ou profissional da definição de enfermagem de Horta, a qual inclui a expressão "ensino do autocuidado". Assim como quando ela conceitua: "Assistir em Enfermagem" "é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando impossibilitado de se autocuidar" (Horta, 1979). Contudo fazem transparecer em suas falas indícios fortes de influências dos escritos e ensinamentos de enfermagem de Horta. Tal inferência advém, sem grande risco de equívoco, da já tão sabida tendência do nosso ensino de enfermagem, baseado em Horta, nas últimas duas décadas.

Os quatro temas destacados emergidos das falas das enfermeiras podem representar, em conclusão, alguns elementos componentes do conceito de autocuidado aplicado à prática da enfermagem. Desses quatro temas, um deles (o segundo) se sobressai dos demais pelo caráter peculiar denotando reflexo de prática diária atual preocupante das enfermeiras, as quais, como respondentes desse estudo, apropriaram-se do conceito de autocuidado para explicar a sua

conduta de proteção contra contaminação, sobretudo da AIDS no ambiente de trabalho. Tal emergência temática vislumbra um componente novo, atual a ser clarificado e incorporado ao entendimento do conceito para a sua aplicação prática.

Face a esses achados, ainda muito incipientes, é mister dar continuidade ao presente estudo, dando o caráter de desenvolvimento ou mais especificamente, de derivação e clarificação do conceito de autocuidado, já desenvolvido em outros meios, sobretudo pela enfermagem norte americana, fazendo uma aproximação à enfermagem brasileira. Neste sentido, os ensinamentos contidos no livro “Concept Development in Nursing” de Rodgers e Knafl (1993) são muito úteis. Principalmente nos capítulos de Lackey e de Schwartz-Barcott, dão úteis metodologias do processo de clarificação dos conceitos, da definição à operacionalização, principalmente pela busca de dados por meio de pesquisa de campo, possibilitando resultados que integrem a realidade contextual da enfermagem onde se pretende aplicar o conceito de modo operativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Julgar encerrada ou concluída uma discussão como a que tentei produzir neste estudo, a meu ver, poderia descaracterizar o caráter dinâmico do processo de formação de idéias no desenvolvimento ou clarificação de um conceito. Penso que a elaboração teórica, tão somente iniciada neste trabalho, revelou-me a necessidade de empreender mais esforços e continuidade no sentido da explicitação das significações do conceito de autocuidado na enfermagem brasileira atual.

O presente estudo, de tipo exploratório-descritivo, teve como objetivo central conhecer os entendimentos ou os significados que as enfermeiras tem acerca do conceito de autocuidado. Pelo caráter provisório e inicial dos resultados chegados, não comporta uma conclusão, porém, entendo que, como exigência acadêmica, algumas considerações devam ser explicitadas. Assim, os resultados chegados do processo de análise inicial dos conteúdos das falas das enfermeiras representam temáticas que melhor pareceram agregar os significados dados sobre o autocuidado na enfermagem. São eles:

- a) o autocuidado como estratégia de orientação/educação para saúde;
- b) o autocuidado como um comportamento de autoproteção e heteroproteção contra agentes patogênicos biológicos;
- c) o autocuidado como comportamento do controle pessoal;
- d) o autocuidado como atos físicos/funcionais realizáveis pela própria pessoa.

Tais emergências temáticas são passíveis de serem repensadas, face o caráter inicial de exploração e clarificação do conceito.

Esses agrupamentos emergiram dos dados empíricos deste estudo, podendo representar alguns elementos componentes do conceito de autocuidado aplicado a prática de enfermagem em nosso meio. A uma inicial análise desses resultados, comparando com o referencial teórico existente e veiculado na literatura, sobretudo, estrangeira, porém nacional também, verifica-se que há semelhanças em alguns componentes e em outros, um reflexo de vivência prática peculiar das enfermeiras respondentes. Tais achados, por serem iniciais, têm implicações perspectivas de estudos futuros de continuação do processo de clarificação do conceito de autocuidado até a um estado operacionalizável à prática da enfermagem brasileira atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, Angela M. **Identificação das exigências de auto-cuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las.** Florianópolis : UFSC, 1990. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- CAMPOS, S.M. Cecília. La familia como agente de autocuidado de la salud. **Educación para el autocuidado en salud - EPAS**, Santiago (Chile), v. 11, n. 1, p.9-11, jul. 1994.
- \_\_\_\_\_. Cecília. Editorial. **Educación para el autocuidado en salud - EPAS**, Santiago (Chile), v. 11, n. 1, p.3, jul. 1994.
- CANTWELL, Marisol et al. Aplicacion del modelo de educación para el autocuidado de la salud ( EPAS) en la atención del servicio de pediatría CEDIUC. **Educación para el autocuidado em Salud - EPAS**, Santiago (Chile) v. 6, n. 4, p.18-24, jul. 1989.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência : resgatando Florence Nightingale.** Goiânia : AB, 1997.
- CASTELLANOS, Brigitta E.P. A teoria do autocuidado de Dorothea Orem. In: CAMPEDELLI, M.C. **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo : Ática, 1989. P.43-56.
- CAVANAGH, Stephen J. **Modelo de Orem : aplicación práctica.** Barcelona : Ediciones Cientificas y Tecnicas, 1993. 167p.
- CHANG, Betty L. Evaluations of health care professionals in facilitating self-care: review of the literature and a conceptual model. **Advances in Nursing Science**, v. 3, n. 1, p.48-58, oct. 1980.
- CHIRINOS, Narda Estela C. **Modelo conceitual e operacional de educação para o auto-cuidado de indivíduos colostomizados.** Florianópolis : UFSC, 1988. 136p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida.** Tradução por Maria Leonor Braga Abecosis. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989. Título original em francês : Promouvoir la vie. 385p.

- CHILE. MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Recursos Humanos. **Capacitación funcionária al servicio del desarrollo del recurso humano y logro de objetivos em salud Chile**, 1987. Serie de Divulgación Bibliográfica para profesionales del S.N.S.S.
- CHOMPRÉ, Rosani Rosângela. Autocuidado : necessidade ou responsabilidade? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.7, n.1/2, p.153-161, abr/out. 1994.
- COPPARD, Larry C. La autoatención de la salud y los ancianos. In : OPAS. **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington, 1985. (Publicacion Científica; 492).
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia L., SENNA, Dulce Maria. Saúde da mulher. In : SCHRAIDER, Lilia B., NEMES, Maria Inês B., GONÇALVES-MENDES, Ricardo. **Saúde do adulto : programas e ações**. São Paulo : HUCITEC, 1996. p.86-108. (Saúde em Debate: Série Didática).
- DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.19-26. jan./mar. 1994.
- FOSTER, Peggy C. JANSSENS, Nancy P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem : os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 338p. p.90-107.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade, 3 : o cuidado de si**. Tradução por Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro : Graal, 1985. Título original em francês: Histoire de la sexualité 3 : le souci de soi.
- FURUKAWA, Chigokoy; HOWE, Joan K. Virginia Henderson. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem : os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p. p.64-89.
- GALPERIM, Mara Regina de Oliveira. Percepção de clientes e membros da equipe de enfermagem, de uma unidade de autocuidado, acerca de liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.9, n.1, p.47-57, jan. 1988.
- GARCIA, J. C. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In : NUNES, Everaldo Duarte, (org.). **Juan Cesar Garcia : pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. 238p. p.68-98. (Coleção Pensamento Social e Saúde; 5).
- GEORGE, Julia B. (Colab.). **Teorias de enfermagem : os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 338p.

- HARTWEG, Donna L. Dorothea Orem: self-care deficit theory. In : Mc QUINSTON, Chris Metzger, WEBB, Adele A. **Foundations of nursing theory : contribution to 12 key theorists.** Thousand Oaks : Sage Publications, 1995. p.141-200.
- HOGA, Luiza A.K. A influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.27. n.1, p.73-85, abr. 1993.
- HOGA, Luiza A. K. **A mercê do cotidiano na anticoncepção: mulher seguindo o seu caminho.** São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 1995, p.1-4
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem.** São Paulo : EPU-EDUSP, 1979. 99 p.
- LACKEY, Nancy R. Concept clarification: using the Morris Method in clinical research. In: RODGERS, B.L. and KNAFL, K. A. **Concept development in Nursing.** Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1993. p.159-173
- LARRAIN, Ana Isabel. La teoria de D. Orem aplicada en un Hogar Pediátrico. **Revista Educación para el autocuidado en salud-EPAS**, Santiago, v.9, n.4, p.10-12, jul. 1992.
- LEVIN, Lawell S. Patient education and self-care : how do they differ? **Nursing Outlook**, v.26, n.3, p.170-175, mar. 1978.
- LIMA, Ângela Maia M. et al. Saúde no envelhecimento. In : SCHRAIDER, Lilia B., NEMES, Maria Inês B., GONÇALVES-MENDES, Ricardo. **Saúde do adulto : programas e ações.** São Paulo : HUCITEC, 1996. p.109-108. (Saúde em Debate: Série Didática).
- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. **Pesquisa em educação : abordagem qualitativa.** São Paulo : EPU, 1986. 98p.
- LUNARDI, Valéria L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des) construção do sujeito enfermeiro.** Porto Alegre: UFRGS, 1994. 270p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- MAIA, Ana Rosete Camargo R. **Competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado à saúde.** Florianópolis : UFSC, 1991. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Tradução por Cristina Carvalho Boselli. Rio de Janeiro : Record, 1971. 97p. Título original em inglês : On caring.

- MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1993. 269p.
- MISRACHI, Clara. Promoción de la salud a partir de la escuela : fundamentos y potencialidades. **Educación para el autocuidado en Salud - EPAS**, Santiago (Chile), v.7, n.1, p.12-15, enero 1990.
- NEVES, Eloita Pereira. Reflexões acerca dos conceitos auto-cuidado e competência/poder para o auto-cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem de USP**, São Paulo, v.21, n.3 , p.235 -241, dez. 1987.
- \_\_\_\_\_. **The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regarding health tathe health self-care behaviors**. Washington, DC : University Catholic of America, 1980. 198p. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Catholic University of America, 1980.
- NEVES, Eloita Pereira et al. Relação entre a estrutura cognitiva referente à saúde, de indivíduos adultos hospitalizados, e seus comportamentos de auto-cuidado. In : Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3.. **Anais ...** Florianópolis : Editora da UFSC, 1984. p.104-126.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. Tradução por Amália Correa de Carvalho. São Paulo : Cortez, 1989. 174p. Tradução de: Notes on nursing.
- NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem - condições prévias para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.39, n.1, p.34-43, jan./mar. 1986.
- NUNES, Ana Maria Pereira. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação de competência do diabético para o auto-cuidado**. Florianópolis : UFSC, 1982. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1982.
- \_\_\_\_\_. Motivação para o auto cuidado : um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.2, n.1, p.53-66, jan./jun. 1993.
- OLIVEIRA, Andréa Gazzinelli. Aplicação da teoria do autocuidado de Orem em adolescente em diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.12, p.46-51, jan./dez. 1995.
- OREM, Dorothea. **Nursing concepts of practice**. 2 ed. New York : Mc Graw-Hill Book, 1980. 231p.

- \_\_\_\_\_. **Nursing concepts of practice.** 4. ed. St Louis : Mosby year Book, 1991. p.57-340. 385p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria salud.** Ginebra, 1983 (Série de Informes Técnicos).
- \_\_\_\_\_. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos.** Ginebra, 1984. (Série de Informes Técnicos; 706).
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.1, n.1, p.89-106, jan./jul. 1992.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería. Oficina de Promoción de Salud : Autocuidado (PROSA). Proyecto LEAP/Kellogg. **Curso Enfermería para el autocuidado : modulo de estudio auto-dirigido.** 2.ed. Santiago (Chile) : PROSA, 1994. 241p.
- REMOR, A. et al. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.39, n.2/3, p.6-11, abr./set. 1986.
- RODGERS, B. L. and KNAFL, K. A. **Concept development in Nursing.** Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1993.
- RODRIGUES, Rosalina Aparecida. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica : conscientização para o auto-cuidado das idosas que tiveram "Queda".** Ribeirão Preto : USP, 1993. 204p. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.
- SANTOS, Evanguelia Kotzias. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno : uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem.** Florianópolis : UFSC, 1991. 320p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro da Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- SCHWARTZ-BARCOTT, Donna and KIM, Hesook. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In: RODGERS, B. L. and KNAFL, K. A. **Concept development in Nursing.** Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1993. p.107-133.
- SOUZA, Ivis E. **Das condições de aplicabilidade da teoria de autocuidado em enfermagem obstétrica : sondagem junto às puerperas de parto eutócico.** Rio de Janeiro : UFRJ, 1987. 173p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade do Rio de Janeiro, 1987.

- URRUTIA, Mila et al. La Educación en el marco conceptual del autocuidado de la salud. **Educación para el autocuidado en salud, EPAS**, v.6, n.6, n.5, p.8-9, sep.1989.
- VEIGA, Deborah de A., GROSSETTI, Maria da Graça O. **Manual de técnicas de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre : Sagra, 1995. 180p.
- WITT, Regina Rigatto. Gênero e diabetes : implicações para o autocuidado. In: LOPES, Marta Júlia M, MEYER, Dogmar E., WALDOW, Vera Regina (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.150-156.
- WALDOW, Regina, LOPES, Marta Júlia, MEYER, Dogmar Eistermann. **Maneira de cuidar, maneiras de ensinar : a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. 203p.