

PERCEPÇÃO DE CLIENTES E MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, DE UMA UNIDADE DE AUTOCUIDADO, ACERCA DA LIBERDADE DE RAIZ E DE AÇÃO DOS PRIMEIROS E SEUS RESPECTIVOS LOCUS DE CONTROLE*

The perception of patients and members of the nursing staff, in a self-care unit, about their locus of control and the patients freedom of root and action

Mara Regina de Oliveira Galperim (1)

RESUMO

O trabalho em questão é um estudo descritivo correlacional que busca medir a percepção de clientes e membros da equipe de Enfermagem em relação à liberdade de raiz e de ação dos primeiros, bem como a atribuição da causa de inexistência de liberdade de ação dos clientes sob o ponto de vista destes e dos membros da equipe de Enfermagem de uma unidade de autocuidado.

Unitermos: *Autocuidado, sistema de valores, liberdade de ação, locus de controle e dissertação.*

ABSTRACT

This work is a correlational and descriptive study which attempts to measure the perception of patients and members of the nursing staff concerning the patients freedom of root and action, as well as attribute the reason for the inexistence of patients freedom of action, in the point of view of members of the nursing staff of a self-care unit.

Key Words: *Self-care, system of values, freedom of action, locus of control and dissertation.*

1 Introdução

Como decorrência de eventos sociais, econômicos e políticos da atualidade, surge a necessidade de a Enfermagem acompanhar o ritmo da evolução tecnológica e científica, sob pena de tornar-se obsoleta e de descaracterizar-se como ciência. Para que isso ocorra, mister se faz que sejam repensados os papéis do enfermeiro e do cliente com base na realidade atual e sob a luz de modernas concepções teóricas.

Em termos de assistência, HARMER & ANDERSON (1963), BRUNER (1977), DU GAS (1978) e BELAND (1978), apesar de teoricamente apresentarem propostas inovadoras, não conseguem, na prática, desvincular o papel autoritário e controlador da Equipe de Enfermagem, como responsável única pelos fatos relativos ao cliente, que desempenha papel passivo e dependente.

O mesmo fato ocorre com a equipe de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico, segundo análise

feita por Maffat (1981). A relação aí existente é caracterizada por dominadores e dominados onde o cliente, por medo de represália, abdica das decisões relativas a sua pessoa, e o enfermeiro exerce função de policial em lugar de função terapêutica.

Uma mudança nesta situação implica, segundo REICH & ADGOCK (1976), DELA COLETA (1979) e USTAL (1978), uma revisão, pelo enfermeiro, de suas crenças e valores e uma modificação de suas atitudes e comportamentos. Isto se torna mais difícil, na medida em que, segundo DELA COLETA (1979), o meio exerce uma força significativa expressa através de "desejabilidade social".

Também na área do ensino, existe uma centralização nas crenças e valores dos professores que, de uma forma autocrática, impedem que os alunos manifestem e discutam suas crenças e valores e os relacionem em sua atividade profissional.

Como decorrência, os enfermeiros de campo não só não estimulam como cerceiam o cliente de analisar crenças e valores bem como atitudes e comportamentos relativos a sua saúde.

Esta situação se agrava ainda mais pelo fato de o paciente, junto com o problema de saúde, trazer consigo, segundo BRUNNER (1977), ORLANDO

* Resumo de Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pela UFRGS, defendida em 1983.

(1) Professor adjunto junto ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da UFRGS - Disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto I.

(1978), EPSTEIN (1977), sentimentos e emoções normalmente ligados à dependência e à submissão, que se apoiam nas vantagens decorrentes do ganho secundário.

Na realidade o enfermeiro deveria estimular a independência, a participação no processo de tomada de decisão, o que levaria o paciente a assumir responsabilidade sobre sua saúde.

De acordo com NEVES et alii (1981) é a partir da reflexão que cada indivíduo procura assumir ou não uma posição, comprometendo-se com uma transformação resultante de suas aspirações. Esse comprometimento ou não com a posição assumida depende do estágio de desenvolvimento cognitivo do indivíduo, fundamentado em formas e padrões de organização do pensamento.

O objetivo do presente trabalho foi desenvolver um estudo sobre autocuidado, ou, mais especificamente, sobre as fases que antecedem a ação do autocuidado.

É importante ressaltar que trabalhar com autocuidado implica mudanças de valores, atitudes e comportamentos, tanto para o cliente como para a equipe de enfermagem. Estas mudanças são ainda dificultadas pela resistência existente nas instituições de saúde, conforme análises feitas por GUATTARI (1981) e RIBEIRO (1983).

1.1 Problema

O ponto de partida deste estudo foi o relato da experiência prática de SARVER e HOWARD (1982) em uma unidade de autocuidado nos Estados Unidos. A base do referido relato foi a indagação "como levar pacientes hospitalizados a reconhecer que podem executar seu próprio cuidado de saúde e a equipe de Saúde do hospital favorecer a realização desses cuidados"?

Na discussão do problema, as autoras apontaram para a necessidade de clarear, tanto para a equipe como para os clientes, o objetivo do autocuidado e o papel a ser desempenhado para atingir esse objetivo. Elas também referiram a necessidade de eliminar as barreiras físicas, sociais e culturais existentes na instituição e nos indivíduos envolvidos nesse processo.

Com base nesse trabalho, tentou-se identificar, no contexto da realidade brasileira, como os clientes e os membros da equipe de enfermagem valorizam algumas ações de autocuidado, como eles se sentem em relação à liberdade de ação e a que atribuem as dificuldades da equipe e da instituição no tocante a essa liberdade.

Para tal foram levantadas as seguintes questões:

1 — Qual o grau de valorização de alguns comportamentos de autocuidado para os clientes e para os membros da equipe de enfermagem?

2 — Qual o grau de permissão e de estímulo da equipe de enfermagem em relação a alguns comportamentos de autocuidado?

3 — Quais são os impeditivos à manifestação de alguns comportamentos de autocuidado do ponto de vista da equipe e dos clientes?

4 — Quais são as causas atribuídas a estes impeditivos?

Destes questionamentos derivam-se as hipóteses, em número de doze. Foram trabalhadas sete variáveis principais e doze demográficas, que, juntamente com as hipóteses que apresentaram correlação face aos dados, são a seguir especificadas.

1.2 Variáveis

1.2.1 Variáveis Principais

(a) *Locus* de controle dos clientes e dos membros da equipe de enfermagem; (b) liberdade de raiz dos clientes, referentes aos doze comportamentos de autocuidado; (c) liberdade de ação dos clientes, referente aos doze comportamentos de autocuidado; (d) atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes frente aos doze comportamentos de autocuidado; (e) percepção dos membros da equipe de enfermagem da liberdade de raiz dos clientes frente aos doze comportamentos de autocuidado; (f) percepção dos membros da equipe de enfermagem da liberdade de ação dos clientes frente aos doze comportamentos de autocuidado; (g) percepção dos membros da equipe de enfermagem quanto à atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes, frente aos doze comportamentos de autocuidado.

1.2.2 Variáveis Demográficas

(a) sexo; (b) idade; (c) estado civil; (d) grau de instrução; (e) situação econômica; (f) situação no emprego; (g) hospitalizações anteriores; (h) tempo de hospitalização anterior; (i) tempo de hospitalização atual; (j) categoria profissional; (k) turno de trabalho; (l) tempo de trabalho.

1.3 Hipóteses

H1 — Existe correlação positiva entre liberdade de raiz e a liberdade de ação dos clientes.

H2 — Existe correlação positiva entre a liberdade de raiz e a atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes.

H3 — Existe correlação positiva entre a liberdade de ação e a atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes.

H4 — Existe correlação positiva entre a percepção dos membros da equipe de enfermagem em relação

à liberdade de ação e a atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes.

1.4 Definição de Termos das Variáveis

1.4.1 *Locus* de controle dos clientes e dos membros da equipe de enfermagem.

Definição conceitual: DELA COLETA (1979) percebe *Locus* de controle como um constructo que pretende explicar a percepção das pessoas a respeito da fonte de controle dos eventos. Se for própria do sujeito, é interna; caso pertença a algum elemento fora de si próprio, é externa. A percepção interna dá origem ao *Locus* de controle interno e a percepção externa origina o *Locus* de controle externo.

Definição operacional: *Locus* de controle externo é a soma de: *a* em 2, 6, 7, 9, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25 e 29; e de *b* em 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 26 e 28, do inventário de relações sociais de Rotter, adaptado ao Brasil por DELA COLETA (1979).

1.4.2 Liberdade de raiz

Definição conceitual: SILVA, citado por CASTELLANOS (1978) define "liberdade de raiz referindo-se à própria realidade estrutural filosófica do homem. Por que assumo? Por que posso assumir? É a realidade de assumir. Quando escolho algo é porque já escolhi antes; a coisa vale pelo valor que eu dou. É a dimensão da reflexão filosófica da liberdade".

Definição operacional: A liberdade de raiz representa os escores quantitativos obtidos na subescala I, I' itens de 1 a 12 das respostas às perguntas de 1 a 12 dos formulários utilizados na coleta de dados.

1.4.3 Liberdade de ação

Definição conceitual: Segundo SILVA, referenciado por CASTELLANOS (1978), liberdade de ação reside "no comportamento, na direção dada ao comportamento: permite-se a mim que eu faça. É a dimensão social da liberdade".

Definição operacional: A liberdade de ação representa os escores quantitativos obtidos na subescala II e II', itens 1.1; 2.1; 3.1; 4.1; 5.1; 6.1; 7.1; 8.1; 9.1; 10.1; 11.1; 12.1; das respostas de 1 a 12 dos formulários utilizados na coleta de dados.

1.4.4 Atribuição da inexistência de liberdade de ação

Definição conceitual: De acordo com DELA COLETA (1979), para filósofos e psicólogos de diferentes linhas de pensamento, a busca da liberdade e o seu real exercício tem-se constituído em um dos motivos principais da existência do homem. Outros autores, como SKINNER (1971), afirmam que o compor-

tamento do homem é controlado por contingências de reforçamento, com imposições externas. Já HARVEY & SMITH, citado por DELA COLETA (1979) "afirmam que muitos fatores contribuem para que os indivíduos se sintam com maior ou menor liberdade em cada situação, tais como: similaridade das opções, número destas opções, valência das opções, locus de controle do sujeito consequência de sua decisão, custo de seguir cada uma das opções".

Definição operacional: A atribuição da inexistência de liberdade de ação representa os escores quantitativos obtidos na subescala III e III', itens 1.2; 2.2; 3.2; 4.2; 5.2; 6.2; 7.2; 8.2; 9.2; 10.2; 11.2; 12.2; das respostas às perguntas de 1 a 12 dos formulários utilizados na coleta de dados. Quando a opção recai em *c* refere-se à atribuição interna. No momento em que a opção recai em *d*, a atribuição pode ser interna ou externa. Será considerada interna quando enquadrar-se no critério preestabelecido que consiste em atribuir a inexistência de liberdade de ação à vontade e/ou julgamento do sujeito. Se a opção recair em *a* ou *b*, esta será classificada como atribuição externa. Caso a opção recair em *d*, será considerada externa à medida que o impeditivo recair em fatores externos (administrativos, econômicos e interpessoais).

1.4.5 Definição teórica

Comportamento de autocuidado — NUNES (1982), baseada em OREM (1980) conceitua-o como "ações que envolvem cuidado próprio, executadas com finalidade de promoção, manutenção, restauração da saúde e convivência com efeitos e limitações da saúde".

1.5 Suporte Teórico

O referencial teórico para o estudo em pauta abrange basicamente três questões:

1 — As concepções teóricas de OREM (1971, 1980) relativas ao autocuidado;

2 — A liberdade como necessidade humana básica, segundo o ponto de vista de SILVA, citado por CASTELLANOS (1978);

3 — A variável locus de controle, do processo de aprendizagem Social de Juliam Rotter, segundo o enfoque de DELA COLETA (1979).

O autocuidado como proposta alternativa de assistência não é nova, remota às origens da enfermagem moderna e foi sugerida por NIGHTINGALE (s. d.) quando diz: "aquilo que o paciente pode fazer por si mesmo menor ansiedade lhe causará e será melhor para ele ainda que a pessoa encarregada seja eficiente". Nesta abordagem o cliente passa a ter um papel ativo, sendo ele próprio o agente do processo decisório. HENDERSON (1962) e OREM (1971) são as seguidoras desse estilo de abordagem.

A conferência NDCG (1973) consubstancia, após discussão do tema autocuidado, as concepções de OREM (1971), o que possibilita posteriores estudos tais como os de SULLIVAN (1979), BACKSHEIDER (1974), ANNA (1978).

Estas contribuições, ao longo da década de setenta, levam Orem a uma consolidação de sua proposição teórica inicial, culminando com a sua formulação da teoria de autocuidado em 1980. Segundo ela o autocuidado é "Um comportamento auto-iniciado e autodirigido que denota uma função mais ativa que passiva do indivíduo. Entretanto qualquer fator que interfira em seu conhecimento, habilidade de julgamento e decisão pode resultar em falta de capacidade para empenhar-se numa atividade de autocuidado".

A partir daí surgem novos estudos sobre o assunto, destacando-se os de NEVES (1980) e de NUNES (1982).

NEVES (1982), seguindo a linha teórica de OREM (1971-1980) e NDCG (1973, 1979), propôs-se a avaliar o desenvolvimento cognitivo como um dos componentes da competência dos indivíduos para o autocuidado. Para tanto procurou determinar a relação existente entre a estrutura cognitiva de indivíduos hospitalizados e seus comportamentos de autocuidado.

NUNES, trabalhou, dentro do autocuidado, com a competência de pacientes diabéticos para se autocuidarem desenvolvendo um instrumento de avaliação.

Neste trabalho, o competente de autocuidado utilizado foi a ação deliberada que, segundo OREM (1980), possui duas fases distintas: a primeira são as operações que precedem e conduzem as decisões quanto ao que fazer e para que fazer e a segunda são as operações que envolvem a tomada de decisão e as operações complementares a essa decisão. "Os indivíduos deveriam ter alguma compreensão do valor e significado do autocuidado, a fim de formular julgamentos racionais e razoáveis bem como tomar decisões".

O outro elemento embasador deste estudo foi a necessidade básica humana de liberdade, o qual decorre de um processo interno, individual em que é fundamental sentir a possibilidade da escolha aberta. SILVA citado por CASTELLANOS (1978) dividem a liberdade em liberdade de raiz — "a coisa vale pelo valor que eu dou" e liberdade de ação — "permite-se a mim que eu faça".

Como a liberdade está ligada às noções de valor e de comportamento, tornou-se necessário revisar esses conceitos. Além da liberdade em si, o que interessou foi a percepção do exercício dessa liberdade pelo homem.

A última questão desenvolvida no trabalho foi *locus* de controle que, de acordo com DELA COLETA (1979), é "um constructo que pretende explicar a percepção das pessoas a respeito da fonte de controle

dos eventos, se própria do sujeito — interno — ou se pertencente a algum elemento fora — externo".

Para o autor, "o exercício do controle por uma pessoa sobre os eventos do mundo tem sido definido como a habilidade e capacidade da pessoa para efetuar mudanças no meio, no comportamento, atitude, sentimentos, seus e de outros. Refere que o importante ao estudo do comportamento humano não é o real exercício do controle, mas sim a percepção de controle exercido por parte do sujeito e de outros, e esta percepção de controle muitas vezes é distorcida pelo próprio sujeito para atender objetivos de motivação própria".

Convém por último, ressaltar o trabalho de KEARNEY & FLEISCHER (1979) que reuniu as três questões básicas deste estudo. O objetivo dos autores foi avaliar a competência dos indivíduos para o autocuidado. Para tanto, desenvolveram um instrumento denominado *exercise of self — care agency* (ESCA), cujo resultado revelou a existência de quatro componentes determinadores do autocuidado nos indivíduos: a) atitude ativa Versus atitude passiva para responder a certas situações; b) motivação individual; c) conhecimento; d) autovalorização. Destes comportamentos derivam-se os indicadores: motivação para o autocuidado; atitude de responsabilidade por si; aplicação de conhecimentos de autocuidado, determinação de prioridades de saúde e auto-estima, os quais, por sua vez, determinam a competência dos indivíduos para o autocuidado. Os autores do trabalho elaboram hipóteses de que haveria uma correlação positiva entre a escala de Rotter e a ESCA, entre outras. Por fim concluíram que a competência dos indivíduos para o autocuidado está relacionada com autocontrole, segurança, inteligência, responsabilidade e otimismo, mas não com agressividade, competição e dependência.

2. Material e Método

2.1 Local e amostra

Trata-se de um estudo descritivo correlacional, realizado no período compreendido entre 5 a 28 de fevereiro de 1983, num hospital de grande porte da comunidade. O hospital em questão, com capacidade para 1000 leitos e um Staff de 898 pessoas, entre suas unidades de internação uma era destinada ao autocuidado com capacidade para 78 clientes.

A população alvo constitui-se dos usuários e funcionários da unidade em questão e a amostra totalizou 94 clientes e 19 funcionários.

Os critérios para a seleção da amostra foram:

a) clientes:

Consentir em participar da pesquisa; estar hospitalizado na unidade, no período já citado, por mais

de 23 horas para a aplicação do inventário de relações sociais e por mais de 47 horas para a aplicação do formulário sobre percepção acerca do autocuidado; estar numa faixa etária acima de 15 anos; estar auto e alopsiquicamente orientado; comunicar-se em língua portuguesa.

b) equipe de enfermagem:

Consentir de participar de pesquisa; trabalhar em um dos 3 turnos, na unidade em questão, no período de pesquisa.

2.2 Foram utilizados os seguintes instrumentos

a) Inventário de Relações Sociais de Rotter, traduzido e adaptado, ao Brasil, por DELA COLETA (1979).

b) Formulários para entrevista aplicados aos clientes e membros da equipe de enfermagem o que determinou a elaboração de duas escalas, uma para cada grupo de informantes.

O formulário para entrevista, elaborado pela autora, utilizou o conceito de liberdade proposto por ILDEFONSO, conforme CASTELLANOS (1978), e a classificação de necessidades humanas básicas trabalhadas por MOHANA (1964), elegendo-se 5 comportamentos de autocuidado referentes a necessidades psicobiológicas e 7 comportamentos referentes a necessidades psicossocioespirituais, assim especificados: ter objetos de uso pessoal; decidir sobre o horário de dormir e acordar; poder recusar a medicação; escolher tipos de alimentos; conhecer o valor numérico da pressão arterial; poder usar o telefone; poder receber visitas fora do horário; poder ir ao posto de enfermagem para conversar; ter atividades recreativas; ter acesso a todas informações sobre sua saúde, poder limpar e arrumar o seu quarto, banheiro e áreas comuns.

Quanto à organização do formulário, cada comportamento foi desdobrado em três perguntas: a primeira relacionava-se à liberdade de raiz, dando origem à subescala I e II'; a segunda a liberdade de ação, originando a subescala II e II'; a terceira à atribuição da inexistência de liberdade de ação, que deu origem à subescala III e III'.

2.2.1 Validade e Confiabilidade

A validade aparente dos formulários foi determinada por nove profissionais: oito da área de enfermagem e um da área de psicologia que apreciaram o material, propondo sugestões para reformulação. Após esta primeira etapa, o material foi novamente discutido até aprovação definitiva.

A confiabilidade dos formulários foi determinada pelo método de consistência interna a partir do coeficiente alfa e do coeficiente de Pearson, como

fórmulas básicas. A computação dos dados baseou-se no programa Statistical Package for the Social Scientist (SPSS).

A escolha desse método levou à montagem das escalas e das subescalas existentes no trabalho. Para cada subescala, foram determinados os coeficientes alfa e alfa padrão que variaram de 0,42 a 0,65 e 0,45 a 0,70, respectivamente. Em relação ao coeficiente de Pearson, a variação existente foi de 0,22 e 0,72.

Segundo NUNNALLY (1978), o coeficiente alfa, para ser satisfatório, deve estar acima de 0,70 enquanto o coeficiente de Pearson, acima de 0,25. Esse fato revela que, se aumentado o número de itens do formulário, o alfa continuaria baixo. A solução seria reformular o conteúdo de alguns itens o que possibilitaria a elevação do coeficiente alfa e, conseqüentemente, a melhora da consistência interna.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Coleta de dados

Escolhido o local da pesquisa e feito o treinamento com quatro alunos do 6.º semestre, participantes de pesquisa, iniciou-se a coleta de dados. Ficou estabelecido, no treinamento, que o estilo das entrevistas seria centrado no cliente, a fim de que este pudesse expressar suas necessidades, e que paralelamente, esta atividade poderia servir de suporte a clientes e funcionários em algumas situações rotineiras.

A coleta de dados foi, então, realizada pela autora e pelos alunos em questão, a partir dos dados do livro de registro e das informações dos enfermeiros, conforme critérios já citados.

A entrevista foi desdobrada e realizada em dias consecutivos para minimizar a poluição física e psicológica do cliente:

— as entrevistas para o preenchimento dos formulários tiveram uma duração média de 1,30 minutos.

Os clientes mostraram-se satisfeitos em participar da pesquisa e solicitavam freqüentemente que a equipe permanecesse conversando, mesmo após o término da entrevista.

2.3.2 Tratamento dos dados

Foram elaboradas escalas de freqüências absolutas, para computar os pontos obtidos pelos respondentes, e calculadas as médias e desvio padrão dos dados obtidos.

Para examinar a tendência das variáveis, foram elaboradas tabelas de freqüência relativas, conforme o tipo de resposta oferecidas pelos respondentes.

3 Sumário dos Resultados, Análise e Discussão

3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 94 clientes e 19 membros da Equipe de Enfermagem. Serão apresentados a seguir os dados demográficos dos clientes em seus percentuais mais significativos: sexo: (58,5%) homens e (40,4%) mulheres, predominantemente na faixa etária de 43 e 60 anos (36,2%); casados (64,9%); grau de instrução primária (72,3%); classe média baixa (35%) e classe média (40,4%); empregados (80,8%); hospitalizações anteriores (77,6%); sendo que, (37,2%) com hospitalizações de 11 a 15 dias. Em relação a hospitalização atual (68%) hospitalizados de 1 a 5 dias no momento da entrevista.

Quanto aos membros da Equipe de Enfermagem: enfermeiros (36,8%); atendentes (31,6%); sendo que (47,4%) trabalhavam na instituição de 2 a 5 anos e (57,9%) trabalhavam no turno da noite.

3.2 Distribuição dos percentuais obtidos das respostas dadas pelos clientes e membros da Equipe ao 12 comportamentos de autocuidado em relação a:

3.2.1 Liberdade de raiz

Os graus de valorização dos clientes e membros da Equipe em relação aos comportamentos de autocuidado, são representados pela liberdade de raiz, de acordo com a classificação de Castellanos sendo apresentados comparativamente nas figuras I e II.

Figura 1

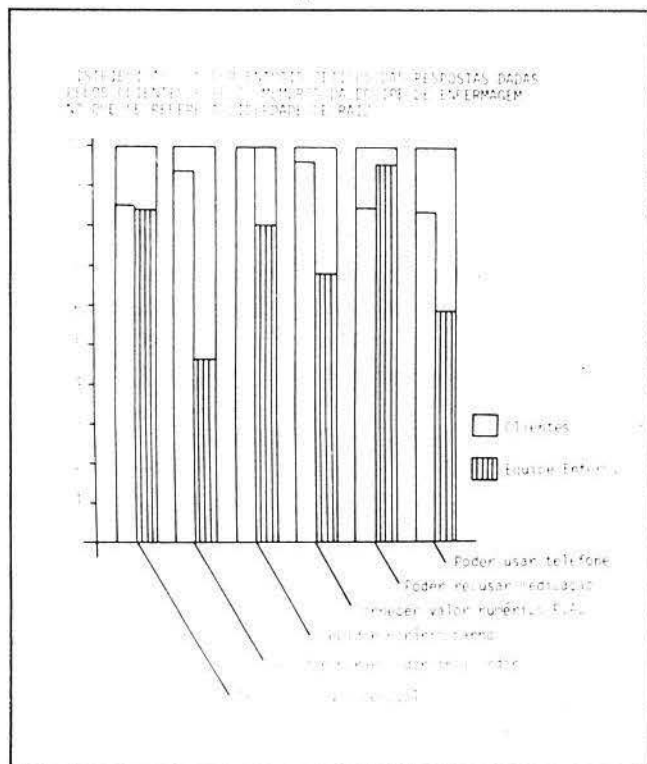
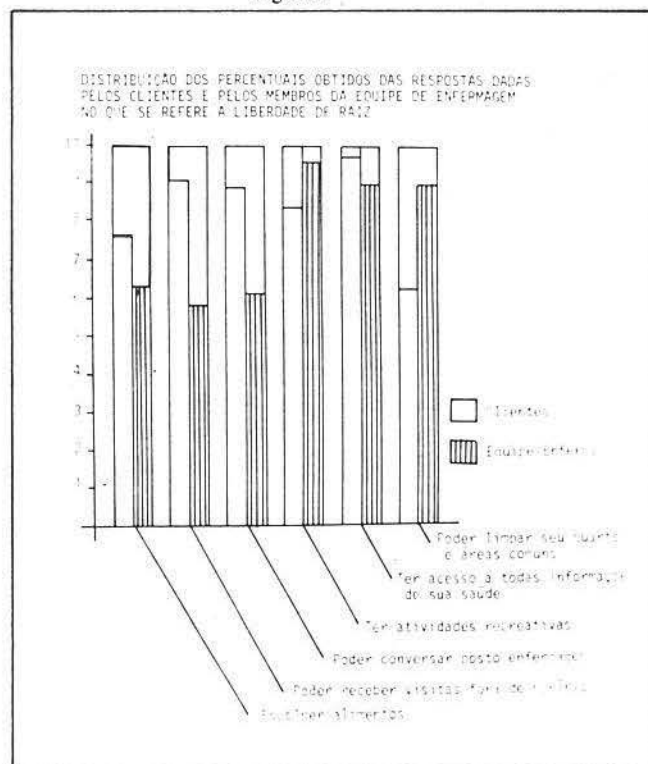


Figura 2



Verifica-se que todos os indivíduos da amostra valorizavam em maior ou menor grau os comportamentos em questão. Sendo que os clientes valorizaram mais os comportamentos do que a equipe de enfermagem.

O fato dos dois grupos terem valorizado a maioria dos comportamentos, mas principalmente a equipe os ter valorizado, pode ter sido influenciado pela desajustabilidade social.

3.2.2 Liberdade de ação

O grau de liberdade sentida pelos clientes e percebida pelos membros da Equipe de Enfermagem em relação aos comportamentos de autocuidado é representado pela liberdade de ação segundo CASTELLANOS sendo apresentados a forma comparativa nas figuras III e IV.

Figura 3

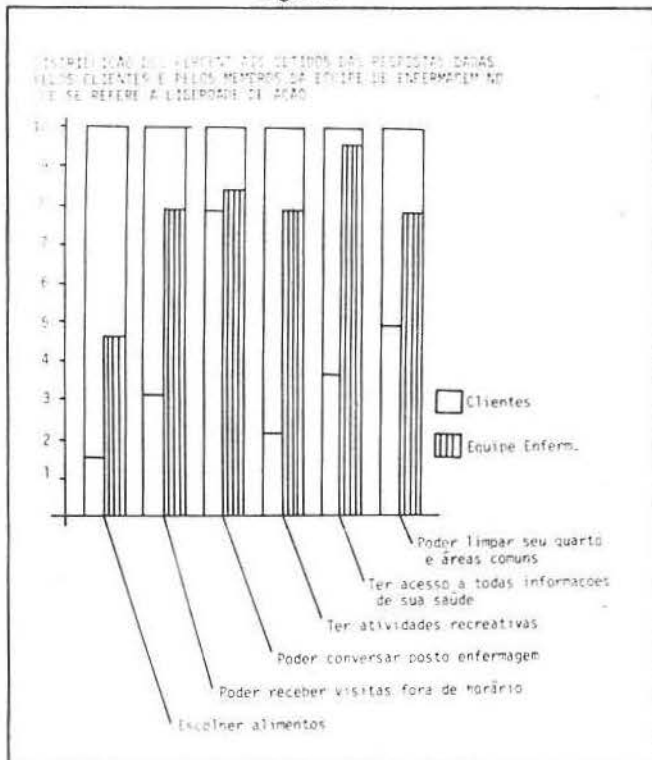
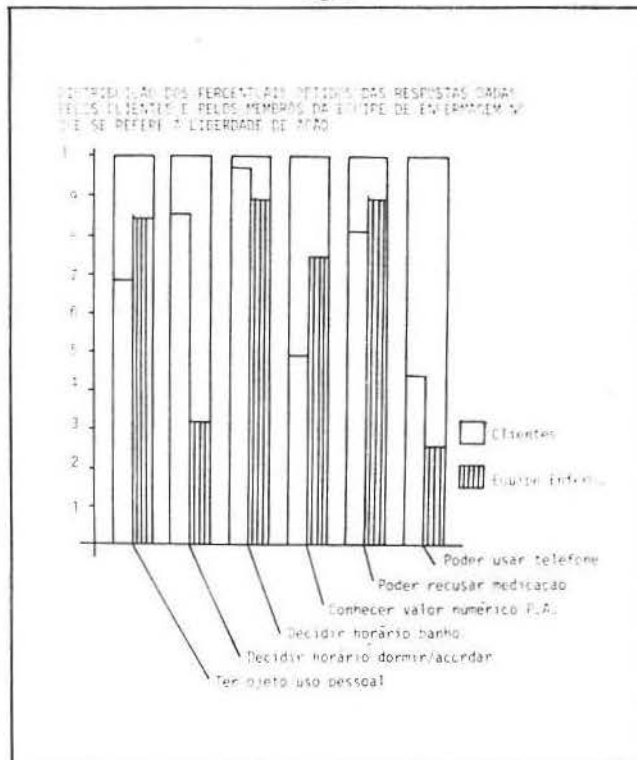


Figura 4



Verifica-se que houve uma acentuada discrepância entre o grau de liberdade sentida pelos clientes e a percepção da Equipe de Enfermagem. Chama atenção o fato de que os comportamentos em que os clientes sentem-se com mais liberdade são aqueles em que os mesmos possuem maior poder decisório como: decidir sobre o horário do banho e decidir sobre horário de dormir e acordar, uma vez que os clientes não são acamados, fugindo do controle e interferência da Equipe.

O mesmo não ocorre em relação a comportamentos ligados ao sistema de informações ou comunicação hospitalar, como: conhecer o valor numérico da P.A.; ter informações sobre sua saúde entre outros, onde fica nítido o papel dominador da Equipe.

Isto pode estar ligado como refere Mofatt ao próprio papel restritivo que as instituições de saúde, através de suas normas e rotinas, exercem sobre o cliente. Por outro lado, esse papel restritivo da instituição não é questionado pelo cliente, que aceita passivamente talvez pelo medo de represália.

3.2.3 Atribuição da inexistência de liberdade de ação

A atribuição feita pelos clientes e membros da

equipe de enfermagem em relação aos fatores que levam os clientes a não terem liberdade de ação para executar as ações de autocuidado, foram classificados através de análise crítica de conteúdo, de acordo com a teoria de aprendizagem social de Rotter. A qual diz que a atribuição é feita de acordo com a fonte de controle de eventos. Os resultados obtidos podem ser verificados nas figuras V e VI.

Verifica-se que os clientes atribuem a fatores internos e externos a sua ausência de liberdade em relação aos comportamentos, enquanto que a Equipe atribui basicamente a fatores externos a eles.

Acredita-se, que o fato daqueles elementos da equipe que conseguem perceber a falta de liberdade dos clientes, atribuírem-na a fatores externos a eles esteja vinculada a manutenção de normas e rotinas hospitalares tradicionalmente mantidas, sem que a Equipe questione a real validade das mesmas, para o benefício do cliente e funcionamento da instituição. Tal posicionamento colocando a resolução desta problemática fora de si mesma, leva-nos a questionar o verdadeiro papel da Equipe nas instituições de saúde, bem como seu real poder em contribuir para um atendimento, que influa significativamente na mudança de comportamentos dos clientes em benefício de sua saúde.

Figura 5

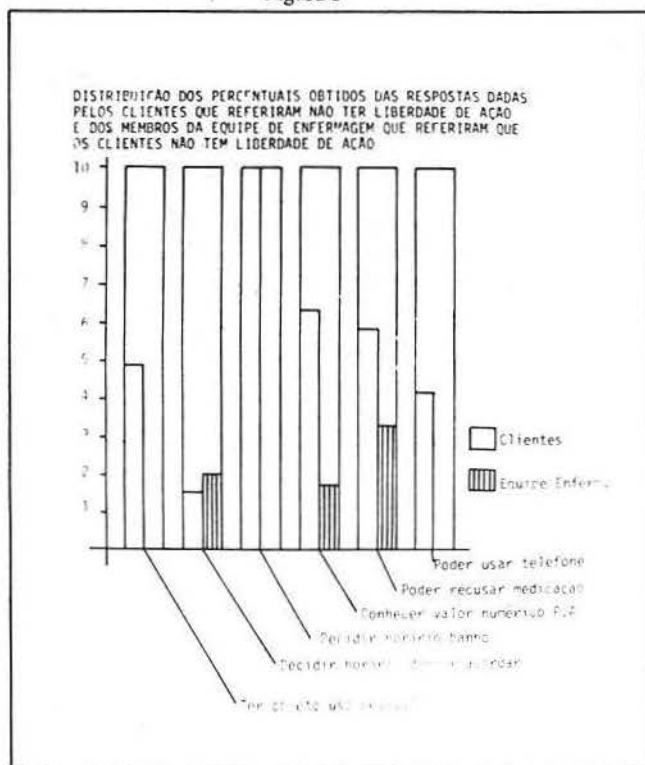
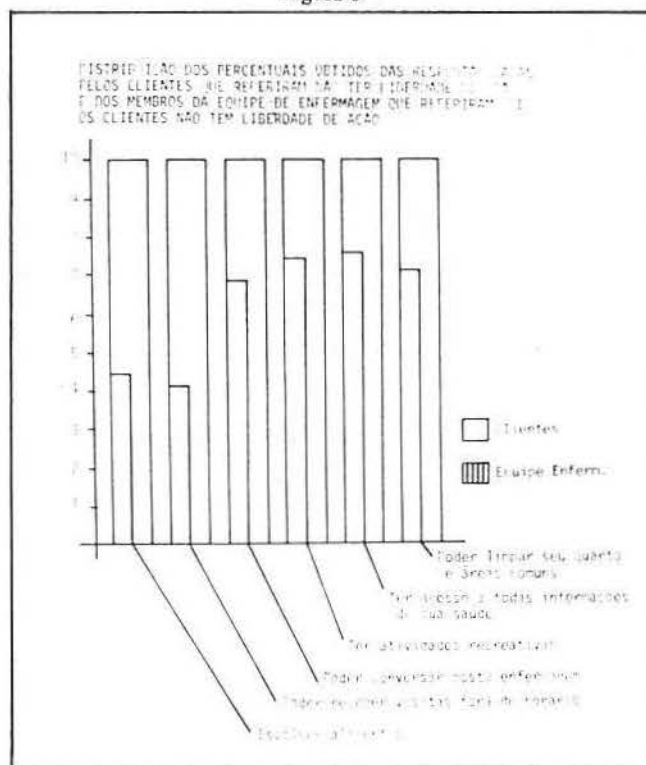


Figura 6



3.3 Dados em relação as hipóteses

3.3.1 - H1 - Esta hipótese de pesquisa declarava que, existiria uma correlação positiva entre os escores obtidos na subescala I liberdade de raiz e a subescala II liberdade de ação dos clientes.

Obteve-se um coeficiente de correlação de Pearson de 0,36 (p = 0,001), indicando que existe relação uma vez que o nível de significância é menor que 0,05. Esta relação significa que, os clientes, quanto mais valorizam os comportamentos, mais sentem a falta de liberdade para terem estes comportamentos.

3.3.2 - H2 - A hipótese de pesquisa declarava que existiria uma correlação positiva entre a subescala I e subescala III atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes.

O coeficiente de correlação obtido foi de 0,028 (p = 0,007) indicando que se aceita a relação estabelecida para um nível de significância de 0,05. Isto significa, uma vez que a relação foi positiva que os clientes que valorizam os comportamentos encontram explicações para o fato de não terem liberdade em fatores internos e externos.

3.3.3 - H3 - Esta hipótese declarava que exist-

tiria uma relação positiva entre a subescala II e subescala III dos clientes.

Obteve-se um coeficiente de correlação de 0,41 (p = 0,001) sendo que aceita-se a relação estabelecida. Isto revela, que os clientes que referem não ter liberdade de ação quando internados atribuem-na a fatores internos e externos a si mesmos.

3.3.4 - H12 - A hipótese de pesquisa declarava que existiria correlação positiva entre a percepção dos membros da Equipe de Enfermagem em relação a liberdade de ação dos clientes subescala II e a atribuição da inexistência de liberdade de ação dos clientes, subescala III'.

Obteve-se um coeficiente de correlação de 0,87 (p = 0,0001) que indica que se aceita a relação estabelecida para um nível de significância de 0,05.

A existência de relação positiva significa que os membros da equipe de enfermagem que percebem que os clientes não tem liberdade de ação, encontram explicações para este fato em fatores externos a eles.

O fato de somente as subescala II' e III' da Equipe de Enfermagem, ter apresentado correlação reforça a hipótese de que os membros da Equipe tenham respondido, valorizando os comportamentos de autocuidado por saberem que seria desejável que assim

se comportassem, sem contudo isto representar uma crença ou valor dos mesmos.

Verifica-se, pois, que enquanto há uma coerência entre as respostas dos clientes, este fato não ocorre em relação as respostas da Equipe.

3.5 Dados sobre a relação entre as variáveis demográficas e variáveis principais

Verificou-se haver correlação positiva entre as variáveis sexo e liberdade de raiz de 0,32 ($P = 0,001$); para estado civil 0,21 ($P = 0,0023$); situação de emprego de 0,23 ($P = 0,013$) e tempo de hospitalização anterior de 0,20 (0,029) e a liberdade de ação dos clientes. Houve correlação negativa de -0,17 ($P = 0,048$), entre grau de instrução e a liberdade de ação dos clientes.

Isto significa que as mulheres valorizam mais os comportamentos de autocuidado.

Quanto à liberdade de ação, os respondentes casados, os que tem menos instrução, os que ganham menos e os que ficam mais tempo hospitalizados, sentem mais falta desta liberdade.

Entre as demais variáveis não houve correlação a um nível de significância de 0,05.

No que se refere a Equipe de Enfermagem houve correlação negativa de -0,46 ($P = 0,023$) entre o tempo de trabalho e a sua percepção da liberdade de raiz dos clientes.

As pessoas que trabalham mais tempo na enfermagem, percebem menos o valor da liberdade de ação para os clientes.

Cabe comentar que o sexo feminino parece sentir mais as situações de dependência quando hospitalizados como foi encontrado por Kamyama (1972). Por outro lado supõem-se que os grupos que pertencem a classe não dominante tem mais dificuldade de exercer sua liberdade. Assim como os casados e os que permanecem muito tempo hospitalizados parecem sentir mais cerceamento da liberdade em relação aos seus hábitos. Talvez porque as hospitalizações mais longas sejam devido a problemas de saúde mais graves aumentando a dependência e os casados pelo fato de normalmente terem atingido um grau de independência maior que os outros grupos.

Em relação a equipe parece que as pessoas que trabalham muito tempo em enfermagem são menos sensíveis à problemática do cliente bem como parecem valorizar mais a filosofia de assistência centrada em Normas e Rotinas do que a centrada no cliente.

4 Considerações Finais

4.1 Conclusão

O trabalho realizado permitiu a determinação das seguintes conclusões.

1 — Os clientes valorizam, em maior ou menor escala, os doze comportamentos de autocuidado, assim como a maioria dos membros da equipe de Enfermagem concordam com a valorização dos referidos

comportamentos.

2 — A maioria dos clientes sente falta de liberdade de ação em relação a sete dos doze comportamentos de autocuidado, enquanto os membros da equipe de Enfermagem, na sua maioria, afirmam que os clientes têm liberdade em relação a nove dos doze comportamentos.

3 — A causa da inexistência de liberdade de ação dos clientes sob o seu ponto de vista é atribuída, igualmente, a fatores internos e externos, enquanto os membros da equipe de Enfermagem que concordam com a inexistência da liberdade de ação, atribuem-na a fatores externos.

4 — Houve correlação entre as subescalas I, II e III dos clientes, e II' e III' dos membros da equipe, o que levou a aceitar as hipóteses H1, H2, H3 e H4.

5 — Houve correlação significativas entre a subescala II com os dados demográficos dos clientes: estado civil, grau e instrução, situação de emprego, tempo de hospitalização anterior.

6 — Houve correlação significativa entre a subescala I e o sexo dos clientes.

7 — Houve correlação entre a subescala I e o tempo de trabalho em Enfermagem do funcionário.

4.2 Implicações

Este estudo oferece as seguintes implicações para o ensino e a prática da Enfermagem:

Os resultados demonstram que os clientes valorizam comportamentos de autocuidado que implicam maior autonomia durante a internação.

De posse desses dados, as enfermeiras e docentes poderiam reavaliar a verdadeira importância dessas 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 dos clientes sentirem-se sem liberdade em relação à maioria dos comportamentos e da equipe de Enfermagem não concordar com esse 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 externos (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 as Enfermeiras e Docentes de Enfermagem tiverem convicção de que estas atitudes são significativas para o autocuidado, poderão desencadear esse processo de mudança de comportamento.

É condição fundamental que os cuidados sejam auto-iniciados e autogeridos, 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.

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 nessas Unidades é o de criar condições que possibilitem ao cliente manter e implementar o autocuidado.

Para o trabalho nessas unidades, é necessário selecionar pessoas com condições emocionais e cognitivas de permitir-se autocrescimento, para poder permitir ao outro que assuma o seu e se autodirija.

4.3 Limitações

Quanto as limitações, podem ser apontadas as seguintes entre outras:

— O fato de não ter sido realizado um estudo prévio diminui a validade e a confiabilidade das escalas relativas à percepção dos clientes e membros da equipe de enfermagem em relação à liberdade de raiz e ação.

— A não inclusão, neste estudo, de determinação da validade objetiva e de construto impediu maior segurança quanto à adequação do conteúdo ao que pretendia medir.

4.4 Recomendações

— Deve ser determinada a validade de construto para que se possa estabelecer a validade dos conceitos que fundamentam o instrumento. Uma das formas de se determinar este tipo de validade seria aplicar o instrumento em outros grupos de clientes internados.

— Devem ser realizados estudos para verificar a importância atribuída, pelos clientes e pela equipe, a outros comportamentos frequentes nas unidades hospitalares.

Referências Bibliográficas

- 1 ANNA, D.J. et alii. Implementing Orem's conceptual framework. *Journal of Nursing Administration*, Massachusetts, 8(1):8-11, Nov. 1978.
- 2 BACKSHEIDER, J.F. Self care requirements self-care capabilities and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *American Journal of Public Health*, Washington, 64(12):1138-46, Dec. 1974.
- 3 BELAND, Irene L. & PASSOS, Joyce Y. *Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1978. 3v.
- 4 BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 1269 p.
- 5 CASTELLANOS, B.E.P. Necessidade básica humana: 'Liberdade'. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 4(5):245-53, 1978.
- 6 COLLETA, S.S. Values clarification in Nursing: why? *American Journal of Nursing*, New York, 78(12):2057, Dec. 1978.
- 7 DELA COLETA, J.A. A escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, Rio de Janeiro, 3(4):167-81, out/dez. 1979.
- 8 _____. *Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro, FGV, 1982. 153p.
- 9 DU GAS, B.W. & DU GAS, B.M. *Enfermagem prática*. 3ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 526p.
- 10 EPSTEIN, C. *Interação efetiva na Enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1977, 173p.
- 11 GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo, Brasiliense, 1981. 229p.
- 12 HARMER, B. & HENDERSON, V. *Tratado de enfermagem teórica y práctica*. 5.ed. México, La Prensa Médica, 1963. p.309; 356-62.
- 13 HENDERSON, V. *Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1962. p.14-20.
- 14 HORTA, W. de A. Necessidade humanas básicas: considerações gerais. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(5):266-8, 1975.
- 15 KAMIYAMA, Y. *O doente hospitalizado e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas*. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem, 1972. 11p. Tese.
- 16 KEARNEY, B.Y. & FLEISCHER, B.J. Development of an instrument to measure exercise of self care agency. *Research in Nursing and Health*, New York, 2:25-34. 1979.
- 17 MAFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 2ed. São Paulo, Cortez, 1981. 246p.
- 18 MOHANA, João. *O mundo e eu*. 2ed. Rio de Janeiro, Agir, 1964.
- 19 NEVES, E.P. *The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors*. Washington, The Catholic University of America, 1980. 198p. Dissert. Doct. Nursing Science.
- 20 _____. *Validade e confiabilidade de instrumentos de coleta de dados*. Florianópolis, UFSC, 1980. 12p. Palestra proferida durante a 2ª Semana de Pesquisa.
- 21 NEVES, E.P. et alii. Inquietudes sobre a formação de enfermeiros. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, AM, ago. 2-7, 1981. p.2-8.
- 22 NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London, Lippincott, s.d. p.5-8; 14-22, 54-76.
- 23 NUNNALLY, J.C. *Psychometric theory*. New York, McGraw-Hill Book Company, 1978.
- 24 NUNES, Ana Maria Pereira. *Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para a autocuidado*. Florianópolis, UFSC/P69-Graduação em Enfermagem, 1982. 142p.
- 25 NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. *Concept formalization in Nursing: process and product*. Boston, Little Brown, 1973.
- 26 _____. *Concept formalization in nursing: process and product*. Boston, Little Brown, 1973.
- 27 OREM, D.E. *Nursing concepts of practice*. New York, MacGraw Hill, 1971. 232p.
- 28 _____. *Nursing concepts of practice*. New York, Mc Graw-Hill, 1980. 232p.

-
- 29 ORLANDO, L.J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro paciente: função, processo e princípios*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1978. 110p.
- 30 REICH, B. & ADGOCK, C. *Valores, atitudes e mudança de comportamento*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- 31 RIBEIRO, Manoel. *A institucionalização democrática do poder*. 2ed. Salvador, Ed. Dist. de Liv. Salvador, 1983, 90p.
- 32 SARVER, S.C. & HOWARD, M. Planning e self-care unit in and inpatient setting. *American Journal of Nursing*, New York, 82(7):1112-15, Jun. 1982.
- 33 SKINNER, B.F. *Beyond Freedom and dignity*. New York, Alfred A. Knopf, 1971.
- 34 SULLIVAN, T.J. *A self-care model of nursing practice for nursing the aged*. (Doctoral dissertation, Columbia University Teachers College, 1979). Dissertation Abstracts International, 1979, 39(12), 584B. (University Microfilms no. BKK79. 13223).
- 35 USTAL, Diann B. Values clarification in Nursing: application to practice. *American Journal of Nursing*, New York, 78(12):2058-63, Dec. 1978.
-

Endereço do autor: Maria Regina de Oliveira Galperim
Author's address: São Manoel, 963 - 90620 Porto Alegre, RS