



SAUL FERRAZ DE PAULA

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE
USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL:
PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

**RIO GRANDE
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE
USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL:
PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

SAUL FERRAZ DE PAULA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. **Linha de Pesquisa:** Trabalho de Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**RIO GRANDE
2016**

P324a Paula, Saul Ferraz de.

Ações educativas do enfermeiro na ótica do cuidador de usuário com doença crônica não transmissível: perspectiva ecossistêmica/ Saul Ferraz de Paula. - Rio Grande: [s.n], 2016.

111 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Referências bibliográficas: f. 94-98.

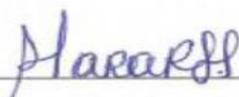
1. Educação em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Cuidadores. 4. Ecossistema. I.
Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de. II. Universidade Federal do Rio Grande.
III. Título

CDU: 614

SAUL FERRAZ DE PAULA

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE
USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL:
PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 29 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dr^a Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

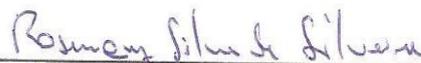
BANCA EXAMINADORA



Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – Presidente (FURG)



Dr^a Cláudia Zamberlan – Membro Externo (UNIFRA)



Dr^a Rosimary Silva da Silveira – Membro Interno (FURG)



Dr^a Eliana Cardia de Pinho - Suplente Interno (FURG)



Dr^a Adriane Calvetti Medeiros – Suplente Externo (UFPEL)

Posso de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado

mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além.”

Paulo Freire

*D*edico este trabalho,

A minha amada mãe **Luci**,

mulher bondosa, dedicada, que tantas e tantas vezes abdicou da sua própria vida para viver a dos filhos. Obrigado por ter me orientado, ter me mostrado os valores da vida, por ter me conduzido e apoiado na realização dos meus sonhos. Esta conquista não existiria sem você.

Minha Gratidão

Ao grande pai **Oxalá**,

meus guias espirituais, meu anjo da guarda, aos orixás da umbanda por me abençoarem, me orientarem, pois são meu refúgio em todas as horas, inclusive, naquelas mais difíceis.

A minha amada mãe **Luci** e meu pai **Miguel** (in memoriam),

que me aceitaram neste plano espiritual, permitindo cumprir meus resgates, que me ensinaram os verdadeiros valores da vida. Por meio da dedicação e amor que recebi de vocês, moldei meu caráter e me tornei o homem que hoje sou. Meu amor e minhas conquistas são de vocês.

Aos meus irmãos,

Juliana, minha maninha amada, que sempre me deu seu colo de mãe, que embarca nos meus sonhos, que me encoraja a seguir em frente, obrigado por me apoiar, meu eterno amor para você. **Valderi**, meu irmão querido, obrigado por diversas vezes ter me protegido, ter me cuidado, do seu jeito, procura demonstrar seu amor.

Aos meus amados sobrinhos,

Junior, Sayuri, Gabriel, Sabrina, Pabline e Pablo que na inocência da infância e na imaturidade da adolescência, sempre me afagaram e apoiaram com um amor incondicional.

Ao meu companheiro **Jeferson**,

Amigo, namorado, confidente, que sempre com muito amor, entusiasmo e dedicação faz meus dias mais felizes. Que segura minha onda nos momentos mais difíceis, por meio da sua alegria de viver tem me ensinado a levar a vida com mais leveza. Obrigado por sempre me encorajar a buscar minhas conquistas, obrigado por me amar.

As meus eternos amigos,

Giselha, Ivandro, Junior, Daniela, Jerusa e Vani, por tudo que representam na minha vida, por serem a extensão da minha família. Pelas palavras de apoio, pelas horas de alegrias, por entenderem minhas ausências, por me encorajarem a seguir adiante. Obrigado amigos queridos por serem meu refúgio e fazerem minha vida mais feliz.

As minhas eternas professoras e amigas,

Maria Helena, Rosiane, Cláudia e Simone, mulheres fortes e sábias, amigas que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando, incentivando. Meu amor e admiração profissional.

As amigas de Rio Grande,

Tatiele, Andréia, Fabiane, Elisa Deisa, Juliane, obrigado por tornarem meus dias mais alegres, por diversas construções intelectuais, por momentos de apoio, conforto e forte parceria. Minha eterna lembrança e agradecimento desses encontros que a vida me proporcionou.

As colegas do IF Rio Grande,

Juliana, Daize, Ângelo, Belkis e Cristina pelas diversas vezes que escutaram minhas angustias, me fornecendo apoio e encorajando a seguir adiante.

As minha orientadora,

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, exemplo de profissional e mulher, com a humanidade, doçura, amor, ética que desenvolve a profissão, encanta e representa um exemplo a ser seguido. Minha imensa gratidão, sem a senhora nada teria sido possível.

As colegas do grupo de pesquisa **GEES**,

pela acolhida, pelas inúmeras discussões, pelas sobremesas maravilhosas durante as tardes de estudos, pelos ensinamentos que sempre contribuíram na construção do conhecimento.

Aos cuidadores, participantes desta pesquisa,

Pela troca de experiências, pelo aprendizado e disponibilidade de me acolherem durante as entrevistas.

Aos membros da **banca**,

de qualificação e sustentação pela disponibilidade e ricas contribuições.

Aos professores e funcionários,

do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), pelos ensinamentos, convivência e acolhida.

Aos colegas de Mestrado,

obrigado pela convivência, trocas de conhecimentos e por alegrarem os meus dias na cidade de Rio Grande.

RESUMO

PAULA, Saul Ferraz de. **Ações educativas do enfermeiro na ótica do cuidador de usuário com doença crônica não transmissível: perspectiva ecossistêmica.** 2016. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande.

O conceito de Educação em Saúde vem sendo reformulado e repensado, ao longo dos anos e é inegável que diferentes fatores influenciaram e influenciam na construção e no entendimento deste constructo. Considerando os fatores de influência que culminam, em adequações, adaptações e transformações da Educação em Saúde, entende-se que é necessário contextualizá-la no tempo/espaço no qual se desenvolve, ou seja à luz do Pensamento Ecossistêmico. No atual cenário mundial, a Educação em Saúde vem auferindo, cada vez mais, destaque, pois está intimamente ligada à promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como, a manutenção da qualidade de vida, principalmente, no que se refere às Doenças Crônicas não Transmissíveis que se apresentam como uma das principais causas de morte no mundo. O ato de educar, vinculado à profissão da enfermagem vem sendo aprimorado e executado pelo enfermeiro, que é considerado um educador, enquanto seus educandos são seus aprendizes, usuários, familiares, como também a sua equipe de trabalho. Assim a educação em saúde para o cuidador de usuário com doenças crônicas não transmissíveis, desenvolvida pelo enfermeiro, durante a internação, precisa considerar a totalidade dos elementos que formam o ecossistema domiciliar, local no qual o cuidador exercerá o cuidado. Além de considerar a totalidade dos elementos que formam o ecossistema domiciliar, é necessário considerar a sua inter-relação, articulação e integração, possibilitando uma Educação em Saúde mais integral. **Objetivou-se** investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com doença crônica não transmissível, oportuniza ao cuidador domiciliar para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica. A **revisão da literatura** foi realizada para dar sustentação à pesquisa, onde foram abordadas as temáticas: Contexto da educação em saúde no Brasil, Educação em saúde sob a ótica do paradigma Ecossistêmico, O cuidado e o cuidador no ecossistema domiciliar e, ainda, a pedagogia de Paulo Freire e sua relação com a prática educativa desenvolvida pelo enfermeiro. A **metodologia** utilizada na pesquisa de campo foi do tipo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A busca dos participantes aconteceu nas unidades de clínica médica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. e Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e a coleta dos dados na residência dos participantes, nos meses de outubro e novembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, no intuito de fundamentar a questão de pesquisa, pressupostos, objetivos e principais aspectos da revisão de literatura. **Análise e interpretação dos dados** foi realizada mediante Análise de conteúdo na modalidade análise temática seguindo os passos de Minayo. Os **resultados** e a categorização foram apresentados no formato quadros e a discussão foi realizada por meio de dois artigos científicos. O primeiro artigo aborda as ações educativas do enfermeiro ao cuidador de usuário com doença crônica não transmissível na perspectiva ecossistêmica e o segundo trata das relações entre a crise econômica e as ações de educação em saúde no ambiente hospitalar: uma análise ecossistêmica. Ressalta-se que o referencial ecossistêmico, mostrou-se inteiramente adequado, para conduzir a superação da fragmentação entre o cuidado e as ações educativas no ambiente hospitalar, bem como, para sinalizar e direcionar uma educação em saúde dialógica, participativa, contextual com base nas necessidades dos cuidadores, a partir do contexto onde vivem, trabalham e se desenvolvem.

Descritores: Educação em Saúde. Enfermagem. Cuidadores. Ecossistema. Doença crônica. Assistência Domiciliar

ABSTRACT

PAULA, Saul Ferraz de. Nursing educational actions from the perspective of the caregiver of a non-communicable chronic disease user: ecosystem perspective.2016. 105 p. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande-FURG, Rio Grande.

The concept of Health Education has been reformulated and rethought over the years and it is undeniable that different factors influenced and influenced the construction and understanding of this construct. Considering the factors of influence that culminate in adaptations, adaptations and transformations of Health Education, it is understood that it is necessary to contextualize it in the time / space in which it is developed, that is, in the light of Ecosystem Thinking. In the current world scenario, Health Education has been gaining more and more prominence, since it is closely linked to health promotion, disease prevention, and the maintenance of quality of life, especially with regard to Chronic Diseases Noncommunicable diseases that present themselves as one of the leading causes of death in the world. The act of educating, linked to the nursing profession has been improved and executed by the nurse, who is considered an educator, while his students are his apprentices, users, family members, as well as his work team. Thus, health education for the caregiver of users with chronic noncommunicable diseases, developed by the nurse during hospitalization, needs to consider all the elements that make up the home ecosystem, where the caregiver will exercise care. In addition to considering all the elements that make up the home ecosystem, it is necessary to consider their interrelation, articulation and integration, enabling a more integral Health Education. The objective of this study was to investigate educational actions from the perspective of the caregiver that nurses, during the period of hospitalization of the user with chronic non-communicable disease, give the home caregiver the opportunity to continue home care in the ecosystem perspective. The review of the literature was carried out to support the research, where the following themes were addressed: Context of health education in Brazil, Health education from the perspective of the Ecosystem paradigm, Care and caregiver in the home ecosystem, and pedagogy Of Paulo Freire and its relation with the educative practice developed by the nurse. The methodology used in the field research was descriptive, exploratory and with a qualitative approach. The participants 'search took place in the medical clinic units of the Dr. Miguel Riet Correa Jr. University Hospital and the Santa Casa do Rio Grande Charity Association and the data collection at the participants' residence in October and November 2016 through Of semi - structured interview, in order to base the research question, assumptions, objectives and main aspects of literature review. Data analysis and interpretation was performed through content analysis in the thematic analysis modality following the steps of Minayo. The results and categorization were presented in the tables format and the discussion was carried out through two scientific articles. The first article deals with the educational actions of the nurse to the caregiver of chronic non-communicable disease in the ecosystem perspective and the second deals with the relationship between the economic crisis and health education actions in the hospital environment: an ecosystemic analysis. It should be emphasized that the ecosystemic framework was fully adequate to overcome the fragmentation between care and educational actions in the hospital environment, as well as to signal and direct a dialogical, participatory, contextual health education based on the Needs of caregivers, from the context where they live, work and develop.

Keywords: Health Education. Nursing. Caregivers. Ecosystem. Chronic disease. Home Assistance.

RESUMEN

PAULA, Saul Ferraz. Acciones educativas del enfermero en la perspectiva del cuidador usuario con enfermedades crónicas no transmisibles: perspectiva ecosistémica. 2016. 105 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande-FURG, Río Grande.

El concepto de educación para la salud está siendo rediseñado y repensado lo largo de los años y es innegable que diferentes factores influyeron e influyen en la construcción y la comprensión de esta construcción. Teniendo en cuenta la influencia de los factores que culminan en los ajustes, adaptaciones y transformaciones de la educación sanitaria, se entiende que es necesario contextualizarla en el tiempo / espacio en el que se desarrolla, es decir la luz del pensamiento de los Ecosistemas. En el actual escenario global, la Educación para la Salud está ganando cada vez más, lo más destacado, ya que está estrechamente ligada a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como el mantenimiento de la calidad de vida, especialmente en relación con las enfermedades crónicas posando no transmisibles como una de las principales causas de muerte en todo el mundo. El acto de educar, vinculado a la profesión de enfermería ha sido mejorada y realizado por enfermeras, que se considera un educador, ya que sus estudiantes son aprendices, usuarios, miembros de su familia, así como su trabajo en equipo. Así que la educación sanitaria para el cuidador usuario con enfermedades crónicas, desarrollado por las enfermeras durante la hospitalización, necesidad de considerar todos los elementos que componen el lugar donde ecosistema casa que tenga cuidado médico. Además de considerar todos los elementos que conforman el ecosistema casa, es necesario tener en cuenta sus interrelaciones, articulación e integración, lo que permite una formación más integral de la salud. Este estudio tuvo como objetivo investigar las actividades educativas, la perspectiva del cuidador, la enfermera durante la hospitalización del usuario con las enfermedades crónicas no transmisibles, da oportunidad para el cuidador de un hogar para el cuidado continuo como en casa en el enfoque por ecosistemas. La revisión de la literatura se llevó a cabo para dar apoyo a la investigación, donde se cubrieron temas: contexto de la educación de la salud en Brasil, educación para la salud desde la perspectiva del paradigma de Ecosistemas, el cuidado y el cuidador en el ecosistema casa y también la pedagogía de Paulo Freire y su relación con la práctica educativa desarrollada por la enfermera. La metodología utilizada en la investigación de campo fue descriptivo, exploratorio y cualitativo. La búsqueda de los participantes se llevó a cabo en las unidades médicas del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr. y Caridad Asociación Santa Casa do Rio Grande y la recolección de datos en la residencia de los participantes en los meses de octubre y noviembre de 2016, por entrevistas semiestructuradas con el fin de apoyar a la pregunta de investigación, hipótesis, objetivos y aspectos clave de la revisión de la literatura. Análisis e interpretación de los datos se realizó mediante análisis de contenido en el modo de análisis temático, siguiendo los pasos de Minayo. Los resultados se clasificaron y se muestran en formato de trama y la discusión se llevó a cabo por dos papeles. El primer artículo se describen las acciones educativas del enfermero a cuidador de usuario con enfermedad crónica no transmisible en el enfoque por ecosistemas y el segundo trata de la relación entre las acciones de crisis y de educación sanitaria económicas en el medio hospitalario: un análisis de los ecosistemas. Es de destacar que el marco del ecosistema, ha demostrado ser totalmente adecuadas para conducir a la superación de la fragmentación entre la atención de las actividades educativas en el hospital, así como para señalar y dirigir una educación para la salud dialógica, participativa, contextual basada en necesidades de los cuidadores, a partir del contexto en el que viven, trabajan y se desarrollan.

Palabras clave: Educación de Salud. Enfermería. Cuidadores. Ecosistema. Enfermedad crónica. Cuidado en el hogar.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEPAS	Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP/MS	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECS	Descritores da ciência da saúde
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde
HU/FURG	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Demonstração dos elementos bióticos e abióticos que compõem o ecossistema do cuidador familiar.....	31
FIGURA 2 - Representação dos princípios ecossistêmicos que compõem o ecossistema domiciliar.....	32
FIGURA 3 - Demonstração do percurso metodológico da fase de coleta dos dados.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Dados da Pesquisa: Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.....	52
Quadro2-Dados da Pesquisa: A educação em saúde para o cuidador.....	53
Quadro 3-Dados da Pesquisa: Relações que podem dificultar ou facilitar no desenvolver das ações de educação em saúde.....	54
Quadro 4-Dados da Pesquisa: Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde.....	56
Quadro 5 - Codificação dos achados de pesquisa relativos ao Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.....	59
Quadro 6 - Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria A educação em saúde para o cuidador, subcategorias Como acontece e quem disponibiliza a educação em saúde para o cuidador no ambiente hospitalar; Características da Educação em Saúde destinada aos cuidadores; Outras fontes de educação em saúde, utilizadas pelos cuidadores.....	60
Quadro 7 - Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relações que podem dificultar ou facilitar no desenvolver das ações de educação em saúde, subcategorias Visibilidade da Equipe de Enfermagem; Comunicação Insuficiente; Não Identificação do Enfermeiro.....	60
Quadro 8 - Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria: Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde, subcategorias Carência de materiais e infraestrutura inadequada; Sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; Crise econômica e política do país.....	61

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	18
Objetivo geral.....	24
Objetivos específicos.....	24
2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 Contexto da educação em saúde no Brasil	25
2.2 Educação em saúde sob a ótica do paradigma Ecológico	28
2.3 O cuidado e o cuidador de usuário com DCNT no ecossistema domiciliar	33
2.4 A pedagogia de Paulo Freire e sua relação com a prática educativa desenvolvida pelo enfermeiro	37
3 METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de Pesquisa	43
3.2 Cenário da Pesquisa	43
3.3 Participantes da Pesquisa	44
3.4 Locais de Seleção dos Participantes	44
<i>3.4.1 Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG</i>	44
<i>3.4.2 Unidade de Clínica Médica São Roque da Associação Hospitalar Santa Casa do Rio Grande</i>	45
3.5 Coleta dos Dados	46
3.6 Aspectos Éticos do Estudo	49
<i>3.6.1 Análise Crítica dos Riscos e Benefícios</i>	50
<i>3.6.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores</i>	50
<i>3.6.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa</i>	50
<i>3.6.4 Declaração que os resultados serão tornados públicos</i>	51
<i>3.6.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados</i>	51
<i>3.6.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa</i>	51
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	52
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	57
5.1 ARTIGO I	62
5.2 ARTIGO II	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	99
APÊNDICE A Autorização para a realização de pesquisa encaminhada à direção do hospital Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande.....	100
APÊNDICE B Autorização para a realização da pesquisa à gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário dr. Miguel Riet Corrêa Jr.....	101

APÊNDICE C Autorização para a realização de pesquisa encaminhada à coordenação de enfermagem da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande.....	102
APÊNDICE D Autorização para a realização da pesquisa encaminhada à coordenação de Enfermagem do Hospital Universitário dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG.....	103
APÊNDICE E Roteiro de entrevista semiestruturada.....	104
APÊNDICE F Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde CEPAS/FURG.....	106
APÊNDICE G Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
APÊNDICE H Termo de Confidencialidade.....	109
ANEXO	110
ANEXO A Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande CEPAS/FURG.....	111

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Educação em Saúde vem sendo reformulado e repensado, ao longo dos anos o que torna inegável que diferentes fatores influenciaram e influenciam na construção e no entendimento deste constructo. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) Educação em Saúde compreende combinações de aprendizagem, com o intuito de auxiliar indivíduos e comunidades na melhoria da saúde, por meio de transformações nas atitudes, comportamentos e pelo aumento do conhecimento (WHO, 2013).

Considerando os fatores de influência que culminam, em adequações, adaptações e transformações da Educação em Saúde, entende-se que é necessário contextualizá-la no tempo/espaço no qual se desenvolve, ou seja à luz do pensamento ecossistêmico. A Educação em Saúde, Sistêmica/ecossistêmica, pode ser considerada um sistema composto por um conjunto de elementos **interdependentes** que de forma interrelacionada, integrada e articulada buscam desenvolver a aprendizagem para um viver melhor. Portanto, a abordagem ecossistêmica é contextual, ou seja, o estudo leva em consideração todos os elementos que compõem a realidade, considerando as relações e a **não linearidade** entre os elementos que integram o sistema (CAPRA, LUISI, 2014).

Diversos autores, dentre eles, Siqueira (2001), Santos; Siqueira; Silva (2009), Svaldi (2011), Capra (2012), Medeiros (2013), Zamberlan (2013), Capra; Luisi (2014), Cecagno (2015), tem fundamentado seus estudos na perspectiva do pensamento ecossistêmico, os quais consideram o ecossistema um conjunto de organismos/elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) que são **interdependentes** e **relacionam-se** entre si e com o ambiente no qual estão inseridos. Assim, neste estudo o ecossistema domiciliar compõe o cenário onde será apreciada/investigada a Educação em Saúde dispensada pelo enfermeiro ao cuidador de usuário com Doença Crônica não Transmissível (DCNT), no período de internação hospitalar, para auxiliá-lo na execução do cuidado neste ecossistema.

Para Freire (2011; 2011b) a educação é uma ação pela qual as pessoas vão se completando por toda a vida, numa busca contínua de completude. Essa visão leva a considerar que a pessoa tem consciência do seu inacabamento e sua busca se consolida nos contextos e nas relações com as outras pessoas, o que pode ser analogamente aplicado no desenvolver de ações educativas em Saúde.

Neste interim, as ações de Educação em Saúde devem ser pautadas considerando todos os elementos pertencentes ao ecossistema domiciliar, incentivando uma educação emancipadora, participativa, dialógica, criativa, capaz de desenvolver a autonomia do usuário

(BRASIL, 2007; FREIRE, 2011). Nesse ponto de vista, a Educação em Saúde, sob o prisma do pensamento ecossistêmico, se apropria e desenvolve o princípio sistêmico das **inter-relações**, ao concebê-lo como uma troca de energia, matéria ou informações estabelecidas entre os elementos de um sistema direcionados pela dinâmica do sistema (CAPRA, 2010).

No atual cenário mundial, a Educação em Saúde vem auferindo, cada vez mais, destaque, pois está intimamente interligada à promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como, a manutenção da qualidade de vida, principalmente, no que se refere às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), as DCNT apresentam-se como uma das principais causas de morte no mundo, atingindo o percentual de 80% da totalidade de mortalidades. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com menos de 60 anos de idade. Já no Brasil, as causas de morte por DCNT, chegam a 72% (BRASIL, 2011).

Com base nesses dados estatísticos, o Brasil lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento da Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período de 2011-2022. O documento aponta quatro principais grupos de DCNT, quais sejam, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, e diabetes. Entre as principais ações de enfrentamento, apresenta, além das mudanças nos fatores de risco modificáveis para tais patologias, a necessidade de estreitar vínculos entre os usuários com DCNT, cuidadores e equipes de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011; MALTA; MORAIS; SILVA, 2011).

Alicerçado nestes referenciais, percebe-se o despertar dos órgãos governamentais em implantar estratégias que contemplem o enfrentamento e prevenção das DCNT apoiando-se em elementos que compõem as relações de serviços criando e implementando as Redes de Atenção. Ainda que, embrionárias, essas ações refletem uma inclinação para possibilidades de práticas sistêmicas de contemplação da saúde. Capra; Luisi (2014), apontam que no fim da década de 70, com o advento do pensamento sistêmico/ecossistêmico na a área da saúde e da assistência à saúde, e com a crítica da limitação do modelo mecanicista nesta área, a aceitação do paradigma ecossistêmico ainda permanece exíguo nas práticas assistências da saúde, na qual se incluem as atividades de Educação em Saúde.

O pensamento ecossistêmico ao considerar os sistemas vivos como redes, os elementos que representam nodos ou nós, interagem entre si e com outras redes (CAPRA; LUISI, 2014). Por analogia, é possível vislumbrar uma rede de elementos que participam de forma inter-relacionada nas práticas de Educação em Saúde, entre os quais o cuidador como elemento importante dessa rede para a promoção, prevenção e manutenção da saúde do usuário com

DCNT. O MS destaca a figura do cuidador como significativo colaborador nas ações de enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011). Assim, faz-se necessário uma Educação em Saúde direcionada às necessidades desse cuidador, que atenda ao ecossistema no qual está integrado bem como suas relações com os outros elementos que compõem este ecossistema, para que ele possa vir a contribuir de forma efetiva no auxílio e cuidado do usuário com DCNT.

O conceito de cuidador é bastante discutido por diferentes autores, porém, para o Ministério da Saúde cuidador pode ser entendido como uma pessoa da família ou comunidade, com qualidades especiais demonstradas no amor à humanidade, que presta o cuidado ao outro zelando pelo seu bem estar, saúde, educação, cultura alimentação, recreação e lazer da pessoa que está sob seus cuidados. Neste sentido, compete ao cuidador, atuar de forma remunerada ou não, auxiliar nas ações do cuidado ao usuário, fazendo por ele somente aquilo que ele não consegue fazer sozinho (BRASIL, 2009).

Entre as diferentes denominações de cuidadores atribuídas pelos autores que trabalham com essa temática, adota-se, neste trabalho, a designação de **cuidador domiciliar**, reconhecendo este como o indivíduo com ou sem vínculos de parentesco com o ser cuidado, que participa e/ou executa as tarefas para aquele que está sob seus cuidados, zelando pelo seu bem estar, melhoria e manutenção da saúde no ecossistema domiciliar.

O cuidador tem uma função importante na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo que necessita de cuidados, no âmbito domiciliar. Por outro lado, os cuidados dispensados pelo cuidador domiciliar, na maioria das vezes, por se tratar de um cuidado empírico pode trazer consequências indesejáveis para a saúde daquele que recebe o cuidado, e até, para si mesmo (MARTINS et al; 2009).

Conforme Marques e Freitas (2009); Tsukamoto et al (2010) e Nardi et al (2012), ações/atividades de cuidado consideradas no cotidiano da enfermagem como corriqueiras, para o cuidador domiciliar podem tornar-se verdadeiros entraves quando este não possui preparo para desenvolver o cuidado no domicílio. Um dos pontos a observar para um cuidado adequado no ambiente domiciliar, diz respeito à infraestrutura que o domicílio possui para atender às necessidades específicas do usuário com DCNT. Entretanto, geralmente, as ações educativas centram-se apenas em patologias em detrimento de outros elementos que irão influenciar no desenvolvimento do cuidado no âmbito domiciliar.

Por conseguinte, o enfermeiro tem por função, conforme a lei do exercício profissional da enfermagem e respectiva regulamentação o cuidado de enfermagem que abrange ações assistenciais, gerenciais, investigativas e educativas (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987). Essas

ações são desenvolvidas pela enfermagem de maneira integrativa pois, uma complementa a outra e, assim, nem sempre é possível fazer uma nítida distinção entre elas quando o enfermeiro e sua equipe exercem a função do cuidado junto ao usuário. Entretanto, com base no Art.11 da lei 7.498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87, compete ao enfermeiro promover a educação com compromisso e responsabilidade social, visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986; BRASIL,1987).

Neste contexto, o ato de educar, vinculado à profissão da enfermagem vem sendo aprimorado e executado pelo enfermeiro, que é considerado um educador, enquanto seus educandos são seus aprendizes (BASTABLE, 2010). Esses aprendizes, além do cuidador, podem ser os integrantes da equipe de enfermagem, os usuários, família e comunidade, como também, futuros profissionais técnicos e enfermeiros. Diante dessa posição, esse constructo direciona o enfermeiro da instituição hospitalar, a qualificar os cuidadores de usuários com DCNT no período de internação por meio da prática educativa. Essa prática educativa, precisa envolver orientações condizentes às necessidades do usuário, apoio técnico e emocional para enfrentar as vicissitudes do cuidado no domicílio, além de contribuir na melhoria na qualidade de vida do usuário, família e cuidador.

Siqueira (2001), expõe que a construção do conhecimento precisa ser efetivada com a participação dos envolvidos neste processo, de forma colaborativa e continua, considerando a realidade em que estão inseridos, promovendo assim, transformações por meio da Educação em Saúde. Nessa perspectiva salienta-se a necessidade de potencializar as relações entre enfermeiro, equipe de saúde, cuidadores, usuários com DCNT, a fim de, no período de internação deste usuário, o cuidador sinta-se amparado, seguro, esclarecido para que possa posteriormente a alta, realizar o cuidado domiciliar no ambiente domiciliar.

Não obstante, convém ressaltar que o enfermeiro necessita planejar estratégias de Educação em Saúde que contemple não apenas técnicas de cuidado, mas que envolva a comunidade de organismos presentes no ecossistema domiciliar no qual será prestado o cuidado. Ao abranger a totalidade dos elementos que formam o ecossistema domiciliar e sua inter-relação, articulação e integração, possibilita uma Educação em Saúde mais integral e holística. Assim, propõe-se uma nova forma de pensar a Educação em Saúde sob a ótica do paradigma ecossistêmico como forma de alicerçar novas condutas de práticas educativas dispensadas para o cuidador durante o período de internação do usuário com DCNT.

O interesse pelo tema despertou da experiência pessoal vivenciada diante de uma situação familiar. Minha mãe e eu enfrentamos grandes dificuldades para prestar cuidados a

meu pai que ficara dependente devido às sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC). Nessa ocasião, sem nenhum conhecimento na área da saúde, vivenciamos momentos de angústia, receios, temores e enfrentamento de grandes dificuldades para atender as necessidades de cuidado à ele, pois na ocasião do período de internação, pouco fomos educados a respeito dos cuidados que, posteriormente, teríamos que desenvolver com o mesmo no domicílio.

Ao ingressar na faculdade de enfermagem, como acadêmico, essa inquietação, relacionada ao despreparo dos cuidadores e o sofrimento que isso causa neles, foi aumentando e me fazendo procurar respostas na tentativa de beneficiar essas pessoas tão necessitadas de um apoio profissional, capaz de evidenciar as necessidades destas pessoas, em relação ao cuidado que dispensarão, proporcionando-lhes orientação e conhecimento. As atividades de monitoria em uma unidade hospitalar, o contato com as pessoas internadas com DCNT, na maioria dependente de seus cuidadores domiciliares, permitiu observar a realidade daqueles usuários. Esses fatos fortaleceram meu desejo de aprofundar a temática e buscar alternativas que contemplem as necessidades dos que precisam cuidar de pessoas com DCNT no domicílio. Essas experiências permeiam o desejo de desenvolver essa pesquisa e obter subsídios capazes de elaborar estratégias para auxiliar cuidadores de pessoas com DCNT.

O aprofundamento dos estudos do Paradigma Ecológico permitiu vislumbrar essa experiência particular de forma inter-relacional, pois segundo Zamberlan (2013), a experiência de acometimento por DCNT não se restringe apenas ao usuário, mas envolve toda sua rede de relações, como a família, cuidador domiciliar, profissionais da saúde, enfim, todo o entorno social e físico que faz parte do ecossistema deste usuário.

Partindo desse enfoque e com a finalidade de conhecer a produção científica sobre a temática em estudo, foi realizada uma busca *online* na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando descritores da ciência da saúde (DeCS): Enfermagem, Educação em Saúde, Cuidadores, Doença Crônica, Assistência Domiciliar e Ecossistema. Como estratégia de busca utilizou-se a pesquisa nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2011 a 2016, e, estudos realizados com seres humanos.

Este recorte temporal foi estabelecido considerando o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, o qual,

foi publicado em 2011. Julga-se importante conhecer a produção científica após a publicação deste documento.

Ao utilizar o descritor Enfermagem foram encontrados 8768 na LILACS, 55394 na base de dados MEDLINE, e 2152 na IBECs. Refinando a busca com o descritor Educação em Saúde obteve-se 1175 artigos na LILACS, 5784 na MEDLINE e 166 na IBECs. Prosseguindo foi acrescentado o descritor Cuidador, que resultou em 34 artigos na LILACS, 109 na MEDLINE e 12 na IBECs. Em busca de aproximação com a temática esses dados foram refinados com o descritor Doença Crônica, obtendo-se 02 artigos na LILACS, 12 artigos na MEDLINE e 03 artigos na IBECs e ao acrescentar a esses resultados o descritor Assistência Domiciliar obteve-se 0 artigos na LILACS, 09 na MEDLINE e 03 na IBECs. Por fim foi acrescentado o descritor Ecossistema e obteve-se 0 artigos na LILACS, 0 na MEDLINE e 0 na IBECs. Foi possível identificar por meio dos resultados encontrados que existe reduzida produção científica em relação à temática assistência prestada à cuidadores domiciliares de pessoas com DCNT, e que há maior número de publicações a nível internacional. Entretanto, ao acrescentar o descritor ecossistema, especificidade esta pesquisa, não se alcançou resultado favorável, a nível nacional e nem internacional.

Com base nesta contextualização, este estudo apresenta como **questão norteadora**: Que ações educativas, na ótica do cuidador, o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador domiciliar para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica?

A **relevância** desta pesquisa ancora-se na possibilidade de contribuir com o avanço do conhecimento relacionado ao tema, na medida em que requer reflexões sobre a diversidade de formas possíveis e necessárias para atender as singularidades dos usuários com DCNT e o grau de necessidades dos cuidadores sobre Educação em Saúde, levando à criação de novas tecnologias. Por outro lado, a inserção do pensamento ecossistêmico no desenvolvimento da educação em saúde no ambiente de internação hospitalar pode levar a criação de metodologias que orientem o enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem e cuidador domiciliar a desenvolver uma educação em saúde para esse cuidador domiciliar de maneira integral com possibilidade de continuidade da assistência recebida na instituição hospitalar.

Com a finalidade de encontrar resposta para a questão de pesquisa foram elaborados os objetivos:

Objetivo geral: Conhecer e analisar as ações educativas que, na visão do cuidador domiciliar, são oportunizadas pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, para a continuidade do cuidado no domicílio, na perspectiva ecossistêmica.

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar os aspectos que, na visão do cuidador, são abordados pelo enfermeiro no momento da orientação durante a internação hospitalar do usuário com DCNT;
- ❖ Examinar a suficiência das ações educativas em relação às necessidades do cuidado realizado pelo cuidador no ambiente domiciliar;
- ❖ Identificar as inter-relações entre os aspectos das ações educativas recebidas e a prática do cuidado do cuidador domiciliar ao usuário com DCNT na perspectiva ecossistêmica;
- ❖ Identificar as inter-relações entre os aspectos socioeconômicos e a prática educativa do enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura ora apresentada, buscou referências em trabalhos publicados e livros sobre o tema em estudo com a finalidade de sustentar o desenvolvimento da presente pesquisa. Os subcapítulos, que conduzem esse constructo, são: Contexto da educação em saúde no Brasil; Educação em Saúde sob a ótica do paradigma ecossistêmico; O cuidado e o cuidador de usuário com DCNT no ecossistema domiciliar; A pedagogia de Paulo Freire e sua relação com a prática educativa desenvolvida pelo enfermeiro.

2.1 Contexto da educação em saúde no Brasil

A evolução que ocorre nas mais diferentes áreas da ciência, bem como as intervenções que norteiam a práxis profissional, estão intimamente ligadas com o momento social, econômico e político em que se está vivendo. Do mesmo modo, as ações em saúde implicam em organização, objetivos definidos e compartilhados entre trabalhador, cuidador e usuários que não podem ser compreendidas isoladamente do contexto social e político do país. Assim este subcapítulo abordará um breve histórico das práticas educativas em saúde desenvolvidas no Brasil.

No final do século XIX e início do século XX o Brasil passava por importantes transições sociais, econômicas e políticas, entre as quais, destacam-se o êxodo rural para as grandes cidades, a abolição da escravatura, a chegada de imigrantes europeus no país, o desenvolvimento da indústria e do comércio (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Essas mudanças, atreladas à carente infraestrutura das cidades, declinou para condições sanitárias precárias acompanhadas de surtos endêmicos (BOARINI; YAMAMOTO, 2004).

Este período ficou conhecido como Higienismo, caracterizado pela maior atenção que os governantes deram as populações das cidades. Essa época ficou marcada por intervenções de uma educação em saúde controladora, com intuito de conter os surtos de tuberculose, peste, febre amarela, varíola, entre outras doenças endêmicas que assolavam as grandes cidades (PELICIONI; PELICIONI, 2007; REIS, 2006; ALVES; AERTS, 2011). Ressalta-se que esta política intervencionista que caracterizou a questão sanitária ganhou destaque pelas práticas

impositivas, autoritárias e coercitivas, sendo esse período lembrado também por importantes nomes da história sanitária brasileira como Oswaldo Cruz e Emílio Ribas (SABÓIA, 2003).

Entre as campanhas de saúde da época, salienta-se a campanha de vacinação contra a varíola que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, comandada pelo médico Oswaldo Cruz, que culminou no movimento popular que ficou conhecido como a Revolta da Vacina, pois essa intervenção que deveria ser de educação e promoção da saúde ficou marcada por conflitos violentos entre forças do governo populares, já que a população sem nenhum esclarecimento era forçada a receber vacina (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Cabe ressaltar que o setor saúde não ocupava destaque central na política do estado. As intervenções sanitárias como o controle de endemias e epidemias estavam diretamente atreladas ao setor econômico do país que se encontrava fragilizado, uma vez que, os navios vindo do exterior negavam-se atracar no porto do Rio de Janeiro devido a caótica situação sanitária da cidade, o que conseqüentemente, afetava a economia do país (POLIGNANO, 2016). Embora o modelo de intervenção campanhista, utilizado para vacinar a população tivesse sido criticado, os resultados obtiveram sucesso, pois a epidemia da varíola foi erradicada e a oligarquia cafeeira garantiu maior capacidade de produção e reprodução da força de trabalho (SABÓIA, 2003).

Na década de 20 destaca-se a Primeira Reforma Sanitária Brasileira sob o comando de Carlos Chagas, a partir da qual, ações em saúde e educação sanitária foram introduzidas à população (POLIGNANO, 2016). A educação sanitária substituiu a característica dos métodos repressivos, assumindo métodos preventivos e educativos, mas que, na prática, continuavam a ser impositivos e autoritários (SILVA et al., 2010). Na década de 30, as ações educativas em saúde permaneciam como tentativa de combate às doenças parasitárias e infecciosas para populações à margem social, pois com a criação do sistema previdenciário as ações de caráter coletivo ficavam em detrimento em relação à assistência médica individual (SILVA et al.; 2010).

Na década de 40, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi palco de importantes transformações nas atividades de educação sanitária, utilizando como estratégias de atuação, responsabilizar auxiliares de saúde a desenvolver tarefas educativas junto à comunidade em geral. Foi também nesse período criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) culminando com avanços na educação sanitária, influenciadas pelo conceito de saúde e novas discussões no processo saúde doença (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A criação do Ministério da Saúde nos anos 50 proporcionou diversas reorganizações administrativas, entre elas destaca-se já na década de 60 a criação da Divisão Nacional de Educação em Saúde, sendo a educação em saúde compreendida como um repasse de informações e conhecimentos sobre a saúde, baseados numa metodologia de depósito de informações (SOUZA; JACOBINA, 2009). Foi no final dos anos 60, que a aproximação dos profissionais de saúde com as teorias de educação libertadora do educador Paulo Freire favoreceu o surgimento do desenvolver de uma educação em saúde baseada na consciência crítica dos indivíduos e grupos, com possibilidade de transformar os hábitos de vida das pessoas (SABÓIA, 2003).

Nesta conjectura de resgate da educação em saúde no Brasil é relevante mencionar o surgimento da Educação Popular em Saúde na década de 70. Para Paludo (2001) o movimento de Educação Popular é inerente aos movimentos de forças políticas e culturais que buscam construções de melhores condições humanas para as classes subalternas. A Educação Popular retrata o ideário de profissionais da saúde influenciados pelas bases Freirianas, numa tentativa de busca ruptura de padrões estabelecidos pela educação tradicional alavancando uma abertura da tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (BRASIL, 2007).

Os pressupostos de Paulo Freire sustentaram e sustentam até os dias de hoje, ao menos teoricamente, intervenções no cenário da educação em saúde brasileira. Conforme Freire (2011), ensinar não é a mera transmissão de conhecimentos e, sim, criar perspectivas que sejam capazes de produzir ou construir tal conhecimento. Essa ideia e muitas outras que possibilitam aos sujeitos um conhecimento crítico-reflexivo, desconforta elites dominantes que se sentem prejudicadas quando grupos excluídos lutam por direitos que elas sempre tiveram. E, é nesta perspectiva de luta popular por direitos, que grandes transformações aconteceram e continuam a acontecer, inclusive no setor saúde.

No final da década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) tornou-se um marco histórico na política de saúde brasileira, pois a partir dela legitimou-se a Reforma Sanitária, onde, o conceito de saúde foi ampliado e cuja fundamentação foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Constituição Federal de 1988, regulamentado por meio da lei orgânica da saúde 8080/90, no ano de 1990 (SABÓIA, 2003). Com três décadas de criação, o SUS, apresentou grande avanços e conquistas na saúde dos brasileiros, porém ainda apresenta desafios, entre esses, destaca-se a fragmentação das políticas e programas de saúde (SOUZA; COSTA, 2010), obstáculo este que afeta direta ou indiretamente no desenvolver de uma educação em saúde eficaz.

A partir da década de 80 outros avanços e conquistas foram contemplados na área da Educação em saúde, entre esses, destaca-se a Educação Permanente em Saúde em 2004 e a Política Nacional de Educação (PNEPS) Popular em 2012 (BRASIL, 2004, BRASIL, 2012). A PNEPS, é compreendida como:

Perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação (BRASIL, 2012, p. 5).

Percebe-se, por meio desse breve resgate histórico, que a Educação em Saúde no Brasil, apresentou significativos avanços, inclusive com a contemplação da PNEPS. Reafirmando que os avanços nas ações em saúde implicam em articulações entre a sociedade e os órgãos públicos, não podendo ser compreendidas isoladamente. Porém, constata-se que as mudanças ocorreram basicamente na teoria, pois o que ainda prevalece nas práticas de educação em saúde, são intervenções depositárias de informações, produtoras e reprodutoras de discursos impositivos, a fim de construir sujeitos produtivos, obedientes, dóceis, aptos a seguirem as prescrições dos diferentes profissionais da saúde (SABÓIA, 2003).

2.2 Educação em saúde sob a ótica do paradigma Ecológico

A Educação em Saúde no Brasil apresenta-se atrelada e influenciada pelas transformações políticas, sociais e econômicas, conforme apresentado no capítulo anterior. Cabe, neste subcapítulo, apontar um outro elemento determinante que influenciou e continua a predominar nas práticas de educação em saúde, o paradigma cartesiano. Ele apresenta grande influência em todos os segmentos de atenção à saúde, sendo também grande desafio nas práticas educativas em saúde.

Segundo Capra (2001), a cultura ocidental vem sendo influenciada, por um paradigma que começou a ser formulado nos séculos XVI e XVII, mais especificamente, no período entre 1500 e 1700, culminando em transformações nos valores, bem como no pensar, agir, e visualizar o mundo. Trata-se do modelo cartesiano que possui como características o reducionismo e a fragmentação que influenciaram o pensar e agir médico, dando origem ao modelo biomédico que preconiza o corpo como uma máquina complexa que necessita de

inspeção de um especialista (KOIFMAN, 2001; PEREIRA; SIQUEIRA, 2008). Desta maneira, Pereira e Siqueira (2008, p.44), esclarecem que:

O fenômeno biológico é explicado pela química e pela física. Não parece haver espaço, portanto, dentro desta estrutura, para as questões sociais, psicológicas, espirituais [...].

O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento.

As influências do paradigma biomédico não se perpetuam apenas nas práticas da medicina moderna. Segundo Sabóia (2003) na área da educação em saúde, o reflexo do paradigma cartesiano reside fortemente, em e práticas educativas desenvolvidas em grupo e exigem para os participantes a confirmação de algum diagnóstico, transparecendo que os profissionais só acreditam no que veem, desconsiderando as informações verbais dos indivíduos e ainda criticando e considerando inaceitáveis hábitos, crenças, valores que não se enquadram em suas culturas.

Rigon e Neves (2011) mostraram, por meio de suas experiências profissionais, que a atuação hospitalar do enfermeiro fica dirigida a aspectos biológicos e tecnológicos, deixando a educação em saúde em segundo plano. Nesta perspectiva, educar em saúde significa um processo que se baseia na reflexão, na troca de experiências, no diálogo entre educador e educando. A forte influência do paradigma biomédico/cartesiano nas atividades educativas no ambiente hospitalar, enfatiza as tarefas nos aspectos biológicos e negligencia a educação em saúde, na qual, se trabalha caminhos para o desenvolvimento de um cuidado mais próximo da integralidade (VILA; VILA, 2007).

Para Sabóia (2003), as condições objetivas e subjetivas inerentes à a condição humana são claras nas práticas de educação em saúde, todavia, o modelo biomédico rompe esses aspectos e valoriza apenas o objetivo, sucumbindo dessa forma uma educação em saúde descontextualizada, prescritiva e fragmentada. A fragmentação e o estudo isolado das partes, já a algum tempo vem produzindo insatisfação a determinadas áreas do ensino. A não contemplação, por parte do paradigma mecanicista, principalmente nas ciências biossociais, entre outras insatisfações, levou Ludwig von Bertalanffy, a postular seus primeiros enunciados na década de 20, defendendo a concepção do organismo como uma totalidade ou sistema (BERTALANFFY, 2013).

A Teoria Geral dos Sistemas, mais tarde, formulada por Bertalanffy, defende que é imprescindível que os processos e as partes não sejam estudados isoladamente, mas é necessário que se resolva os problemas de organização e de ordem que os associam, os quais, acontecem

pela interação dinâmica das partes, fazendo com que o comportamento das partes quando estudadas isoladamente se torne diferente do comportamento do todo (BERTALANFFY, 2013).

Nesta contextualização, Pereira e Siqueira (2008, p. 49), argumentam que:

A Teoria Geral dos Sistemas tem por objetivo uma análise da natureza dos sistemas e da inter-relação entre eles em diferentes espaços, assim como a interdependência de suas partes. Ao invés de se reduzir o ser humano para o estudo individual e isolado da sua totalidade, da propriedade de suas partes ou elementos com órgãos e células, deve-se focalizar na contextualização do todo, ou seja, nas relações e interações entre as partes que se interconectam e interagem, sendo, portanto, possível a compreensão da realidade através da inserção social do ser humano.

A definição do novo paradigma, se mostra inteiramente apropriada para orientar e direcionar as práticas de educação em saúde, pois conforme Capra (2001), a assistência social e a saúde, sob o paradigma sistêmico, são constituídas por duas partes, a educação para a saúde e a política da saúde, que devem ser efetuadas concomitantemente. A resultante dessa nova concepção para a prática da educação em saúde concebe que o indivíduo compreenda que o seu comportamento e o meio ambiente afetam a sua saúde. Nesse enfoque acredita-se que a educação em saúde possa ser contemplada conforme seus pressupostos que vem sendo negligenciados ao longo dos anos.

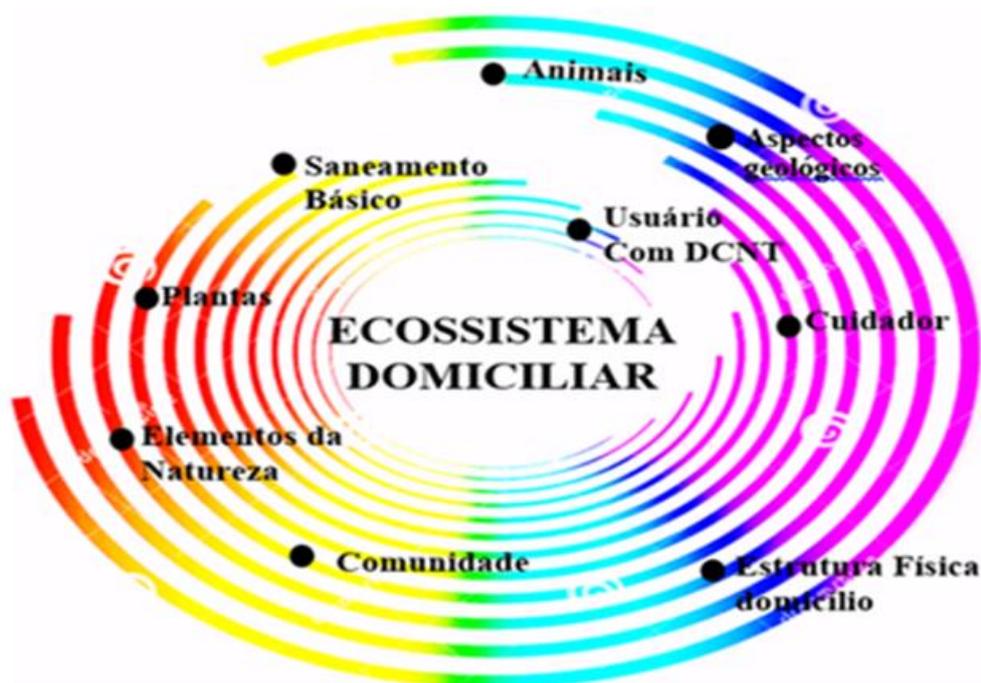
A aceitação de um novo paradigma requer não apenas mudanças conceituais nas ciências da saúde, mas uma reeducação maciça da população, e dos profissionais de forma geral, pois é mais conveniente a aceitação de uma doença qualquer do que procurar entender o contexto em que se está inserido (CAPRA; LUISI, 2014).

Assim, voltando-se para importantes fontes que subsidiam (ao menos na teoria) as atividades de educação em saúde, cabe destacar a pedagogia Freiriana que entre seus postulados defende uma educação como prática de liberdade que nega o homem abstrato, desligado do mundo, e, ao contrário considera o homem em suas relações com o mundo (FREIRE, 2011b). É inegável que essa entre várias outras ideias de Freire, vão ao encontro dos propósitos do paradigma sistêmico, também denominado por pensamento ecossistêmico ou holismo, pois esse modelo emergente considera as relações do homem em suas dimensões biopsicossociais e espirituais e o ambiente no qual está inserido (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

No presente estudo, o cuidador domiciliar é um elemento biótico pertencente ao ecossistema domiciliar, similarmente com os outros elementos que fazem parte dessa rede, entre eles: o usuário com DCNT, outras pessoas que coabitam esse espaço e outros seres vivos que dele fazem parte como, plantas, animais, dentre outros. Além destes, também são considerados

dentro dos elementos bióticos, a comunidade como um todo que interage neste ecossistema. Os elementos abióticos são aqueles que não tem vida, mas que influenciam no ecossistema e são compostos pela estrutura física do domicílio do usuário com DCNT e os da comunidade em geral, saneamento básico, elementos da natureza como o clima, aspectos geológicos, dentre outros, representados pela figura (Figura 1). Esses elementos, que compreendem o ecossistema domiciliar, mantém relações, são interdependentes e se inter-relacionam constantemente além de produzirem mudanças.

Figura 1: Esquema representativo dos elementos bióticos e abióticos que compõem o ecossistema do cuidador domiciliar.



Fonte: Figura elaborada pelos pesquisadores com base na Revisão de Literatura

A compreensão dos elementos que integram o ecossistema domiciliar do cuidador e usuário com DCNT, bem como, entender que pertence a esse ecossistema, permite ao enfermeiro desenvolver a educação em saúde ecossistêmica, ao considerar as relações entre os diferentes elementos que interferem na saúde e cuidado, possibilita compreender a multidimensionalidade que compõem os seres humanos. Dessa forma, a educação em saúde, dispensada no ambiente hospitalar durante o período de internação do usuário com DCNT, poderá fornecer ao cuidador domiciliar melhores condições para dispensar o cuidado no

domicílio, contribuindo para o bem estar, recuperação e promoção da saúde do usuário com DCNT.

Neste arcabouço de ideias, sustentadas pelo enfoque ecossistêmico, reforça-se a intenção, não de desconstruir, mas reconstruir paradigmas, concepções que sustentem práticas de trabalho, e possibilitem alavancar mudanças que emergem no cotidiano das práticas de educação em saúde. Destarte, conforme Zamberlan (2013) o ecossistema domiciliar é um ambiente que possui interatividades e singularidade, dessa maneira, os elementos que o formam estarão sujeitos a diferentes princípios ecossistêmicos destacados, neste estudo como: a não linearidade, a interdependência e as inter-relações que, se desconsiderados, serão exíguos para o cuidado e manutenção da saúde no domicílio.

Segundo Siqueira (2001) e Capra (2010) o princípio da **não linearidade** é característico de qualquer rede, sendo a rede de elementos que formam o ecossistema domiciliar uma rede de relações não lineares que se entrelaçam e se estendem em todas as direções, formando outras redes dinâmicas ligadas entre si, demonstrados na figura (Figura 2). Nesse sentido, compreende-se o ecossistema domiciliar como uma rede de relações **interdependentes** entre seus elementos, pois, por meio desse princípio é possível apreender como os elementos estruturantes da rede se influenciam mutuamente, ou seja, seres mais simples dependem dos mais complexos e vice-versa. Por conseguinte, cabe, destacar o princípio das **inter-relações**, também presente no ecossistema domiciliar, o qual representa um intercâmbio de energia, informações que alimentam o sistema, isto é, engendram as inter-relações. Nessa perspectiva é possível entender que os sentimentos, valores, emoções dos elementos interagem e se influenciam, conduzindo a dinâmica do sistema.

Figura 2: Esquema representativo dos princípios ecossistêmicos do ecossistema domiciliar



Fonte: Figura elaborada pelos pesquisadores com base na Revisão de Literatura

2.3 O cuidado e o cuidador de usuário com DCNT no ecossistema domiciliar

Este subcapítulo propõe uma contextualização do cuidado e do cuidador no ambiente domiciliar. Buscou-se na literatura uma revisão da produção científica sobre esses temas, já que, essas definições são importantes para subsidiar a construção deste estudo.

Na área da saúde, mais especificamente na área da enfermagem, diversos autores tem trabalhado com o conceito de cuidado, inclusive construção de teorias a respeito desse tema. Entre algumas teoristas cita-se Leininger (1991), Collière (1999) e Watson (1999). No Brasil, destaca-se a enfermeira, doutora em educação Vera Regina Waldow que tem apresentado importantes contribuições a respeito deste tema (WALDOW,2006).

Segundo Waldow (2006), o cuidado está relacionado a valores que priorizam a paz, a liberdade, o amor, o respeito, entre outros aspectos. Para a autora, cuidar é um fenômeno universal que modifica de acordo com o contexto em que as relações acontecem, sendo que as relações de cuidado se definem por conexões saudáveis que se refletem em ajuda mútua entre as pessoas.

Para Watson (1999), o cuidado efetiva-se apenas de forma interpessoal e cuidar implica em aceitar a pessoa como ela é e como ela poderá vir a ser, sendo assim, os fatores de cuidado empregam-se em situações de doença ou saúde, mas independentemente, o cuidado consiste na satisfação de certas necessidades humanas.

Collière (1999) destaca que o cuidado está conectado à manutenção da vida, assim cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diferentes na sua apresentação. Corroborando com esta ideia de diferenças nas formas de comportamento em relação ao cuidado, Leininger (1991), refere que esses fatores diferenciais parecem estar vinculados aos diferentes padrões culturais.

Nessa acepção, o cuidado é apresentado com um enfoque dos cuidados prestados pelos profissionais da área da saúde, em especial, da enfermagem, porém cabe aqui trazer uma diferenciação entre os padrões de cuidado, conforme diferenciado por Leininger (1991) que aponta que existe o cuidado profissional e o cuidado genérico. Enquanto o cuidado genérico encontra-se em todas as culturas do mundo e abarca aspectos naturais, caseiros e folclóricos de cuidar, o cuidado profissional é definido pelas maneiras que os indivíduos são expostos aos cuidados por profissionais da saúde. É importante trazer essa diferenciação entre o cuidado realizado pelos profissionais de saúde e pelas pessoas leigas, uma vez que esse constructo abordará este tipo de cuidado para o desenvolvimento de uma educação em saúde, durante a

internação hospitalar, à pessoas sem formação na área da saúde que facilite as ações do cuidado no domicílio do usuário, pelo cuidador.

O cuidado deve ser derivado da compreensão de crenças, valores e ações de saúde para atender as necessidades dos indivíduos. Nessa visão, os componentes interdependentes da estrutura social, física, ecológica, cultural e sócio-política, bem como a visão de mundo dos usuários, cuidadores e equipe de saúde podem influenciar o cuidado por meio das relações estabelecidas e do contexto ambiental, o qual precisa ser explorado para que o cuidado e sua relação com a saúde se efetive.

Partindo da contextualização do cuidado que abarca a Educação em Saúde, alicerçado nos fundamentos do pensamento ecossistêmico onde o estudo isolado das partes dá lugar ao estudo das relações (CAPRA; LUISI, 2014), não significa negar a doença, mas sim estudá-la como elemento inseparável da teia de relações que devem ser consideradas no desenvolvimento do cuidado.

À vista disso, o aumento das DCNT, as quais fazem parte do ecossistema abordado neste constructo, foi denominado pela OMS em 2011 como a “epidemia de DCNT”, onde as estimativas de mortes anuais no mundo, por esse grupo de doenças, girava em torno de 36 milhões (WHO, 2011). Conforme dados do Relatório Mundial sobre prevenção e controle das DCNT, em 2012 o número de mortes por estas doenças foi de 38 milhões, sendo 42% destas, consideradas prematuras (antes dos 70 anos de idade) e evitáveis. Assim, destaca-se as principais DCNT as pneumopatias, cardiopatias, câncer, acidentes cerebrovasculares e diabetes (WHO, 2014).

Ainda, segundo o mesmo relatório, em países de baixa e média renda as mortes por DCNT estão superando as doenças infecciosas (WHO, 2014). No contexto brasileiro esses dados se confirmam a partir do processo de transição demográfica e epidemiológica que o país vem passando. Segundo Duarte e Barreto (2012), o Brasil levou 40 anos para duplicar a população de idosos, enquanto na França essa transição ocorreu em 115 anos, além das DCNT, liderarem os índices de mortalidade, chegando a 72% em 2007 (BERNAL; MALTA; ISER; MONTEIRO, 2016).

O aumento das DCNT reflete pontos negativos do processo de globalização e urbanização. Esses movimentos trouxeram consigo mudanças nos estilo de vida das populações como uma vida mais sedentária, uma alimentação menos saudável, aumento no consumo de tabaco e álcool, entre outros. Essas mudanças comportamentais resultaram em distúrbios metabólicos variados, entre eles, aumentos da pressão arterial, aumento da glicose,

dislipidemias, aumento de peso/obesidade aumentando o desenvolvimento das cronicidades como diabetes, acidentes vasculares, câncer, doenças cardiovasculares, entre outras patologias (MALTA; SILVA JR, 2015).

Destarte, sinaliza-se para a emergente compreensão das doenças no contexto em que se desenvolvem. Conforme Capra e Luisi (2014), a abordagem crítica sobre o modelo mecanicista já vem sendo discutida por Capra desde o final da década de 70, porém os avanços na área da saúde ainda concentram-se em tecnologias minimamente invasivas, formas de diagnósticos aperfeiçoados, farmacologia cada vez mais avançada, refletindo em altos custos para a assistência à saúde, pois tais recursos são utilizados indiscriminadamente.

Outrossim, cabe ressaltar que as consequências do aumento das DCNT não podem ser condicionadas apenas aos de estilos de vida que os processos de desenvolvimento econômico ocasionam, mas também ao aumento das desigualdades sociais (MALTA et al, 2015), intensificando a lacuna entre ricos e pobres, dificultando progressivamente aos grupos mais vulneráveis, o acesso a bens e serviços básicos como alimentação saudável, assistência à saúde, educação, entre outros. Nesse sentido, constata-se a necessidade dos serviços de saúde adotarem abordagens sistêmicas de tratamento aos usuários (CAPRA; LUISI, 2014).

Conforme Zamberlan; Medeiros; Svaldi; Siqueira (2013), a compreensão do ambiente e das interações em que o ser humano está inserido podem produzir subsídios para o desenvolver de um tratamento integral, qualificando o cuidado em saúde/enfermagem. Desta maneira Capra e Luisi (2014) afirmam que esta forma de abordagem contextual permite compreender o todo. Sendo assim, o desenvolver de uma DCNT requer muito mais que um simples tratamento pontual e curativo, ou seja, requer uma abordagem que considere o indivíduo, a família, o ambiente e mais especificamente neste estudo, o cuidador do paciente com DCNT e a educação que este recebe do enfermeiro para desenvolver o cuidado.

Existem na literatura diferentes denominações que qualificam os cuidadores, visto que, pesquisadores usam dos resultados de suas pesquisas para formular uma definição. Para Costenaro e Lacerda (2002) cuidador é todo aquele que vive a experiência de cuidar e a expressa em diferentes momentos e situações. As mesmas autoras argumentam ainda que os cuidadores podem ser identificados em duas vertentes, os profissionais da saúde que abarcam em sua maioria os profissionais da enfermagem e os cuidadores significantes que compreendem as pessoas do familiar, do vizinho, do colega, do irmão da igreja, ou seja, aqueles que de alguma forma compõem a rede de relações sociais dos seres cuidados.

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), identificam os cuidadores familiares como cuidadores leigos. Já Marcon et al (2006) e Souza et al (2006), consideram como cuidador principal o familiar que se dedica, com maior parcela de tempo, a prestar o cuidado ao familiar que necessita de cuidados. Esse é caracterizado como sendo aquele que assume a responsabilidade do cuidado de algum membro da família, fazendo-o de maneira não remunerada.

A literatura aponta que os primeiros trabalhos abordando os cuidadores, datam da década de 60 com estudos de Grad e Sainsbury que evidenciaram as consequências das doenças mentais nas pessoas e famílias. Nos países desenvolvidos, a partir da década de 80 intensificaram-se os estudos, com foco, principalmente, em cuidadores de idosos com demência, devido as mudanças sociais, demográficas, econômicas deste período (MEDEIROS; FERRAZ; QUARESMA, 1998).

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família, possui, entre seus objetivos, uma parceria entre profissionais e cuidadores, buscando formas de sistematizar cuidados a serem realizados no domicílio, com intuito de dar suporte e apoio aos cuidadores (BRASIL, 2008). Porém, cabe ressaltar que este programa não abrange todas as comunidades e nem sempre seus objetivos são contemplados como é programado e esperado.

O documento Guia Prático do Cuidador, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2009), é destinado a orientar cuidadores que têm sob sua responsabilidade o cuidado de alguma pessoa com incapacidade ou deficiência (BRASIL, 2009). Entretanto, uma análise mais detalhada do documento permite observar que nele está contida uma vasta quantidade de informações técnicas que ao invés de auxiliar os cuidadores pode confundi-los ainda mais. Além disso, os guias e as políticas públicas, em sua grande maioria, priorizam ações preventivas de cuidado, voltados para a atenção básica e, pouco aos agravos já instalados.

No Brasil, estudos recentes com ênfase nos cuidadores (TSUKAMOTO et al., 2010; BRONDANI, et al., 2010; BIOLO; PORTELLA, 2010; GARCIA et al., 2011; SILVA et al., 2012; SILVEIRA et al., 2012; NARDI et al., 2012; COSTA; CASTRO, 2014; ALTAFIM; TOYODA; GARROS, 2015), enfatizam diferentes objetivos relacionados a essa temática. E em sua maioria, o foco das pesquisas trabalha com cuidadores de pessoas idosas, e mencionam, principalmente, a sobrecarga e as dificuldades apresentadas pelos cuidadores ao desenvolver os cuidados no ambiente domiciliar.

Segundo Altafim; Toyoda; Garros (2015), o atendimento de pessoas no domicílio é uma prática existente na Antiguidade e sempre esteve ligada à solidariedade e a caridade. Ainda

segundo as autoras, o cuidado domiciliar é uma tendência em países como Estados Unidos e Canadá. Na América Latina as experiências de internação domiciliar, datam da década de 80, especialmente na Argentina. O cuidado no domicílio de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, vem crescendo consideravelmente no Brasil, colocando a assistência domiciliar como importante modalidade de assistência à saúde (BRONDANI et al., 2010). Neste sentido, destaca-se a Política Nacional de Humanização que traz nas suas diretrizes específicas por nível de atenção, a necessidade, de desenvolver mecanismos de desospitalização na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2004). Entretanto, não aborda o cuidador, sendo que este, é um componente importante para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

O cuidado domiciliar, compreende diferentes dimensões que não podem ser desconsideradas pelos profissionais da saúde, pois cada ambiente apresentará sua particularidade, muitas vezes, condicionando e influenciando no desenvolvimento do cuidado. (GARCIA et al, 2011). Desta maneira, para Nardi et al (2012), é necessário que o profissional da saúde, principalmente, o enfermeiro durante a internação hospitalar do usuário com DCNT prepare o cuidador para proporcionar continuidade do cuidado no domicílio. Nesse aspecto é necessário abarcar uma visão ampliada na educação em saúde, e considerar os diferentes elementos que farão parte das ações de cuidado no contexto do ambiente domiciliar. Em relação a esses aspectos, percebe-se uma certa lacuna nas publicações referentes ao desenvolvimento de uma Educação em Saúde voltada para cuidador no ambiente hospitalar que o subsidie o desenvolvimento do cuidado no domicílio, após a alta hospitalar. Sendo assim, torna-se imprescindível considerar a prática do enfermeiro enquanto educador no espaço de internação hospitalar, que possibilite a extensão do cuidado no domicílio. Entretanto, torna-se necessário, explorar a existência no domicílio das especificidades necessárias para a continuidade do cuidado.

2.4 A pedagogia de Paulo Freire e sua relação com a prática educativa desenvolvida pelo enfermeiro.

A Educação Libertadora iniciou no Brasil, nos anos 60 e teve em Paulo Freire seu principal representante, o qual ficou conhecido mundialmente por difundir uma proposta revolucionária de alfabetização de adultos. Para Freire a Educação Popular verdadeiramente libertadora é construída a partir de uma educação problematizadora alicerçada no diálogo crítico, libertador, na tomada de consciência da condição existencial (FREIRE, 2011b).

Segundo Gadotti (1994), a corrente pedagógica libertadora, rompe os limites da pedagogia e, outrossim, insere-se no âmbito da política, economia e ciências sociais. Ela é uma maneira de participação dos diferentes profissionais e agentes do povo, no desenvolver de um trabalho pedagógico com o homem e a coletividade, incentivando o aprendizado e a investigação, capazes de suscitar estratégias de luta e enfrentamento (BRASIL, 2007).

Nesta acepção, na década de 70, constituindo-se em bases Freirianias, emerge no Brasil, a Educação Popular em Saúde. Por meio de experiências de profissionais da saúde nos movimentos de Educação Popular, alavancando para o setor saúde a aproximação e relações mais estreitas com as classes populares. Essa nova conexão entre intelectuais, profissionais da saúde e população, permitiu o repensar das práticas em saúde e, principalmente, as políticas de saúde que eram voltadas meramente para a expansão dos serviços médicos privados e hospitalares, negligenciando-se as ações educativas e de promoção em saúde (BRASIL, 2007).

A Educação Popular em Saúde visa promover o diálogo que conduz a emancipação incentivando a mobilização de autonomias individuais e coletivas na luta por direitos, proporcionando significativas mudanças sociais (BRASIL, 2007). Ressalta-se que este método de educação popular tem servido como base de documentos públicos e de políticas nacionais, bem como sustentado estratégias do Ministério da Saúde de forma a qualificar a relação entre os cidadãos, trabalhando na perspectiva da integralidade, de saberes e práticas para a emancipação e autonomia de grupos populacionais que historicamente foram excluídos da participação dos rumos da sociedade (BRASIL, 2007).

Em relação a enfermagem, a educação desde o início do século XX vem sendo considerada parte fundamental de sua prática e indispensável na promoção da saúde e prevenção de doenças. Tem sido considerada essencial para tratar a multiplicidade das necessidades de saúde, pois ela representa um vínculo elementar entre provedores e receptores do cuidado e importante mecanismo de transformação no cuidado de enfermagem. Assim, a educação de pacientes é considerada como um dos componentes do cuidado disponibilizado pelos enfermeiros, ou seja a função educativa deste profissional, por décadas, está ligada ao desenvolvimento da profissão. O ensino de pacientes tem sido considerado uma atividade da enfermagem que costuma educar não só o paciente, como também as famílias, cuidadores, amigos, a equipe de trabalho, entre outros (BASTABLE, 2010).

Em contrapartida, David e Acioli (2010) argumentam que a educação em saúde sempre foi bastante ressaltada na enfermagem, porém, mesmo reconhecendo o enfermeiro como educador, a ação educativa permanece como prática complementar e não inerente da prática

profissional. Nessa concepção, a ação educativa é vislumbrada apenas como mais uma atividade do processo de trabalho, reproduzida dentro dos pressupostos da hegemonia biomédica. Entretanto, no Brasil, com a criação da lei 7.948/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87, os enfermeiros passam a ter suas atribuições melhor definidas e, conseqüentemente, passam a obter maior reconhecimento do seu trabalho, além de ficarem definidas atividades privativas deste profissional. Entre essas, cabe destacar a educação em saúde que objetiva alcançar melhoria da saúde da população (BRASIL,1986; BRASIL,1987).

Nos Estados Unidos, mandatos legais e creditações tornaram o papel de educador, parte integrante do cuidado de alta qualidade a ser promovido por todos os enfermeiros licenciados (BASTABLE, 2010), porém segundo Donner; Levonian; Slutsky (2005), embora por lei os enfermeiros possam ensinar, poucos tiveram sequer preparação sobre princípios de ensino/aprendizagem.

Corroborando com esta afirmação, David e Acioli (2010), argumentam que o enfermeiro na relação com o paciente e/ou coletividade é aquele que sempre tem algo a dizer, discurso esse socialmente aceito e cotidianamente usado pela profissão. Entretanto, constataram que o enfermeiro não reconhece a potencialidade e responsabilidade pedagógica do seu trabalho.

Com base nestas afirmações, percebe-se que as práticas educativas dos enfermeiros são alicerçadas em conhecimentos simplistas e pouco aprofundados. Os profissionais da saúde, incluindo os enfermeiros desenvolvem seus estudos a partir de teorias educativas, entre essas destaca-se a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Porém cabe ressaltar que, principalmente, no cenário hospitalar, a educação em saúde permanece apoiada na transmissão de conhecimento, nas relações verticalizadas que predominam no modelo biologicista (RIGON; NEVES, 2011). Ao utilizar métodos prescritivos sem a participação e compreensão do usuário e do cuidador, existe a limitação de transmissão de conhecimento, sem estar acrescentando conhecimento ao outro.

A respeito de condutas prescritivas, Freire (2011b) afirma que esta conduta é prática elementar na relação de opressores e oprimidos, pois transforma a consciência de quem recebe a prescrição, numa consciência hospedeira que não permite o pensar, o refletir, apenas o executar. Neste sentido, percebe-se a importância da prática educativa do enfermeiro estar alicerçada no diálogo, no respeito, na relação com o outro.

Ao refletir sobre a formação acadêmica do enfermeiro, Cecagno (2015) enfatiza a necessidade, de estar alicerçada no paradigma ecossistêmico, ou seja, que considere as relações, as inter-relações existentes entre todos os elementos que dela fazem parte, oportunizando ao

enfermeiro uma formação capaz de compreender o ser humano em seu espaço/tempo que conseqüentemente, refletirá nas práticas do futuro profissional e do mesmo modo poderá vir a desenvolver uma educação em saúde baseada nos pressupostos de sua formação, superando velhos paradigmas e percebendo o usuário em sua multidimensionalidade.

Partindo da apropriação da pedagogia de Paulo Freire, enriquecida com leituras de diversos autores que discutem a função educativa dos profissionais de saúde, em especial, do enfermeiro, emergiram diversas inquietações e indagações a respeito dos métodos utilizados pelos enfermeiros no ambiente hospitalar para orientar os cuidadores a exercer o cuidado no âmbito domiciliar ao usuário com DCNT. Pensando na atuação educativa do enfermeiro, percebe-se a importância de não tratar os usuários como meros receptores de informações, que não possuem expectativas, desejos, anseios, saberes (BASTABLE, 2010).

Na linguagem Freiriana esse método é conhecido como educação bancária, definida como sendo a prática que o educador deposita informações, faz comunicados para os educandos, tratando-os como vasilhas vazias a serem preenchidas, negando a possibilidade do diálogo, da comunicação (FREIRE, 2011b).

Segundo Rigon e Neves (2011), a prática hospitalar do enfermeiro está direcionada a aspectos biológicos e tecnológicos, além da sua atuação estar focada na assistência e gerenciamento, em detrimento do desenvolvimento de atividades de educação em saúde. As autoras afirmam que a educação em saúde biologicista, prescritiva de comportamentos, presente no ambiente hospitalar, necessita ser superada, por meio do desenvolver de uma educação com base libertadora.

Esta forma de atuação do enfermeiro no desenvolver da sua prática, segundo Cecagno (2015), é sustentada pelo modelo vigente de formação destes profissionais, pois este não assevera a percepção do ser humano como elemento integrante de um todo, ou seja, a formação tem se perpetuado de forma fragmentada, reproduzindo pensamentos e formas de atuação também fragmentadas, desconsiderando, os elementos que compõem a rede de relações em que os indivíduos estão inseridos e o quanto essas relações influenciam no processo de doença, bem como de recuperação, e promoção da saúde.

Desta forma, destaca-se para um ponto fundamental da Teoria de Paulo Freire, a problematização que abarca a humanização e a generosidade. Freire (2011b), afirma que o modo de educação bancária, ou seja, de depósito de informações, que nega a reflexão e o diálogo, sucumbe com o poder criador do educando, intensificando sua ingenuidade e negando a sua criticidade. O educador ao desenvolver a educação bancária tem a convicção que está

praticando um ato de humanização e generosidade. Porém, trata-se de um humanitarismo que apenas o preserva, na sua posição de inquestionado e mantém sua falsa generosidade, pois diante seu ponto de vista está socorrendo quem precisa do seu saber.

Tomando por analogia a ideia de Freire a respeito da humanização e generosidade, os usuários, familiares, cuidadores e comunidade podem ser considerados como educandos e o enfermeiro como educador. Partindo deste silogismo cria-se condições de repensar a prática educativa do profissional enfermeiro, como educador. Esse fato, não com o intuito de formular respostas, mas sim provocar perguntas e inquietações. O enfermeiro na aproximação com seus educandos pode estar mergulhado na falsa humanidade e generosidade, uma vez que o ato de prestar assistência pode remeter a um ato de caridade para com o outro. Portanto, a forma de relação estabelecida entre enfermeiro e educando, precisa ser questionada e repensada para verificar se a postura adotada não se enquadra em prol de uma consciência tranquila do educador em vez de uma relação de libertação do educando.

Nessa acepção é relevante que o enfermeiro ao assumir suas atividades como educador, durante o período da hospitalização do usuário e, não apenas na pré-alta, realize junto com o cuidador um plano educativo baseado nas necessidades emergentes do cuidador, a ser instituído no domicílio. Esse plano deve ser elaborado a partir das dúvidas e anseios do cuidador, com base nas condições clínicas, espirituais, cognitivas, sociais, prognóstico da pessoa que está sob seus cuidados e especificidades ambientais disponíveis e necessários para prestar o cuidado. O enfermeiro educador precisa realizar as ações educativas utilizando o método da problematização, com o modelo democrático que envolve: diálogo, respeito e valorização do saber do cuidador.

O modelo educacional democrático, não apresenta o educador como um mero transmissor de informações, o enfoque centra-se no aprendiz. Neste sentido, o educador é visto como um facilitador, um orientador (FREIRE, 2011b). A prática educativa precisa pautar-se no conhecimento que cada um possui e a partir daí utilizar uma linguagem dialógica, reflexiva e transformadora (FREIRE, 2011). Desta maneira, o enfermeiro assumindo sua condição de educador, precisa considerar que a Educação em Saúde tem tomado dimensões que vão além do enfoque biomédico de assistência e, assim, engloba elementos políticos, econômicos, culturais, ambientais, entre outros (SOUSA et al; 2010).

Com base nesta contextualização, vislumbra-se o processo de desenvolvimento da educação em saúde como algo multidimensional que abrange diferentes elementos que devem ser considerados no ato de educar. Portanto, considerar o saber do educando, valorizar o

diálogo, respeitar o ponto de vista do educando, não se colocar na posição de detentor do saber, mas sim de ser inacabado, aberto a novas reflexões são maneiras que podem levar o enfermeiro a trabalhar uma educação em saúde verdadeiramente sincera e transformadora.

3. METODOLOGIA

No decorrer deste capítulo, serão descritos os passos metodológicos adotados na presente pesquisa. Segundo Minayo (2014), a metodologia representa o caminho a ser seguido no processo de pesquisa e embasado neste referencial teórico. A metodologia contempla o Tipo de estudo; Cenários da Pesquisa; Participantes da Pesquisa; Coleta de dados; Análise e Interpretação dos dados, abarcando ainda os Aspectos éticos, a Análise Crítica dos riscos e benefícios.

3.1 Tipo de Pesquisa

O estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Optou-se por esta abordagem pois, de acordo com Minayo (2014), ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Além disso, permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes.

Pesquisas descritivas tem como objetivo descrever características de dada população, bem como do fenômeno ou estabelecimento de relações de variáveis. As pesquisas descritivas direcionam para o levantamento de opiniões, crenças, atitudes de determinada população (MINAYO, 2014).

Explorar uma realidade significa identificar suas características e possíveis mudanças. Pode apresentar-se de diversas formas, entre as quais o estudo exploratório que permite ao investigador aumentar a experiência sobre determinado problema, criando maior familiaridade para explorar e se aproximar do tema (MINAYO, 2014).

Optou-se pela abordagem qualitativa e pelas fases descritiva e exploratória pois, entende-se que por meio deste caminho será possível a contemplação dos objetivos desta pesquisa. Acredita-se também na possibilidade de elucidar informações que contribuirão para um direcionamento da prática educativa para os cuidadores de usuários com DCNT, no período de internação hospitalar.

3.2 Cenário da Pesquisa

O cenário, propriamente dito, da pesquisa foi o domicílio dos usuários com DCNT que estiveram internados no segundo semestre de 2016 na unidade de Clínica Média do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr e Clínica Médica São Roque da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande.

3.3 Participantes da Pesquisa

Foram selecionados 08 cuidadores de usuários com DCNT, mais especificamente, acometidos por patologias cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratórias e câncer, pois são as mais enfatizadas pela OMS (2013), internados, no momento da coleta de dados, nas unidades hospitalares: Clínica Médica do HU/FURG e Unidade São Roque da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande. Destes 08 cuidadores, 07 estavam acompanhando usuários internados na unidade São Roque do Hospital Santa Casa e 01 no HU-FURG.

3.4 Locais de Seleção dos Participantes da Pesquisa

A seleção dos participantes foi efetivado na Unidade de Clínica Média do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr – HU/FURG e Unidade de Clínica Médica São Roque da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

3.4.1 Unidade de Clínica Médica do HU/FURG

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG que se situa na cidade do Rio Grande/RS. Tem por finalidade implementar as políticas públicas do SUS, bem como, promover e incentivar o desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, objetivando a integração do ensino com a assistência. Foi criado por meio de Portaria Federal, em 1976, e inicialmente instalado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. O atual prédio que iniciou apenas com o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e a Unidade de Clínica Médica, hoje conta com o Centro Cirúrgico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Geral, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Centro Obstétrico, Pediatria, UTI Neonatal, Hospital Dia – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e Hospital Dia – Doenças Crônicas, entre outros.

A partir de novembro de 2015, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., passou a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual, tem

por missão aprimorar permanentemente a gestão dos Hospitais Universitários Federais para prestarem atenção de qualidade à saúde no âmbito do SUS e fornecerem um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa e extensão para docentes e discentes.

A criação desta empresa integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais, apoio técnico e à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

O HU/FURG, dispõe de 203 leitos, atende 100% SUS e disponibiliza internações e consultas nas mais diversas especialidades médicas, exames de laboratório e imagiologia, além de oportunizar a assistência integral por meio dos serviços prestados por Enfermeiros, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Psicólogos, Fonoaudióloga, Nutricionistas, e Educadores Físicos, entre outros profissionais.

A unidade de Clínica Médica desta instituição, um dos espaços da pesquisa, conta com 49 leitos, sendo 8 enfermarias com 5 leitos, 2 quartos com 2 leitos e 1 enfermaria com 3 leitos, destinadas a pacientes com SIDA, além de um quarto de isolamento com 2 leitos. A equipe de enfermagem atuante na unidade é composta por 5 enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem, estando distribuídos em escala, da seguinte forma: Turno da manhã: 7 técnicos, 2 auxiliares de enfermagem e 2 enfermeiros; Turno da Tarde: 7 técnicos, 2 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeiro; Noite I: 6 técnicos, 2 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeiro; Noite II: 7 técnicos, 1 auxiliar de enfermagem e 1 enfermeiro. Mantém uma taxa de internação – demanda espontânea- de 95,28 % de ocupação anual.

3.4.2 Unidade de Clínica Médica São Roque da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande.

O outro cenário em que ocorreu a seleção dos participantes refere-se ao Hospital Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, mais especificamente, a unidade de Clínica Médica. Essa Instituição caracteriza-se como entidade filantrópica, prestando atendimentos à usuários conveniados, particulares e pelo SUS. Esta instituição oferece serviços de alta complexidade, é referência nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Centro de Queimados, buco-facial e Cirurgia Vascular, sendo composta por um Hospital Geral, um Hospital Psiquiátrico e um Hospital Cardiológico, totalizando 23 setores.

Destes há três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's), duas emergências, três blocos cirúrgicos, totalizando 500 leitos.

Neste cenário, o levantamento dos participantes da pesquisa foi desenvolvido na Unidade São Roque. Esta unidade é classificada como uma unidade de Clínica Médica, composta por 43 leitos que atende exclusivamente usuários do SUS. A equipe de enfermagem da unidade é formada por: uma enfermeira assistencial, quatro técnicas de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem pela manhã; uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem à tarde e uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem em cada noite. Uma enfermeira administrativa atua também nos turnos manhã e tarde, com a função de gerenciar a unidade. Possui uma taxa de internação – demanda espontânea- de 85 a 90% de ocupação mês.

A escolha destas unidades como ponto de partida desta pesquisa se deu pelo fato de ambas possuírem grande percentagem de pacientes com DCNT, de origem cerebrovascular, cardiovascular e respiratórias. Dentre elas destacam-se, acidente vascular cerebral, pneumonia, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras.

Para a seleção dos participantes foram observados os seguintes critérios de **inclusão**:

- Possuir idade mínima de 18 anos;
- Ser cuidador domiciliar do usuário com DCNT cerebrovasculares, cardiológicas e/ou respiratória internados, no período da coleta de dados nas unidades clínicas selecionadas;
- Residir na cidade do Rio Grande/RS-Brasil.
- Aceitar participar da pesquisa;
- Permitir a divulgação dos dados em trabalhos científicos.

Serão observados como critérios de **exclusão**:

- Cuidadores de usuários internados por um período inferior a 7 dias;
- Possuir formação da área da saúde;
- Cuidador de usuário com DCNT associada à Doença Crônica Transmissível

3.5 Coleta de dados

Para a seleção dos participantes foram realizadas visitas diárias a cuidadores de usuários com DCNT internados nos meses de outubro e novembro de 2016 em duas unidades de clínica médica dos dois hospitais selecionados para a pesquisa. Na primeira abordagem, foram explicados os objetivos da pesquisa e listado em uma planilha os dados daqueles cuidadores que posteriormente a alta do usuário com DCNT estavam interessados em contribuir com a

pesquisa. Desta maneira, após contato com os interessados, as visitas continuaram a ser realizadas, porém com a frequência de três vezes por semana, afim de, estreitar vínculo com os prováveis participantes, bem como, recrutar novos participantes e monitorar as altas hospitalares dos usuários daqueles cuidadores que se mostraram interessados em participar da pesquisa. Inicialmente, foram recrutados 20 participantes.

Após a alta hospitalar do usuário com DCNT, foi realizado contato com aqueles cuidadores que manifestaram interesse em participar da pesquisa. Dos 20 iniciais, 05 desistiram de participar, 02 usuários foram a óbito e 02 foram transferidos para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 01 reinternou antes da coleta dos dados e 02 não atenderam as ligações. Desta maneira o número de entrevistados foram de 08 participantes, seguindo-se o critério da saturação das informações, pois houve a repetição dos discursos transcritos, sinalizando que o objeto foi apreendido. Esse critério baseia-se na ideia de que existe um número limitado de versões da realidade, pois apesar de as experiências terem aspectos de unicidade para cada sujeito, as representações são forjadas em processos sociais (MINAYO, 2014).

A coleta dos dados teve início logo após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (Anexo A), bem como após a autorização da Direção geral dos hospitais Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande e da Gerência de Ensino e Pesquisa HU/FURG (Apêndices A e B) e, das coordenações de enfermagem de ambos hospitais integrados a este estudo (Apêndices C e D).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Sobre a técnica de entrevista, Minayo (2014) afirma que esta faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, onde o pesquisador busca informações por meio das falas dos participantes. Assim a entrevista como fonte de informação, fornece dados primários e secundários os quais incluem crenças, valores, fatos, opiniões, sentimentos, etc.

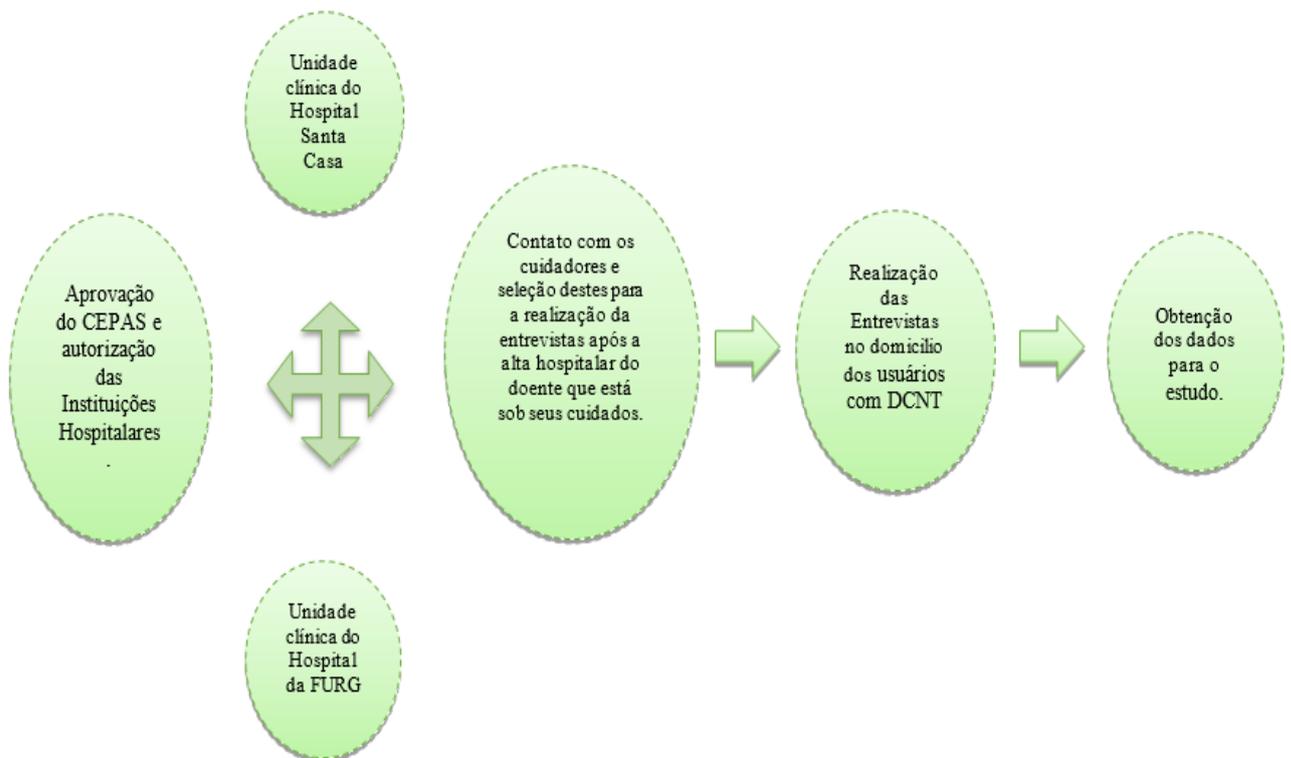
A entrevista semiestruturada é denominada como aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições fixadas pelo entrevistador. A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação social entre o entrevistador e o entrevistado. Trata-se de uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva em que o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum são condições essenciais para apreender o objeto de um estudo qualitativo (MINAYO, 2014).

Para a realização da entrevista semiestruturada, foi utilizado um roteiro norteador para entrevista com questões fechadas e abertas (Apêndice E), construído, especificamente para este trabalho. Sobre o roteiro, como instrumento de trabalho de campo, Minayo (2014, p. 99), afirma que:

Visando a apreender o ponto de vista dos atores sociais, previsto nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. É um Instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

A primeira parte do roteiro abordou questões fechadas referindo-se a caracterização dos participantes. A segunda etapa conteve questões abertas, que serviram de guia norteador para a entrevista que foi gravada e após transcrita na íntegra pelo pesquisador principal. A coleta de dados pode ser sintetizada no seguinte esquema (figura 3):

Figura 3: Esquema Representativo da coleta de dados



Fonte: Figura elaborada pelos pesquisadores com base na metodologia utilizada

3.6 Aspectos éticos

Para que os critérios éticos fossem contemplados, foi encaminhado um termo de autorização para a realização da pesquisa à Direção da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande e do HU/FURG (Apêndices A e B) e a coordenação de Enfermagem (Apêndices C e D) dos referidos hospitais. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG (Apêndice F), com a finalidade de atender às exigências da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Ressalta-se, que o pesquisador principal assumiu o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução 466/12 do CONEP/MS (BRASIL, 2012), garantindo a autonomia dos participantes de maneira que pudessem livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes do estudo sanar dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

Foi esclarecido que a contribuição dos participantes por meio de instrumento da coleta dos dados, o qual não representou, nenhum risco às dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase de desenvolvimento da pesquisa. Os participantes tiveram liberdade de participar ou não da pesquisa, sem serem penalizados por isso, tiveram garantia do esclarecimento de suas dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento desta pesquisa. Garantido a privacidade, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados foram usados exclusivamente para a concretização do estudo. Foi garantido o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas da pesquisa, assegurando-lhes condições de acompanhar esses processos e também da garantia do respeito aos preceitos éticos e legais, conforme a Resolução 466/12 da CONEP/MS sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Explicado aos participantes que, após as entrevistas, os depoimentos foram transcritos de forma literal, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados. Logo após, essa transcrição foi entregue aos participantes, a fim de que fosse avaliada e validada pelos mesmos. Os dados foram organizados, analisados, divulgados e publicados, sendo a identidade preservada em todas as etapas. Para garantir a preservação das identidades e o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pelas letras C (cuidador), seguida de números arábicos C1, C2, C3 e assim sucessivamente, conforme a ordem das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice G) juntamente com os participantes, e sua anuência com assinatura do mesmo, tendo em vista ressaltar o objetivo, metodologia, e o seu anonimato. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante deste estudo e a outra arquivada pelo pesquisador principal, juntamente com os demais dados, os quais serão guardados no período de 5 anos no Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde, sob a liderança da orientadora Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira e, após esse prazo, serão destruídos.

Todos os princípios da Resolução 466/12 estão descritos no TCLE. Ressalta-se que, além desses aspectos, durante todo o processo de pesquisa observou-se os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, a saber: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

3.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios

A princípio, não existiam riscos prejudiciais à integridade dos participantes desta pesquisa. Entretanto, havia possibilidade de os mesmos, ao rememorar os fatos de suas vidas, se emocionarem, possibilitando sentimentos negativos ou positivos. Nos possíveis casos negativos. O pesquisador assegurou dialogar e orientar, e decidir em conjunto com os participantes da pesquisa a continuidade ou suspensão das entrevistas.

3.6.2 Explicação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores pesquisadores responsabilizaram-se por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa e tiveram o compromisso com a confidencialidade dos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

3.6.3 Explicação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

A suspensão da pesquisa aconteceria frente à recusa de participação de todos os participantes convidados. Os participantes foram deixados à vontade para comunicarem

verbalmente aos pesquisadores sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou por e-mail.

3.6.4 Declaração que os resultados serão tornados públicos

Ao término deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), para consultas em elaborações de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias e artigos de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos.

Assume-se o compromisso de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de publicações científicas, e de publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declara-se, ainda, que não há conflitos de interesses entre as pesquisadoras e os participantes da pesquisa. São aceitas as responsabilidades pela condução científica do estudo em questão.

3.6.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados

Afirma-se que, durante a realização desta pesquisa, os dados ficaram sob a tutela da pesquisadora responsável para poder realizar a análise e sua comparação. O sigilo dos documentos foi assegurado por meio do Termo de Confidencialidade (Apêndice H). Após, os mesmos foram arquivados em caixa lacrada, onde permanecerão por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, sendo guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Professora Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora e líder do referido grupo.

3.6.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES responsabilizaram-se pela infraestrutura necessária para a produção da pesquisa. Salienta-se que os custos do projeto ficarão a cargo dos pesquisadores.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a descrição dos dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, realizadas com os participantes. A fim de facilitar a visualização dos dados foram organizados 08 quadros com os resultados obtidos por meio das entrevistas

QUADRO 1- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dados sociodemográficos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
Idade	29	59	40	29	28	41	65	22
Orientação sexual	M	M	M	F	F	F	F	F
Raça	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca
Estado Civil	Solteiro	Divorciado	Casado	Divorciada	Solteira	Casada	Casada	Solteira
Grau de escolaridade	Ensino Médio	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior	Ensino Superior	Ensino Superior	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental	Ensino Médio Incompleto
Ocupação Profissional	Motorista	Desempregado	Funcionário Público	Desempregada	Desempregada	Do lar	Do lar	Desempregada
Renda Familiar	3.000,00	880,00	2.500,00	2.000,00	1.500,00	2.500,00	3.000,000	1.500,00
Local onde Reside	Bairro São Miguel	Bairro Hidráulica	Bairro São Miguel	Bairro Umaitá	Bairro da Quinta	Bairro Mangueira	Bairro Bulcos	Bairro Cidade Nova
Naturalidade	Riograndino	Riograndino	Riograndino	Riograndina	Riograndina	Riograndina	Riograndina	Riograndina

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 2 – A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADOR

Participantes	A educação em saúde para o cuidador
C1	A gente perguntava sobre a medicação, se ia dar alguma reação, a gente perguntava, procurava a enfermagem para tirar dúvidas, daí elas explicavam, mas se não for tirar as dúvidas elas (equipe de enfermagem) não vem; O médico da radioterapia nos orientou, em relação aos cuidados e as reações que poderia ter; Sobre as condições do domicílio, não foi perguntado nada, eles (equipe de enfermagem), só falavam da medicação se poderia dar reação; Hoje mesmo, eu fui pesquisar algumas coisas na internet, o suco, qual suco e bom para ela (mãe) tomar, eu estou sempre atrás do conhecimento.
C2	Quando a gente pergunta, elas falam, orientam não se negam a nada[...]; [...]o óleo de girassol para passar na ferida (escara), as enfermeiras (refere-se a equipe de enfermagem) falaram que era bom usar este óleo; Não perguntam nada sobre o domicílio, só o cuidado mesmo, em casa não tem nada a ver, eles (enfermagem) nem querem saber sobre isso. Aqui em casa não tinha e como sou carpinteiro eu fiz esse suporte para pendurar a dieta, mas ninguém falou que eu fizesse, fiz porque vi que precisava; Eu aprendo no olho, como trocar ela (mãe), vai aprendendo no olho, cada vez que eles (enfermagem) vinham trocar ela eu ficava de olho, a dieta também foi assim, no olho.
C3	A enfermagem (refere-se aos técnicos), iam lá conversavam, mas não passavam nenhum tipo de orientação; Todas as orientações era a padrão (refere-se a enfermeira) que dava, então quando tínhamos dúvidas, nos reportava a ela; Quando viemos embora a enfermeira falou assim: a senhora vai ter que cuidar na hora de sentar, se movimentar, pois é perigoso ao puxar e machucar (informações sobre a sonda vesical); Em relação a estrutura para cuidar em casa não, isso não foi perguntado; O sódio, o sal né, da mãe estava muito abaixo de 135 e o normal era 135, isso eu sei porque gravei no hospital, o médico falando para outro acompanhante e aí eu falei para ela, que tinha que comer um pouquinho mais de sal.
C4	Eu só sabia das coisas porque eu perguntava; A única pessoa que chegava lá (na unidade de internação) e nos dava algumas orientações era o residente de medicina; Em relação as nossas condições para cuidar em casa? Não nunca perguntaram nada, elas (enfermagem) não sabem nada de nós, elas (enfermagem), só chegavam, faziam a medicação e iam embora; O ano passado ele (pai) começou a fazer insulina e eu trouxe um amigo que é diabético e que faz uso de insulina, esse meu amigo ensinou como usava a caneta, ensinou que pode fazer na barriga, no braço, dentro da perna, também eu busco muito, estudo pela internet.
C5	Em relação a orientações, a estudante de medicina veio e nos orientou, só ela, os enfermeiros não, acredito que eles (enfermagem) davam preferência de passar informações para quem não tinha ninguém para cuidar, mas o tratamento em si foi bom; [...] mas eu sempre achei a enfermagem muito atenciosa[...]; Em relação ao domicílio não, ninguém pergunta isso; As dúvidas que eu tenho, eu corro para a internet, o óleo mesmo, eu pesquisei na internet e depois que a mãe foi para o hospital eu nunca mais usei o óleo, a internet é uma boa ferramenta para mim.
C6	Eu sei tudinho, porque a primeira vez que ela internou na UTI, as gurias(enfermagem), antes dela (filha) dar alta, me ensinaram tudinho, eu fazia todos os cuidados junto com elas, para elas verem se eu havia aprendido; Eles nunca perguntaram nada sobre a casa e as condições que tínhamos para cuidar dela, essa cama hospitalar por exemplo, alguém no hospital, que não lembro que foi, me falou que eles doavam essas camas no hospital, mas a enfermagem não falou que isso facilitaria meu trabalho, a cadeira de rodas com apoio para a cabeça, tudo isso eu fui vendo e providenciando, mas ninguém me orientou a conseguir; Eu fui fazer as coisas tudo por minha conta; Ela (filha), usa botinha nos pés, para evitar que fiquem atrofiados, mas partiu de mim procurei na internet; Quando eu comecei a cuidar dela, eu fui aprendendo na marra, olhando; Eu participo de

	um grupo no <i>whatsapp</i> , este grupo tem familiares, mãe, esposa, irmãos e pessoas que estão em tratamento, assim como minha filha e neste grupo a gente troca ideias...é uma troca, a gente aprende muita coisa, é um grupo muito estimulante.
C7	Elas (equipe de enfermagem) explicaram sobre aquela injeção que ele tem eu fazer na barriga (insulina), mas elas falaram porque meu marido perguntou; [...]essas orientações quando vamos para a casa as vezes ajuda, mas eu não me recorro de nenhuma orientação que tenha recebido antes de dar alta; Ele ficou 14 dias internado e só um dia que eles(enfermagem) me deram uma atenção maior...isso deveria ser todos os dias, a enfermagem deveria dar uma atenção maior; Em relação aos cuidados em casa, ninguém falou nada; Eu observava também os cuidados com ele (esposo), para depois fazer em casa.
C8	[...]eu fui falar com as enfermeiras, porque estavam dando uma medicação com outra dosagem para o pai, então elas me explicaram; Outra vez fui perguntar porque estavam dando omeprazol para o pai e elas (enfermagem), disseram que era para eu ligar para o médico, pois estava na lista de medicamentos que ele tinha deixado prescrito, achei bem pobre essas orientações; Nunca me falaram nada sem eu perguntar. O residente que falou para o pai algumas coisas, mas a enfermagem não; Em relação a isso, ninguém nunca perguntou sobre as condições da nossa casa; Eu fiquei com dúvida a respeito de uma medicação que não me explicaram, então eu fui para o <i>google</i> .

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 3 - RELAÇÕES QUE PODEM DIFICULTAR OU FACILITAR NO DESENVOLVER DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Participantes	Relações que podem dificultar ou facilitar no desenvolver das ações de educação em saúde
C1	Eles (enfermagem), são bem atenciosos, por tudo o que fazem e pela quantidade de gente para atender, eles fazem até demais; A técnica da manhã dava mais atenção, e a outra da tarde não era assim, era mais corrido, mas também não sei se ela tinha algum problema em casa, mas acho que é o jeito dela; Eu sei diferenciar, eu sei que técnico faz mais a prática e o enfermeiro mais a teoria, mas nenhum se identifica como enfermeiro. Deram uma medicação errada para ela (mãe), e a enfermeira mesmo me orientou, não deixa dar a segunda dose...entre onze e meia e meia noite, elas (enfermagem) vão passar no quarto para dar a medicação e tu não deixa dar; A mãe tinha um exame para fazer, foi até com a enfermeira que falei nesse dia, que questionei ela e ela falou que nem sabia do exame, tá faltando muito isso, comunicação entre o médico e o enfermeiro;
C2	Elas (enfermagem) não se negam a nada, são bem atenciosas[...]; Eu sei diferenciar a enfermeira porquê eu tenho uma sobrinha que é técnica e vai se formar enfermeira padrão, mas a enfermeira não se apresenta como enfermeira. Não falaram nada para nós que nós tinha que procurar o CRAS (Centro de referência de assistência social), nós tinha que ter um médico e uma enfermeira para acompanhar quando a gente viesse para casa; Não tem comunicação entre INPS e hospital, nenhum desses órgãos se comunicam; Também não tem comunicação entre o hospital e o posto de saúde, era para eles se falarem , pois são tudo SUS, era para estarem integrados, mas não estão, se nós tivéssemos um médico e uma enfermeira para acompanhar, ver ela toda a semana, ela não teria internado pela segunda vez no hospital;
C3	Um dia tinha uma senhora que precisava usar o banheiro, mas estava ocupado, e a enfermeira padrão (refere-se a enfermeira), deixou ela usar o banheiro delas (equipe), achei que aquilo demonstrou uma humanidade, essa menina é muito gente fina, sempre conversava com os acompanhantes; [...] também tinha umas enfermeiras ali, umas três que são muito bravas, como poderia dizer assim, estupidas por natureza, nem sequer davam atenção; [...]a do jaleco azul é a que coordena as outras né (refere-se a enfermeira)? [...]eu

	peguei um papel de solicitação de fralda e tenho que levar no INSS, mas realidade eu não sei se é no INSS ou no Ministério Público, realmente, isso eu não sei;
C4	Tinha enfermeiros e enfermeiros, tinha alguns que a gente fazia amizade, davam mais atenção, mas partia de mim puxar conversa e fazer amizade; Eu acho que o enfermeiro deveria criar um vínculo com o cuidador, coisas do tipo: oi como é teu nome? Tu tá cuidando do teu pai? Tu tá bem? Tá sentindo alguma coisa? Uma explicação, uma atenção, um sorriso, um bom dia, iriam fazer a diferença; Eu não sei identificar, só sei que estavam de branco, se eu entrar lá de jaleco, eu também sou enfermeiro, nunca ninguém se apresentou como enfermeiro, eu sei que pessoas apareciam para medir a pressão e a glicose. O meu pai estava evacuando sangue, chamou a enfermeira para verificar e ela confirmou que era sangue mesmo, no outro dia, tudo de novo, ele tinha que evacuar na comadre para elas ver se era mesmo sangue, será que não ficou registrado que uma delas já tinha verificado que era sangue? O meu pai tinha que ficar sem comer para fazer determinado exame, vinham as moças da copa e entregavam comida, falei que ele não podia e falei para a enfermagem, mas não adiantou, continuava vindo comida; Em uma consulta particular com o endocrinologista que ficamos sabendo que poderíamos pedir na prefeitura um aparelho de medir a glicose, nem o hospital, nem o posto de saúde sabiam, ninguém se comunica;
C5	Em relação ao trabalho da enfermagem, ok, elas (equipe) nos falavam para tomar cuidado de não deixar nossas coisas em qualquer lugar, celular, bolsas; [...]o tratamento da enfermagem, em si foi bom, eram bem atenciosas, bem esforçadas, dentro das limitações que elas trabalham; Eu não tenho certeza, eu tratava todas como enfermeira.; A enfermeira, chegou e me pediu para dar o remédio para a mãe, só que eu segui o horário que ela tomava em casa, quando ela retornou ao quarto ela achou que eu não tinha dado o remédio, mas isso porque não foi combinado nada, ela só chegou me deu o remédio e disse, tu tens que dar o remédio agora, faltou comunicação;
C6	Tem uma ou duas da enfermagem que são do coração, que dão mais atenção, mas dá para contar nos dedos; Eu acho que todos deveriam dar mais atenção para nós, minha indignação é por não escutarem a gente e quando falo todos é a enfermagem e os médicos, eles deveriam pensar, vamos investigar mais o que esta mãe está falando; Aqui nós temos uma ESF, mas no hospital nunca nos encaminharam para tratar ela (filha) pelo posto; O posto é útil porque a agente comunitária me ajuda, ela pega as receitas no posto pra mim e me traz aqui, assim não preciso estar indo lá.
C7	Elas eram boas, atendiam com vontade as pessoas; [...]mesmo elas não dando as orientações o tratamento foi bom pela enfermagem; O atendimento da turma lá em cima (enfermagem na unidade de internação), até foi satisfatório, mas sou mais da turma da noite, elas deram mais atenção para nós; Eu sei que tem a padrão e as outras, mas não sei quem é quem no hospital.
C8	Lá na unidade, se nós precisava, nós chamávamos e os enfermeiros vinham, se precisasse trocar o soro, eles vinham...eles faziam as coisas, nestas questões não podemos reclamar porque eram atenciosas; [...]não sei diferenciar o técnico do enfermeiro, no tempo que fiquei lá com o pai, nunca vi ninguém se apresentar como enfermeiro mesmo. Mesmo saindo de um hospital para o outro, meu pai ficou ali no pronto socorro, dois dias e duas noites, sentados em uma cadeira, eles não se comunicam?

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 4- INFLUÊNCIAS ECONÔMICAS E POLÍTICAS NO CUIDADO E NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Participantes	Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde
C1	Eu sei que muita coisa afeta no atendimento, os salários atrasados, só por isso eu dou meus parabéns para o pessoal que trabalha ali; Faltou remédio no hospital, a morfina mesmo, eu tive que comprar, o médico perguntou se eu me importava, eu disse que não ia deixar ela (mãe) com dor; O hospital peca em poucos funcionários, porque a área que ela estava, se tu faz uma pesquisa naquela área tu vai ver que tem em média 50, 60 pacientes internados e quando tem bastante funcionários (refere-se a equipe de enfermagem), tem no máximo 4, mas nunca tem isso, são no máximo 3, eles não tem tempo, sinceramente, eles não tem tempo.
C2	[...]a gente sabe também a situação do hospital né, os salários atrasados. Elas fazem o que dá, são poucas enfermeiras, as vezes vinham duas, três, elas se viam bem apertadas.
C3	Eu senti um clima político naquela história, um efeito político da cidade, afetando a pessoa que está ali doente, eu sei também que é muita gente e poucas enfermeiras, muita sobrecarga para elas (equipe de enfermagem), mas mesmo assim.
C4	Agora tu olha a situação, nós até queria internar ele particular, mas eles diziam que não tinha nem leito, imagina, nós queria pagar e não tinha como internar; Eu reconheço e concordo que é muita gente para poucos enfermeiros (equipe de enfermagem).
C5	Mas também com essa crise financeira que o país está passando; O problema é a estrutura que afeta tudo, não tem leito, as vezes as pessoas trabalham mal porque não tem condições de estrutura, de nada; [...]são muitos pacientes e poucas enfermeiras, elas (enfermeiras) fazem o que podem.
C6	Eu acho que eles (enfermagem) agem assim, um pouco por falta de vontade, mas também com esses pagamentos todos atrasados, as vezes noto um descaso total, não sei se por essa falta de pagamento dos salários.
C7	Depois destes problemas o hospital decaiu muito, está muito bagunçado, antes era bom, mas agora está ruim; Queria entender porque isso, será que é porque não estão pagando eles? Queria entender; A enfermagem, trabalha, parece de mal gosto, não sei se é porque eles não estão recebendo; [...]até a comida está ruim, nem leito tinha, muita coisa mudou; Também a gente vê que é muita gente para elas cuidar.
C8	Os funcionários não estão recebendo, mas mesmo assim é complicado, pois é com uma vida que tu está lidando e nesta situação uns pagam pelos outros, por esses roubos que acontecem no país, isso é e todo o Brasil a situação da saúde; O médico disse que era para o pai continuar tomado as medicações que ele tomava em casa e se possível trazer, pois no hospital estava em falta; Eu notava que eram poucos enfermeiros para cuidar de muitos.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. A análise de conteúdo é frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas na área da enfermagem. Esta consiste em um recurso técnico para a análise dos dados provenientes de mensagens escritas ou transcritas (MINAYO, 2014), nesse caso, de materiais oriundos das falas provenientes das entrevistas que foram realizadas com os cuidadores de usuários portadores de DCNT.

Análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” Minayo (2014, p. 209). Esta modalidade de análise abarca três etapas, que sejam: A pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A fase de **pré-análise** consiste na escolha de documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os mediante o material coletado e composição de indicadores que nortearão a análise final. Esta fase pode ser dividida na Leitura Flutuante que consta em realizar a leitura exaustiva do material permitindo-se impregnar pelo seu conteúdo, desta forma as teorias e as hipóteses se entrelaçarão oportunizando que a leitura se torne sugestiva rompendo a ideia de caos inicial. Outra parte dessa fase consiste na Constituição do *Corpus* que contempla a organização do material permitindo a exaustividade, a representatividade a homogeneidade e a pertinência do material a ser analisado. A parte final dessa fase, contempla a Formulação de Hipóteses e Objetivos (MINAYO, 2014).

A segunda etapa que compõe a análise temática é a **exploração do material**, nesta trabalha-se com a unidade de registro, identificada na pré-análise, após quantifica-se essas unidades e finalmente realiza-se a classificação e agregação dos dados, selecionando as categorias que nortearão a especificação dos temas. E, por fim, a terceira e última etapa da modalidade de análise temática corresponde ao **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**, onde será proposto inferências e interpretações previstas ou que surgirão com a leitura do material (MINAYO, 2014).

Os dados das entrevistas foram analisados e interpretados utilizando a Análise de Conteúdo. Esta consiste em um recurso técnico para a análise dos dados provenientes de mensagens escritas ou transcritas, nesse caso, de dados oriundos das falas provenientes das

entrevistas que foram realizadas com os cuidadores de usuários portadores de DCNT (MINAYO, 2014). A análise de conteúdo, afim de, “atingir os significados manifestos latentes no material qualitativo, tem desenvolvido várias técnicas” Minayo (2014, p. 204). Na presente pesquisa, valeu-se da técnica Análise Temática, a qual, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” Minayo (2014, p. 209). Esta modalidade de análise abarca três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A fase de **pré-análise** consiste na escolha de documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os mediante o material coletado e composição de indicadores que nortearão a análise final. Esta fase pode ser dividida na Leitura Flutuante que consta em realizar a leitura exaustiva do material permitindo-se impregnar pelo seu conteúdo, desta forma as teorias e as hipóteses se entrelaçarão oportunizando que a leitura se torne sugestiva rompendo a ideia de caos inicial. Outra parte dessa fase consiste na Constituição do *Corpus* que contempla a organização do material permitindo a exaustividade, a representatividade a homogeneidade e a pertinência do material a ser analisado. A parte final dessa fase, contempla a Formulação de Hipóteses e Objetivos. Essa etapa, é denominada de fase pré-analítica onde as **unidades de registro** serão determinadas, as quais orientarão a análise. (MINAYO, 2014).

A segunda etapa da análise temática é denominada **exploração do material**, onde trabalha-se com a unidade de registro definida na fase anterior. Posteriormente, quantifica-se essas unidades, realiza-se a classificação e agregação dos dados, emergindo assim, as categorias que nortearão a especificação dos temas.

O **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, constitui-se como a última etapa da técnica de análise temática, onde é proposto inferências e interpretações previstas ou que surgirão com a leitura do material (MINAYO, 2014).

Apoiado nesse referencial, as entrevistas realizadas foram transcritas e apreciadas em sua totalidade, porém foi realizada uma triagem desenvolvida por meio de leituras similares. Desta forma, foi possível identificar a existência e/ou ausência e a frequência de dados pretendidos com a questão norteadora e os objetivos da temática proposta. Posteriormente a leitura dos dados expostos, decorrentes da transcrição das entrevistas, foi selecionado, termos ou frases de maior representatividade em relação aos aspectos direcionados a questão norteadora e objetivos, onde os mesmos foram agrupados conforme as categorias pré

estabelecidas. Após a leitura dos dados empíricos, resultantes da transcrição das entrevistas, foram selecionadas as palavras e ou frases mais significativas em relação aos aspectos dos objetivos para agrupá-las, conforme as categorias que emergiram conforme quadros: 5, 6, 7, 8, 9.

QUADRO 5 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
Perfil Sócio Demográfico dos participantes da Pesquisa	Idade	20 a 24 anos: C8 25 a 29 anos: C1, C4, C5 40 a 44 anos: C3, C6 55 a 59 anos: C2 65 a 69 anos: C7
	Orientação Sexual	Masculino: C1, C2, C3 Feminino: C4, C5, C6, C7, C8
	Raça	Branca: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8
	Estado Civil	Solteiro: C1, C5, C8 Casado: C3, C6, C7 Divorciado: C2, C4
	Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto: C2 Ensino Fundamental completo: C6, C7 Ensino Médio incompleto: C8 Ensino Médio Completo: C1 Ensino Superior: C3, C4, C5
	Ocupação Profissional	Motorista: C1 Desempregado: C2, C4, C5, C8 Funcionário Público: C3 Do lar: C6, C7
	Renda Familiar	1 a 2 salários mínimos: C2, C5, C8 2 a 3 salários mínimos: C3, C4, C6 3 a 4 salários mínimos: C1, C7
	Local onde Reside	Bairros da Periferia: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8
	Naturalidade	Cidade da Pesquisa: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 6- A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADOR

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
A educação em saúde para o cuidador	Como acontece e quem disponibiliza a educação em saúde para o cuidador no ambiente hospitalar	Cuidadores Perguntando: C1, C2, C4, C7, C8 Orientado pela Equipe de Enfermagem: C1, C2, C6, C7, C8 Orientado pelo residente de medicina: C1, C4, C5, C8 Enfermeiro orientou: C3
	Características da Educação em Saúde destinada aos cuidadores	Não consideram o contexto domiciliar: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8; Relacionadas ao biológico: C1, C2, C3, C4, C7, C8
	Outras fontes de educação em saúde, utilizadas pelos cuidadores	Internet: C1, C4, C5, C6, C8 Observação: C2, C6, C7 Escuta: C3 Outras Pessoas: C4

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 7 – RELAÇÕES QUE PODEM DIFICULTAR OU FACILITAR O DESENVOLVER DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
Relações que podem dificultar ou facilitar no desenvolver das ações de educação em saúde	Visibilidade da Equipe de Enfermagem	Alguns são atenciosos: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 Outros são pouco atenciosos: C1, C3, C4, C6
	Comunicação Insuficiente	Entre a Equipe de Enfermagem: C1, C4 Entre a Equipe e cuidadores: C4, C5 Entre os Serviços de saúde: C2, C3, C4, C6, C8
	Não houve identificação do Enfermeiro	Não se identificam: C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

QUADRO 8– INFLUÊNCIAS ECONÔMICAS E POLÍTICAS NO CUIDADO E NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde no contexto hospitalar	Carência de materiais e infraestrutura inadequada	Falta de Medicamentos: C1, C8 Insuficiência de Leitos: C4, C5, C7
	Sobrecarga de Trabalho da Equipe de Enfermagem	Carência de Funcionários na equipe de enfermagem: C1, C2, C3, C4, C5, C8 Superlotação de usuários: C1, C3, C4, C5, C7, C8
	Crise econômica e política do país	Atrasos nos salários: C1, C2, C6, C7, C8 Crise Financeira: C5, C8 Situação Política Atual: C3, C8

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

A análise e a interpretação dos dados resultantes das entrevistas com os 08 participantes dessa pesquisa, foram realizadas à luz da Análise Temática de Minayo (2014). Informações obtidas nessa pesquisa e expressas na descrição dos dados foram utilizados para a discussão em dois artigos, conforme segue:

O **Artigo 01** intitulado Ações educativas do enfermeiro ao cuidador de usuário com doença crônica na perspectiva ecossistêmica, objetiva conhecer e analisar as ações educativas que, na visão do cuidador domiciliar, são oportunizadas pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica. Este artigo será encaminhado para a Revista Texto & Contexto Enfermagem.

O **Artigo 02** intitulado Relações entre a crise econômica e as ações de educação em saúde no ambiente hospitalar: uma análise ecossistêmica, objetiva identificar as inter-relações que influenciam o desenvolver das ações educativas no ambiente hospitalar, na ótica do cuidador do usuário com DCNT, na perspectiva ecossistêmica. Este artigo será encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem.

5.1 ARTIGO 1

ACÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO AO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA¹

Saul Ferraz de Paula²; Hedi Crecencia Heckler de Siqueira³

RESUMO: Objetivou-se conhecer e analisar as ações educativas que, na visão do cuidador domiciliar, são oportunizadas pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com doença crônica não transmissível para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica. Pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvida em um município do extremo sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada pelo método da Análise Temática de Minayo. Foi possível entender como se processam as ações de educação em saúde, ao cuidador de usuário com doença crônica, no contexto hospitalar, para dar continuidade do cuidado domiciliar, com base no referencial ecossistêmico. Evidenciou-se que as ações de educação em saúde não se caracterizam como inerentes à prática de trabalho dos enfermeiros. Assim, o pensamento ecossistêmico, mostrou-se adequado para contemplar as lacunas entre a fragmentação das ações de educação em saúde e o cuidado integral a ser prestado no ambiente hospitalar e, ainda, foi capaz de embasar essas ações no que concerne as necessidades do ser humano em sua multidimensionalidade, inserido no ambiente peculiar do seu domicílio.

DESCRIPTORIOS: Educação em Saúde. Enfermagem. Cuidadores. Ecossistema. Doença crônica. Assistência Domiciliar

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) Educação em Saúde compreende combinações de aprendizagem, com o intuito de auxiliar indivíduos e comunidades na melhoria da saúde, por meio de transformações nas atitudes, comportamentos e pelo aumento do conhecimento.¹

Para tanto, a educação em saúde é considerada um dos componentes do cuidado disponibilizado pelos enfermeiros e tem a função educativa atrelada ao desenvolvimento da

¹Artigo com base nos dados da dissertação sustentada em 29/12/16, formatado nas normas da Revista Texto e Contexto Enfermagem-
<http://www.scielo.br/revistas/tce/iinstruc.htm>

²Enfermeiro. Mestrando do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG). E-mail:
saul.ferraz@hotmail.com

³Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Docente do Programa de Mestrado Profissional Materno Infantil do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria/RS e Docente da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Membro líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde - GEES. Professora Emérita da FURG. Brasil. E-mail: hedihs@terra.com.br

profissão. Desta forma, a educação em saúde tem sido considerada uma atividade da enfermagem que, habitualmente, envolve não só o usuário, como também, as famílias, cuidadores, amigos, a equipe de trabalho, entre outros.²

As diferentes áreas do conhecimento, entre elas a da saúde e, conseqüentemente, as ações de educação em saúde, permanecem, geralmente, alicerçadas nos pressupostos do paradigma biomédico e a prática hospitalar do enfermeiro tem sido direcionada, principalmente, a aspectos biológicos³ focada na assistência e gerenciamento, muitas vezes, em detrimento do desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Assim, as práticas educativas com base no modelo biologicista, prescritivo de comportamentos, ainda se fazem presente, em grande parte, no ambiente hospitalar, necessitando serem superadas e redirecionadas.³ Esses dados foram similarmente encontrados na presente pesquisa.

No contexto da superação do modelo biomédico é necessário considerar os fatores de influência no processo saúde-doença-cuidado, capazes de culminar, em adequações, adaptações e transformações de atitudes e comportamentos do usuário para atender as novas exigências do seu viver a vida. Neste ínterim, emergem as ações educativas em saúde da equipe de saúde, em especial as do enfermeiro, as quais não podem ser prescritivas, impostas de maneira impessoal. Entende-se ser necessário contextualizá-las no tempo/espaço no qual o usuário vive e se desenvolve, ou seja à luz do Pensamento Ecológico, portanto, considerando os elementos, tanto bióticos, que possuem vida, com os abióticos ou físicos que compõem esse espaço.

A Educação em Saúde vista a partir desse prisma, é concebida como um conjunto de elementos interdependentes que de forma inter-relacionada, integrada e articulada busca desenvolver a aprendizagem para um viver melhor. Neste sentido, a abordagem ecossistêmica é contextual, isto é, o estudo considera os componentes da realidade do processo saúde-doença-cuidado, incluindo o meio ambiente com, os elementos físicos, no qual o ser humano vive e se desenvolve. Também abarca o social porque deixa de estudar o objeto em si e busca entender as relações que se estabelecem entre os elementos que integram a totalidade/unidade sistêmica.⁴

No atual cenário mundial que vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica, sabe-se que há um aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs).¹ Esse aspecto chama atenção para a competência profissional do enfermeiro em relação as ações educativas, pois essas doenças estão diretamente ligadas a fatores de risco evitáveis. Nesse sentido, pode-se destacar a educação em saúde como importante elemento de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Nesse contexto, destaca-se que o Brasil levou 40 anos para duplicar a população de idosos, enquanto que em outros países, como por exemplo a França, essa transição ocorreu em 115 anos.⁵ Essa mudança demográfica influenciou na questão epidemiológica, assim, as DCNTs, lideram os índices de mortalidade, chegando a 72% em 2007.⁶ Com base nesses dados estatísticos, o Brasil lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. O documento aponta quatro principais grupos de DCNTs, quais sejam, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, e diabetes. Entre as principais ações de enfrentamento, apresenta-se além das mudanças nos fatores de risco modificáveis para tais patologias, a necessidade de estreitar vínculos entre os usuários com DCNTs, cuidadores e equipes de saúde em todos os níveis de atenção.⁷⁻⁸

Ao olhar nessa direção, percebe-se o despertar dos órgãos governamentais em busca de implantar estratégias a contemplar o enfrentamento e prevenção das DCNTs apoiando-se em elementos que compõem as relações de serviços, tendo como exemplo, a criação e implantação das Redes de Atenção à Saúde que se configuram como arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado.⁹ Ainda que embrionárias, essas estratégias refletem uma tendência para possibilidades de práticas com base em princípios sistêmicas/ecossistêmicas capazes de contemplar as relações entre as ações e serviços que integram as redes de atenção do usuário com DCNT.

O Pensamento Ecológico considera os sistemas vivos como redes, os elementos representam nodos ou nós, constituídos pelas ações e serviços que interagem entre si e com o meio ambiente no qual se encontra inserido.⁴ A inter-relação, a interação e a interconexão entre os elementos constituintes da realidade processa-se pelos filamentos, ou seja pela comunicação, pelo diálogo e convívio. Dessa forma, é possível vislumbrar uma rede de elementos que participam de maneira inter-relacionada nas práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo enfermeiros, entre os quais se encontra o cuidador domiciliar como elemento importante para motivar a promoção, prevenção e manutenção da saúde do usuário com DCNT. O Ministério da Saúde (MS) destaca a figura do cuidador como significativo colaborador nas ações de enfrentamento das DCNTs.⁷

Assim sendo, faz-se necessário uma Educação em Saúde orientada às necessidades desse cuidador, que atenda ao ecossistema no qual está integrado, bem como, suas relações com os outros elementos que compõem esse espaço, para que ele possa contribuir de forma efetiva no auxílio e cuidado do usuário com DCNT, após a alta hospitalar. A educação em saúde do cuidador de usuário com DCNT, possibilita evitar reinternações, agravos à saúde, como

também, promover melhorias na qualidade de vida para o usuário, para cuidadores de usuários com DCNT e seus familiares.

No Brasil, estudos,¹⁰⁻¹⁶ recentes com ênfase nos cuidadores, denotam que o foco, da maioria das pesquisas, é com cuidadores de pessoas idosas, e mencionam, principalmente, a sobrecarga e as dificuldades apresentadas pelos cuidadores ao desenvolver os cuidados no ambiente domiciliar. Entretanto, percebe-se uma lacuna do conhecimento relacionada à Educação em Saúde dispensada pelo enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT, no cenário hospitalar, habilitando-o para dar continuidade ao tratamento no domicílio.

Desta maneira, diante da relevância do tema exposto objetivou-se conhecer e analisar as ações educativas que, na visão do cuidador domiciliar, são oportunizadas pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como descritiva, exploratória com abordagem qualitativa.¹⁷ Optou-se por essa abordagem pois permite alcançar os objetivos propostos, e comporta inserir o universo de significados, crenças, valores diante do fazer educativo do enfermeiro para os participantes da pesquisa.

Para a seleção dos participantes foram realizadas visitas diárias a cuidadores de usuários com DCNT internados nos meses de outubro e novembro de 2016 em duas unidades de clínica médica de duas instituições hospitalares, denominadas, instituição A e instituição B, de um município do sul do Brasil. As visitas a cuidadores eram diárias e no primeiro encontro, foram explicados os objetivos da pesquisa e listado em uma planilha os dados daqueles cuidadores que, posteriormente, a alta do usuário com DCNT mostravam interesse em contribuir com a pesquisa. Desta maneira, após contato com os interessados as visitas continuaram a ser realizadas, porém com a frequência de três vezes por semana, afim de, estreitar vínculo com os prováveis participantes, bem como, selecionar novos participantes e monitorar as altas hospitalares dos usuários dos cuidadores que se mostraram interessados em participar da pesquisa, assim, inicialmente, foram selecionados 20 participantes.

Após a alta hospitalar do usuário com DCNT, foi realizado contato com aqueles cuidadores selecionados. Dos 20 elegidos iniciais, 05 desistiram de participar, 02 usuários foram a óbito e 02 foram transferidos para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 01

reinternou antes da coleta dos dados e 02 não atenderam as ligações. Desta maneira o número de entrevistados foram de 08 participantes.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: possuir idade mínima de 18 anos, ser cuidador domiciliar do usuário com DCNT cerebrovasculares, cardiológicas e/ou respiratória e câncer, estar internados no período da coleta de dados nas unidades clínicas selecionadas, residir na cidade do Rio Grande/RS-Brasil, aceitar em participar da pesquisa, permitir a divulgação dos dados em trabalhos científicos. E como critérios de exclusão: cuidadores de usuários internados por um período inferior a 7 dias, possuir formação da área da saúde, cuidador de usuário com DCNT associada à Doença Crônica Transmissível.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. A técnica de entrevista, afirma que esta faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, onde o pesquisador busca informações por meio das falas dos participantes. Assim, a entrevista como fonte de informação, fornece dados primários e secundários os quais incluem crenças, valores, fatos, opiniões, sentimentos, entre outros¹⁷. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para que se procedesse a análise do material coletado.

Na coleta dos dados observou o método da saturação das informações, Esse método baseia-se no critério de que existe um número limitado de versões da realidade,¹⁷ e quando as ideias começam a ser repetidas, há possibilidade de suspender a coleta de dados. No presente trabalho houve saturação a partir da 6ª entrevista, entretanto, para confirmação, optou-se em prosseguir com mais duas entrevistas, que confirmaram a saturação.

Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática.¹⁷

Esta pesquisa foi aprovada pela CAAE sob o número 59623116.1.0000.5324. Respeitou-se os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 466/12.¹⁸ O sigilo dos participantes foi preservado por meio da codificação de seus depoimentos (C1, C2, C3..., C8

RESULTADOS

Por meio da coleta de dados realizadas com os 08 participantes, emergiram entre outras a categoria **A educação em saúde para o cuidador** que fundamenta a discussão desse artigo, juntamente com três subcategorias que a complementam: Como acontece e quem disponibiliza a educação em saúde para o cuidador no ambiente hospitalar; Características da Educação em Saúde destinada aos cuidadores; Outras fontes de educação em saúde, utilizadas pelos cuidadores.

Como acontece e quem disponibiliza a educação em saúde para o cuidador no ambiente hospitalar

Os cuidadores ao serem questionados a respeito de como acontece a educação em saúde por parte do enfermeiro e/ou da equipe de enfermagem durante o período de internação em unidade hospitalar dos usuários, aos quais eles prestam o cuidado, apontam, conforme evidenciado nas falas que as ações de educação em saúde principiam a partir de dúvidas dos próprios cuidadores. Assim, as ações educativas no contexto hospitalar, não se caracterizam como inerentes ao trabalho do enfermeiro e/ou da equipe de enfermagem.

A gente perguntava sobre a medicação, se ia dar alguma reação, a gente perguntava, procurava a enfermagem para tirar dúvidas, daí elas explicavam, mas se não for tirar as dúvidas elas [equipe de enfermagem] não vem (C1). Quando a gente pergunta, elas falam, orientam não se negam a nada[...] (C2). Eu só sabia das coisas porque eu perguntava (C4). Elas (equipe de enfermagem)] explicaram sobre aquela injeção que ele tem eu fazer na barriga [insulina], mas elas falaram porque meu marido perguntou (C7). Nunca me falaram nada sem eu perguntar (C8).

Ao serem questionados a respeito de quem fornecia a educação em saúde, para sanar as suas dúvidas, na unidade de internação hospitalar, os participantes destacam diferentes membros da equipe de saúde, conforme relatado pelos participantes. Percebe-se que a maioria dos participantes não distingue o enfermeiro dos demais membros da equipe de enfermagem. Desta forma, constata-se que a educação em saúde é desenvolvida pela equipe multidisciplinar, porém o enfermeiro, na maioria das falas, não é identificado como educador.

O médico da radioterapia nos orientou, em relação aos cuidados e as reações que poderia ter; [...]o óleo de girassol para passar na ferida (escara), as enfermeiras (refere-se a equipe de enfermagem) falaram que era bom usar este óleo (C2). Todas as orientações era a padrão (enfermeira) que dava, então quando tínhamos dúvidas, nos reportávamos a ela (C3). A única pessoa que chegava lá (na unidade de internação) e nos dava algumas orientações era o residente de medicina (C4). Em relação a orientações, a estudante de medicina veio e nos orientou, só ela, os enfermeiros não, acredito que eles (enfermagem) davam preferência de passar informações para quem não tinha ninguém para cuidar, mas o tratamento em si foi bom (C5). O residente que falou para o pai algumas coisas, mas a enfermagem não (C8).

Características da Educação em Saúde destinada aos cuidadores

Em relação ao que foi considerado, no dispensar da educação em saúde para os cuidadores no ambiente hospitalar, foi questionado se em algum momento eles foram indagados a respeito das condições do domicílio para dar continuidade no tratamento. Evidenciou-se, conforme os relatos dos participantes que nenhum foi indagado a respeito das condições do ambiente domiciliar para o desenvolvimento dos cuidados após a alta hospitalar. As informações recebidas pelos cuidadores, baseiam-se em informações pontuais que desconsideram o ecossistema domiciliar em que o cuidador e usuário estão inseridos, caracterizando as ações de educação e saúde, pontuais, com base no modelo biomédico.

Sobre as condições do domicílio, não foi perguntado nada, eles (equipe de enfermagem), só falavam da medicação se poderia dar reação (C1). Não perguntam nada sobre o domicílio, só o cuidado mesmo, em casa não tem nada a ver, eles (enfermagem) nem querem saber sobre isso. Aqui em casa não tinha onde pendurar a alimentação dela (mãe), e, como sou carpinteiro eu fiz esse suporte para pendurar a dieta, mas ninguém falou que eu fizesse, fiz porque vi que precisava (C2). Em relação a estrutura para cuidar em casa não, isso não foi perguntado (C3). Em relação as nossas condições para cuidar em casa? Não nunca perguntaram nada, elas (enfermagem) não sabem nada de nós, elas (enfermagem), só chegavam, faziam a medicação e iam embora (C4). Em relação ao domicílio não, ninguém pergunta isso (C5). Em relação ao cuidado no domicílio, a única coisa que me perguntaram era se eu tinha aspirador, pois ela ia precisar, eles nunca perguntaram nada sobre a casa e as condições que tínhamos para cuidar dela. Essa cama hospitalar por exemplo, alguém no hospital, que não lembro quem foi, me falou que eles doavam essas camas no hospital, mas a enfermagem não falou que isso facilitaria meu trabalho, a cadeira de rodas com apoio para a cabeça, tudo isso eu fui vendo e providenciando, mas ninguém me orientou a conseguir. Eu fui fazer as coisas tudo por minha conta (C6). Em relação aos cuidados em casa, ninguém falou nada (C7). Em relação a isso, ninguém nunca perguntou sobre as condições da nossa casa (C8).

Outras fontes de educação em saúde, utilizadas pelos cuidadores

Os cuidadores apontam outras fontes de educação em saúde, dentro do contexto hospitalar, entre esses, a observação e escuta nas unidades de internação. Por meio das falas é possível perceber que a permanência do cuidador em unidade de internação hospitalar, permite a eles, apreender, formas para o desenvolvimento do cuidado.

Eu aprendo no olho, como trocar ela (mãe), fui aprendendo no olho, cada vez que eles (enfermagem) vinham trocar ela eu ficava de olho, a dieta também foi assim, no olho (C2). O sódio, o sal [...], da mãe estava muito abaixo de 135 e o normal era 135, isso eu sei porque gravei no hospital, o médico falando para outro acompanhante e aí eu falei para ela, que tinha que comer um pouquinho mais de sal (C3). Eu observava também os cuidados com ele (esposo), para depois fazer em casa (C7).

Os cuidadores mencionaram procurar informações a respeito de cuidados e dúvidas sobre a saúde, fora do contexto hospitalar, por meio de informações de outras pessoas de suas relações e por meio da *internet*, conforme explicito nas falas. Destaca-se que 06 dos 08 entrevistados fazem uso e avaliam a *internet* como importante ferramenta para sanar suas dúvidas a respeito dos cuidados com seus familiares.

O ano passado ele (pai) começou a fazer insulina e eu trouxe um amigo que é diabético e que faz uso de insulina, esse meu amigo ensinou como usava a caneta, ensinou que pode fazer na barriga, no braço, dentro da perna, também eu busco muito, estudo pela internet (C4). Hoje mesmo, eu fui pesquisar algumas coisas na internet, o suco, qual suco é bom para ela (mãe) tomar, eu estou sempre atrás do conhecimento (C1). As dúvidas que eu tenho, eu corro para a internet, o óleo mesmo, eu pesquisei na internet e depois que a mãe foi para o hospital eu nunca mais usei o óleo, a internet é uma boa ferramenta para mim (C5). Eu participo de um grupo no whatsapp, este grupo tem familiares, mãe, esposa, irmãos e pessoas que estão em tratamento, assim como minha filha e neste grupo a gente troca ideias, é uma troca, a gente aprende muita coisa, é um grupo muito estimulante (C6). Eu fiquei com dúvida a respeito de uma medicação que não me explicaram, então eu fui para o Google (C8).

DISCUSSÃO

A Educação em Saúde, ao longo dos anos, tem sido considerada parte elementar da prática em enfermagem e indispensável na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. A prática educativa do enfermeiro no Brasil, ficou melhor definida com a lei 7.948/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87.¹⁹⁻²⁰ Neste sentido, autores,²¹ argumentam que a educação em saúde sempre foi muito destacada na enfermagem, porém, mesmo reconhecendo o enfermeiro como educador, a ação educativa permanece como complementar e, por muitos, não considerada inerente da prática profissional.

Corroborar com essa afirmação, pesquisa,²² realizada com enfermeiras em Hospital Universitário no sul do estado do Rio Grande do sul, a qual apontou que as participantes acreditam que a falta de reconhecimento da Educação em Saúde como prática diária do trabalho no ambiente hospitalar, acontece pelo fato de que a Educação em Saúde permanece relacionada como uma ação que deve acontecer apenas na atenção primária.

Em relação, a quem dispensa as ações educativas em saúde no contexto hospitalar, estudo realizado com usuários hipertensos, sobre seus conhecimentos para o autocuidado, em um Hospital Terciário do Ceará, apontou que a Educação em Saúde é uma prática fundamental e que precisa ser desenvolvida por toda a equipe multidisciplinar, mas, especialmente, pelo enfermeiro.²³ Entretanto, comparativamente, conforme os dados da presente pesquisa, cuidadores apontaram membros da equipe multidisciplinar como protagonistas das ações de educação em saúde. Neste sentido somente 01 cuidador identifica e caracteriza o enfermeiro como responsável por ter desenvolvido ações educativas durante o período de internação de seu familiar, a partir de suas dúvidas.

Neste sentido, diferentes autores,²⁴⁻³⁰ de pesquisas que abordaram o tema educação em saúde no ambiente hospitalar, referenciaram em suas discussões e conclusões a associação da prática do enfermeiro neste cenário, com as ações de educação em saúde. Este fato tem relação com a educação em saúde ser considerada indissociável ao cuidado disponibilizado pelos enfermeiros. Assim, o ato de educar, vinculado à profissão da enfermagem vem sendo aprimorado e executado pelo enfermeiro, que é considerado um educador, enquanto seus educandos são seus aprendizes.² Esses aprendizes, além do cuidador, podem ser os integrantes da equipe de enfermagem, os usuários, família e comunidade, como também, futuros profissionais técnicos e enfermeiros. Entretanto na presente pesquisa, a relação enfermeiro e educação em saúde, ficou restrita na concepção de apenas um dos cuidadores mencionar essa ação exercida pelo enfermeiro, durante a internação do usuário com DCNT.

As ações de educação em saúde no contexto hospitalar, quando acontecem, foram identificadas nas falas dos participantes da presente pesquisa, como pontuais, voltadas a cura da doença, ou seja, baseadas no modelo biomédico de atenção, o qual considera o corpo uma máquina complexa que necessita de inspeção para manter-se funcionando.³¹ Essa concepção, reforça a fragmentação, a desconexão do conhecimento desconsiderando os outros elementos que compõem a rede de relações dos indivíduos e também o seu meio ambiente no qual estão inseridos, em que vivem, crescem e se desenvolvem.³² Corroborando com esta afirmação, pesquisa realizada com enfermeiras em Hospital Universitário no Rio Grande do Sul, concluiu

que a atuação hospitalar do enfermeiro, segue influenciada pelo modelo biomédico, ou seja, com foco nos aspectos biológicos e tecnológicos.³³

Desta maneira, a forte influência do paradigma biomédico/cartesiano nas atividades educativas no ambiente hospitalar, enfatiza as tarefas nos aspectos biológicos e negligencia a educação em saúde sob uma perspectiva integradora, na qual, se trabalha caminhos para o desenvolvimento de um cuidado mais próximo da integralidade.³⁴

Neste sentido, atenta-se a necessidade da educação em saúde ser desenvolvida com base no Pensamento Ecológico, pois este paradigma centra-se nas relações que se estabelecem entre os elementos pertencentes ao ecossistema em que os indivíduos estão inseridos.^{4,35-36}

Partindo desse pressuposto, ecossistema é definido como um conjunto de elementos bióticos (com vida) e abióticos (sem vida) que interagem, influenciam-se, ou seja, a readaptação do ambiente domiciliar que engloba esses elementos interfere no cuidado a ser desenvolvido neste espaço.^{4,35-37} Portanto, as ações de educação em saúde, sustentadas por esse pensamento, possibilitam superar lacunas apontadas pelos cuidadores desta pesquisa, que relataram a necessidade de adequação do ambiente domiciliar para o cuidado após a alta hospitalar, a qual não foi considerada nas ações de educação em saúde, durante o período de hospitalização dos familiares a quem eles prestavam o cuidado e estava prestes a fazê-lo no domicílio.

A necessidade de adequação do ambiente domiciliar para o desenvolvimento do cuidado também foi apontada em outras pesquisas realizadas com cuidadores no Rio Grande do Sul e Paraná, os quais, salientaram que os cuidadores possuem capacidade de criatividade e improviso para a adequação do ambiente domiciliar, para o desenvolvimento do cuidado e que a inadequação do ambiente interfere no desempenho do cuidador.¹⁴

Desta maneira, reitera-se a necessidade da educação em saúde, basear-se nos princípios do Pensamento Ecológico que considera todos os elementos pertencentes ao ecossistema em que o cuidador e usuário estão inseridos, permitindo, assim, uma atenção integradora, capaz de superar a fragmentação da assistência e conduzir ações que contemplem a multidimensionalidade do ser humano para o qual presta cuidados no domicílio.

A presença do cuidador nas unidades de internação hospitalar permite-lhes, outras formas de compreender como devem ser realizados os cuidados com seu familiar. Desta maneira, a observação das atividades diárias de trabalho da enfermagem, bem como, a escuta atenta de informações repassadas a outros pacientes é apontada pelos participantes desta pesquisa como uma forma de assimilar os cuidados que devem ter com seus familiares. Similarmente, pesquisas realizadas com cuidadores no Rio Grande do Sul e Minas Gerais,

apontaram que os cuidadores aprenderam diferentes maneiras de cuidar no domicílio a partir da observação e pelo convívio dentro das unidades de internação hospitalar.^{12,38}

Estudos^{14, 39-40} evidenciam que as ações/atividades de cuidado consideradas no cotidiano da enfermagem como corriqueiras, para o cuidador podem tornar-se verdadeiros entraves quando este não possui preparo para desenvolver o cuidado no domicílio. Portanto, acredita-se que o enfermeiro possui competência e habilidade para qualificar a equipe de enfermagem no desenvolvimento de ações educativas com os cuidadores, no momento em que estão realizando os cuidados, permitindo aos cuidadores uma observação participante, capaz de possibilitar, subsidiar e aprimorar o cuidado a ser realizado no domicílio.

Nos dias atuais se reconhece um significativo aumento da procura de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), no que tange ao acesso de informações referentes a cuidados para a saúde, entre essas ferramentas destacam-se *websites*, redes sociais, aplicativos que subsidiam a população para sanar dúvidas, compartilhar anseios, trocar experiências relacionadas ao cuidado à saúde.⁴¹ Nessa perspectiva, destaca-se que os participantes da presente pesquisa, informaram a utilização da *internet* e redes sociais para pesquisas relacionadas aos cuidados com seus familiares e troca de experiências com outros cuidadores. Assim, estudo realizado com cuidadores na cidade do Porto em Portugal, evidenciou que alguns cuidadores procuram informações na *internet* sobre o cuidado a ser desenvolvido para a pessoa que está sob seus cuidados. Similarmente, pesquisa realizada *online* em comunidades virtuais, constatou que cuidadores utilizam as redes sociais para dividir anseios, reduzir o sofrimento gerado pela carga de responsabilidade e desgaste de ser cuidador, para tirar dúvidas e trocar experiências.⁴²

Mesmo a *internet* servindo como suporte de apoio para os cuidadores, salienta-se que é importante considerar que as informações disseminadas por essa tecnologia, em grande parte, não possuem fidedignidade sendo imprescindível discutir a regulamentação dos temas *online* relacionados à saúde.⁴¹ Sob esse ponto de vista, convém destacar que a *internet* pode servir de auxílio, mas também pode trazer algumas consequências negativas ao cuidado da saúde. Desta forma, assevera-se ser fundamental o apoio aos cuidadores por meio da educação em saúde, inclusive que orientem como buscar informações referentes aos cuidados via *online*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conhecimento e análise das ações educativas que o enfermeiro desenvolve ao cuidador, no ambiente hospitalar, ao cuidador de usuário com DCNT, pode-se apontar que

essa ação não se caracteriza como inerente à prática de trabalho destes profissionais. Verificou-se, também, que quando ela acontece, baseia-se em informações pontuais que não consideram o contexto do cuidador e usuário no qual vive e se desenvolve, o domicílio.

Dessa maneira, salienta-se que a discussão com base no Pensamento Ecológico, mostrou-se adequada para contemplar as lacunas entre a fragmentação das ações de educação em saúde e o integral, bem como, é capaz de embasar essas ações no que concerne a vislumbrar o ser humano em sua multidimensionalidade, valorizando as relações e conexões que se estabelecem nos ecossistemas nos quais estão inseridos.

REFERÊNCIAS

1. World Health. Organization Health Education. CH: World Health Organization, Geneva, 2013.
2. Bastable SB. O Enfermeiro como Educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 2010 Traduzido por Aline Capelli Vargas. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.
3. Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4): 812-817.
4. Capra F, Luisi PL. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo: Cultrix, 2014.
5. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol.* 2012. 21(4):529-532.
6. Bernal RTI, Malta DC, Iser BPM, Monteiro RA. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25(3):455-266.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS, 2011.
8. Malta DC, Silva Jr JBS. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol.* 2013; *Serv. Saúde, Brasília.* 22(1):151-164.

9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, Brasil, 2011.
10. Biolo HF, Portella MR. Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo-RS. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.* 2010; 15(2): 177-195.
11. Garcia RP, Budó MLD, Oliveira SG, et al. Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes Crônicos. *Cienc. Cuid Saúde.* 2011; 10(4): 690-696.
12. Silva AG, Silva ASA, Souza ICP, Machado MAF, Sampaio ME, et al. Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. *Rev. Enferm Revista.* 2012. 15(1):28-6.
13. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, et al. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. *Rev. Enferm. UFSM.* 2012. 2(1): 67-78.
14. Nardi EFR, Santos LMR, Oliveira MLF, Sawada NO. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Cienc. Cuid Saúde.* 2012. 11(1): 098-5.
15. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* 2014. 67(6): 979-986.
16. Altafim LZM, Toyoda CY, Garros DSC. As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2015. 23(2): 357-369.
17. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
19. Brasil. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.
20. Brasil. Decreto 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 09 de Jun 1987. Seção 1.
21. David HSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev. Bras. de Enferm.* 2010. 63(1): 127-131.

22. Figueira AB, Amestoy SC, Cecagno D, Tristão FS et al. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(2): 310-6
23. Araújo-Girão AL, Oliveira GYM, Gomes EB, Parente-Arrud, L, Freitas CHA. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. *Rev. salud pública.* 2015; 17(1): 47-60.
24. Barbosa AM, Ribeiro DM, Caldo-Teixeira AS. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciên. Saúde Coletiva.* 2010; 15(1): 1113-1122.
25. Araújo YB, Collet N, Gomes IP, Amador DD. Saberes e experiências de adolescentes hospitalizados com doença crônica. *Rev. enferm. UERJ.* 2011; Abr-Jun; 19(2): 274-9.
26. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Domingues DR, Rabelo ER. Educação e Monitorização por Telefone de Pacientes com Insuficiência Cardíaca: Ensaio Clínico Randomizado. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96(3): 233-239
27. Gabataz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoni SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(1): 140-146.
28. Carvalho DP, Rodrigues RM, Braz E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(5): 455-9.
29. Silva EA, Ramos DO, Carvalho ESS, Santos IVA, Santos LM, Araújo EM. Literatura de cordel na educação em saúde de famílias para prevenção de úlceras por pressão. *Rev. Baiana de Enfermagem.* 2013. 27(3) 203-211.
30. Chibante CLP, Santo FHE, Aquino ACO. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. *J. Res. Fundam. Care.* 2015 Jul-Set; 7(3): 2961-2973.
31. Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde.* 2001. 3(1): 48-70.
32. PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: _____. *Cuidado Humano Plural.* Rio Grande: Editora da FURG, 2008.p. 43-57.
33. Rigon AG, Neves ET. As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar. *Rev. enferm. UERJ.* 2012 Dez; 20(1): 631-6.
34. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde e no Brasil. *Rev. Latino-am. Enferm, São Paulo.* 2007; 15(6):1177-1183.
35. Capra F. *O Ponto de Mutação.* São Paulo: Cultrix, 2012.

36. Zamberlan C, Medeiros AC, Svaldi JD, Siqueira HCH. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 603-6.
37. Cecagno D. Formação acadêmica do enfermeiro na perspectiva ecossistêmica. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.
38. Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, Tavares KO. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014 Jul-Dez; 35(2): 81-90.
39. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009 Ago-Fev; 43(4): 825-2.
40. Tsukamoto HF, Almeida AF, Bortolotti LF, Ribeiro EA, Egydio FR, Salvador GA, et al. A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. *Rev. Saúde e Pesquisa*. 2010 Jan-Abr; 3(1): 53-8.
41. Rodrigues MPC, Araujo TCCF. Internet as a Support for People with Spinal Cord Injuries: Usage Patterns and Rehabilitation. *Paideia*. 2012; 22(53): 413-421.
42. Bruno LMSM. Sobre as comunidades virtuais e a doença de alzheimer – solidariedade, Cuidado e informação. *Revista Kairós. Gerontologia*. 2012;15(8), 245-256.

5.2 ARTIGO 2

RELAÇÕES ENTRE A CRISE ECONÔMICA E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR: ANÁLISE ECOSISTÊMICA⁴

Saul Ferraz de Paula⁵

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁶

RESUMO Objetiva-se identificar e analisar as inter-relações entre os fatores socioeconômicos e a prática educativa do enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT. Pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma cidade do extremo sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada pelo método da Análise Temática de Minayo. Evidenciou-se que as ações de educação em saúde, não dependem apenas da boa vontade dos profissionais que atuam neste cenário, mas encontram-se influenciados por diversos fatores. Constatou-se que as ações de educação em saúde, no ambiente hospitalar, sofrem influências do contexto político, econômico e sociocultural, pois interferem na maneira de sua efetivação. Aponta-se que os princípios do Pensamento Ecológico criam novas possibilidades para os gestores buscarem caminhos para suprir as demandas do serviço, uma vez que essas não dependem apenas de ações pontuais, mas sim de conceber as múltiplas relações que integram e influenciam os diferentes ambientes.

DESCRITORES: Educação em Saúde; Enfermagem; Cuidadores; Ecossistema.

INTRODUÇÃO

A multiplicidade de eventos ocorridos nos diferentes campos da ciência social, cultural, econômica, ecológica possuem relação e influenciam nas diferentes dimensões do ser humano. Nessa perspectiva, atenta-se para a crise econômica e política que o Brasil tem experienciado, a qual influencia e apresenta significativas consequências no setor saúde.

Ao investigar as ações de educação em saúde dispensada por enfermeiros para cuidadores de usuários internados em dois hospitais, emergiram dados que demonstram a magnitude da interferência dos efeitos políticos e econômicos nas ações de educação em saúde realizadas no ambiente hospitalar. Nesse sentido, concerne, discutir esses efeitos de mudança, à luz do Pensamento Ecológico, procurando descrever como a dinâmica das relações entre essas diferentes variáveis interagem com a educação em saúde no ambiente hospitalar.

⁴Artigo Formatado na normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP-<http://www.scielo.br/revistas/reecusp/pinstruc.htm>

⁵Enfermeiro. Mestrando do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). E-mail: saül.ferraz@hotmail.com

⁶Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Docente do Programa de Mestrado Profissional Materno Infantil do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria/RS e Docente da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Membro líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde - GEES. Professora Emérita da FURG. Brasil. E-mail: hedihs@terra.com.br

A atual crise política e financeira que o Brasil vem passando, trouxe e continua proporcionando efeitos negativos para a sociedade como um todo. Observa-se, acentuado e acelerado processo de desemprego, atrasos de salários em diversos estados do país, entre outras implicações que afetam diversos campos, entre esses, o setor da saúde.¹

Referente as implicações na saúde, aponta-se para a educação em saúde, definida pela *World Health Organization* (WHO) como a conjunção de diferentes formas de aprendizagem que tem por objetivo o aumento do conhecimento de indivíduos e comunidades com o intuito de transformar atitudes e comportamentos em relação à melhoria da saúde,² a qual também é influenciada por tais efeitos na saúde.

Entre os diferentes profissionais integrantes da equipe multidisciplinar responsáveis pelo desenvolver das ações de educação em saúde, destaca-se o enfermeiro, que traz na essência de seu trabalho o cuidado, o qual, está relacionado ao compromisso com a construção de valores que o configurem como prática social, considerando a estrutura política, econômica e social, vigentes no país, os modelos de assistência de saúde e sua cobertura, bem como, as lutas internas dos profissionais/trabalhadores no processo de trabalho e desafios futuros.³

Considerando que a saúde tem muitas dimensões, as quais são decorrentes da complexa interação entre fatores biológicos, físicos, psicológicos, sociais e espirituais da natureza humana, o cuidar é um fenômeno universal que se modifica de acordo com o contexto em que se dão as relações.⁴ Por conseguinte, o cuidado do enfermeiro, abarca a educação em saúde, desenvolvida por meio da prática educativa, regulamentada pelo Decreto 94.406/87 Art.08.⁵

As ações educativas em enfermagem têm, entre outras finalidades, qualificar os profissionais de enfermagem, usuários e familiares para a manutenção e cuidado da saúde, proporcionando um apoio técnico e emocional, minimizando e sanando dúvidas, orientando para ações saudáveis e, assim, contribuindo na melhora e promoção da qualidade de vida.⁶ Para alcançar esses intentos, convém destacar que para a efetividade das ações educativas em saúde torna-se necessário compreender o espaço em que o cuidador e usuário estão inseridos e a rede de relações que compõe esse ambiente/ecossistema.⁷⁻⁸

Por conseguinte, ecossistema é definido como um conjunto formado por todos os elementos com vida e sem vida que integram determinado espaço, interagem, influenciam-se mutuamente e produzem mudanças no ambiente no qual estão inseridos.⁷⁻¹² Considerando o país e as transformações que vem passando a nível econômico e político, cabe clarificar que com base em princípios ecossistêmicos das inter-relações, interdependência e da influência

mútua, existe um intercâmbio de energias, informações que alimentam o sistema como um todo integrado.¹¹

Nessa perspectiva, é possível entender que os diversos elementos que compõem a rede de relações que formam o ecossistema hospitalar, interagem com os fatores econômicos, políticos, socioculturais do país, cada um formando um sistema, influenciando na dinâmica das relações no ecossistema hospitalar e por conseguinte, no cuidado de enfermagem, com destaque para as ações educativas. O ecossistema hospitalar definido,^{7,9,12} como um conjunto de elementos bióticos (com vida), quais sejam, os funcionários, usuários, cuidadores, familiares presentes neste espaço e abióticos (sem vida), que engloba a estrutura física, os protocolos, o aparato tecnológico, entre outros.

Cabe ressaltar que a presente pesquisa, a qual, originou este artigo, definiu o ecossistema domiciliar dos cuidadores e usuários com DCNT como espaço que precisa ser analisado em relação as ações de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro no ambiente hospitalar. Portanto, os dados da pesquisa conduziram a necessidade de abordar o ecossistema hospitalar e as influências deste na realização das ações educativas em saúde, porque esse interfere no espaço domiciliar, no qual o cuidador presta o cuidado ao usuário com DCNT.

Diante à relevância do tema exposto objetivou-se identificar e analisar as inter-relações entre os fatores socioeconômicos e a prática educativa do enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo, exploratório com abordagem metodológica qualitativa. Esse método viabiliza a busca da percepção das relações entre os componentes que integram a realidade estudada e comporta inserir o universo de significados, crenças, valores diante do fazer educativo do enfermeiro para os participantes da pesquisa.¹³

O cenário de seleção dos participantes foram duas unidades de clínica médica de dois hospitais localizados no extremo Sul do Brasil. Inicialmente, foram realizadas visitas diárias a cuidadores de usuários com DCNT internados nos meses de outubro e novembro de 2016, nas referidas unidades de internação.

No primeiro contato com os participantes, foram explicados os objetivos da pesquisa e listado em uma planilha, construída especificamente para esse estudo, os nomes, telefones e endereços dos cuidadores que, posteriormente a alta do usuário com DCNT, estavam interessados em contribuir com a pesquisa. Dessa maneira, após a primeira abordagem com os

cuidadores, as visitas às unidades de internação continuaram a ser realizadas, porém, com a frequência de três vezes por semana, a fim de estreitar vínculo com os prováveis participantes, bem como, selecionar novos participantes e monitorar as altas hospitalares dos usuários daqueles cuidadores que se mostraram interessados em participar da pesquisa, assim, no primeiro momento, foram selecionados 20 participantes.

Conforme as altas hospitalares dos usuários com DCNT estavam acontecendo, eram realizados contatos via telefone com os cuidadores que manifestaram interesse em participar da pesquisa. Dos 20 iniciais, 02 usuários foram a óbito e 02 foram transferidos para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 01 reinternou antes da coleta dos dados 05 desistiram de participar e 02 não atenderam as ligações. Desta maneira o número de entrevistados foi de 08 participantes

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: possuir idade mínima de 18 anos, ser cuidador domiciliar do usuário com DCNT cerebrovasculares, cardiológicas e/ou respiratória e câncer, estar internados no período da coleta de dados nas unidades clínicas selecionadas, residir na cidade do Rio Grande/RS-Brasil, e como critérios de exclusão: cuidadores de usuários internados por um período inferior a 7 dias, possuir formação da área da saúde, cuidador de usuário com DCNT associada à Doença Crônica Transmissível.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. A técnica de entrevista faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, onde o pesquisador busca informações por meio das falas dos participantes.¹³ Assim, a entrevista como fonte de informação, fornece dados primários e secundários os quais incluem crenças, valores, fatos, opiniões, sentimentos, etc. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para que se procedesse a análise do material coletado.

A coleta dos dados observou o método da saturação das informações, Esse método baseia-se no critério de que existe um número limitado de versões da realidade,¹³ e quando as ideias começam a se repetir, há possibilidade de suspender a coleta de dados. No presente trabalho houve saturação a partir da 6ª entrevista, entretanto, para confirmação, optou-se em prosseguir com mais duas entrevistas, que confirmaram a saturação.

Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. A análise de conteúdo é, frequentemente, utilizada em pesquisas qualitativas na área da enfermagem. Esta consiste de um recurso técnico para a análise dos dados provenientes de mensagens escritas ou transcritas e o perfil sociodemográfico dos participantes, foi realizado por análise estatística descritiva.¹³

Esta pesquisa foi aprovada pela CAAE sob o número 59623116.1.0000.5324 Respeitou-se os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 466/12.¹⁴ O sigilo dos participantes foi preservado por meio da codificação de seus depoimentos (C1, C2, C3..., C8

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico dos participantes.

Em relação à idade dos oito cuidadores deste estudo verificou-se, um (12,5%) com idades entre 20 a 24 anos, três (37,5%) com idades entre 25 a 29 anos, dois (25%) com idades entre 40 a 44 anos, um (12,5%) com idade entre 55 a 59 anos e um (12,5%) com idade entre 65 a 69 anos. Em relação ao sexo, três (37,5%) são do sexo masculino e cinco (62,5%) são do sexo feminino. No que se refere a raça, oito (100%) dos participantes se autodeclararam brancos. Sobre a situação conjugal, três (37,5%) são solteiros, três (37,5%) são casados e dois (25%) são divorciados. Quanto ao grau de escolaridade, um (12,5%) referiu ter o ensino fundamental incompleto, dois (25%) o ensino fundamental completo, 1 (12,5%) relata possuir o ensino médio incompleto e um (12,5%) o ensino médio completo, três (37,5%) mencionaram possuir ensino superior. Sobre a ocupação profissional, um (12,5%) é motorista, 1 (12,5%) é funcionário público, duas (25%) relataram ser do lar e 4 (50%) afirmam estar desempregados.

Quanto à renda familiar, três (37,5%) dos participantes relataram renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, três (37,5%) possuem renda entre 2 a 3 salários mínimos e dois (25%) a renda familiar é entre 3 a 4 salários mínimos. Com relação ao local onde vivem, oito (100%) dos entrevistados residem em bairros da periferia. Quanto a naturalidade, oito (100%) dos cuidadores são naturais da cidade onde ocorreu a pesquisa.

A partir da análise dos dados, emergiu uma categoria denominada: Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde, juntamente com três subcategorias que a complementam: Carências de materiais e infraestrutura inadequada; Sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; Crise econômica e política do país.

Influências econômicas e políticas no cuidado e nas ações de educação em saúde no contexto hospitalar

Em relação aos fatores que interferem na educação em saúde no contexto hospitalar os entrevistados apontaram a crise econômica e política do país, levando à carência de materiais e infraestrutura inadequada e sobrecarga de trabalho.

Carência de materiais e infraestrutura inadequada

Os cuidadores identificaram, por meio de suas falas, que a carência de materiais, como medicamentos e quantidade insuficiente de leitos afetam o trabalho e realização das ações de educação em saúde nas unidades hospitalares, conforme descrito nos relatos:

Faltou remédio no hospital, a morfina mesmo, eu tive que comprar, o médico perguntou se eu me importava, eu disse que não ia deixar ela (mãe) com dor (C1).

O médico disse que era para o pai continuar tomado as medicações que ele tomava em casa e se possível trazer, pois o hospital estava em falta (C8).

Agora tu olha a situação, nós até queríamos internar ele particular, mas eles diziam que não tinha nem leito, imagina, nós queríamos pagar e não tinha como internar (C4).

O problema é a estrutura que afeta tudo, não tem leito, as vezes as pessoas trabalham mal porque não tem condições de estrutura, de nada (C5).

[...]até a comida está ruim, nem leito tinha, muita coisa mudou (C7).

Sobrecarga de trabalho

Os participantes, reconheceram como um dos fatores de interferência para a concretização da educação em saúde no contexto hospitalar o número elevado de usuários, levando à sobrecarga de trabalho

O hospital peca em poucos funcionários, porque a área que ela estava, se tu faz uma pesquisa naquela área tu vai ver que tem em média 50, 60 pacientes internados e quando tem bastante funcionários, tem no máximo 4, mas nunca tem isso, são no máximo 3, eles não tem tempo, sinceramente, eles não tem tempo (C1).

Elas fazem o que dá, são poucas enfermeiras, as vezes vinham duas, três, elas se viam bem apertadas (C2).

[...]eu sei também que é muita gente e poucas enfermeiras, muita sobrecarga para elas (equipe de enfermagem), mas mesmo assim. (C3).

[...] eu reconheço e concordo que é muita gente para poucos enfermeiros (equipe de enfermagem (C4).

[...] são muitos pacientes e poucas enfermeiras, elas (enfermeiras) fazem o que podem. (C5).

Também a gente vê que é muita gente para elas cuidar (C7).

Eu notava que eram poucos enfermeiros para cuidar de muitos (C8).

Crise econômica e política do país

Os cuidadores apontaram, por meio de seus relatos, que o atraso nos salários dos funcionários, a crise econômica e a situação política, pela qual, o país vem passando interfere na efetivação das ações da educação em saúde e influência no dia a dia da dinâmica de trabalho no contexto hospitalar:

Eu sei que muita coisa afeta, os salários atrasados, só por isso eu dou meus parabéns para o pessoal que trabalha ali (C1).

[...] a gente sabe também a situação do hospital, os salários atrasados (C2).

Eu senti um clima político naquela história, um efeito político, afetando a pessoa que está ali doente [...] (C3).

Mas também com essa crise que o país está passando [...] (C5).

Eu acho que eles (enfermagem) agem assim, um pouco por falta de vontade, mas também com esses pagamentos todos atrasados, as vezes noto um descaso total, não sei se por essa falta de pagamento dos salários (C6).

Queria entender porque isso, será que é porque não estão pagando eles? Queria entender, a enfermagem, trabalha, parece de mal gosto, não sei se é porque eles não estão recebendo(C7).

Os funcionários não estão recebendo, mas mesmo assim é complicado, pois é com uma vida que tu está lidando e nesta situação uns pagam pelos outros, por esses roubos que acontecem no país, isso é e todo o Brasil a situação da saúde (C8).

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes, contatou-se, que todos se autodeclararam da raça branca e, em relação a situação conjugal houve uma equivalência entre solteiros e casados com menor número de divorciados.

Em relação ao sexo, a maioria dos participantes pertence ao sexo feminino. Esses dados, coincidem com outros estudos, os quais, revelam que a maioria dos cuidadores são pessoas do sexo feminino.¹⁵⁻¹⁷ Esses achados, reforçam o papel cultural e histórico que designa a mulher como sendo a provedora de cuidados.¹⁸

No que se refere a idade houve um predomínio de idade entre 20 e 24 anos, com faixa etária variando, entre 22 e 65 anos de idade. Referente ao grau de escolaridade, houve uma equivalência em relação aos que possuem educação básica e aos que possuem curso superior. Quanto a ocupação/emprego dos cuidadores durante o período da coleta dos dados, houve uma variância entre as profissões, prevalecendo um maior número de desempregados e entre estes metade possui curso superior. A renda familiar dos cuidadores predominou entre 1 a 3 salários

mínimos, sendo todos moradores da periferia e naturais da cidade onde foi realizado o estudo. Em relação ao grau de escolaridade, os dados encontrados nessa pesquisa contrapõem-se a maioria dos estudos, onde o baixo grau de escolaridade predomina entre os cuidadores.^{16,19-20}

De acordo com estudo,²⁰ que abordou a caracterização sociodemográfica de cuidadores de idosos, o baixo grau de escolaridade associado a baixa condição financeira contribui para a desenvolver tensões e inseguranças ao cuidador. Entretanto, esses dados não coincidem com os achados da presente pesquisa na qual a maioria possui educação básica e até mesmo curso superior, variando seus salários de 1 à 3 salários mínimos.

Neste sentido, estudo aponta que o grau de escolaridade pode interferir na efetividade da educação em saúde para o cuidador, pois existe uma limitação em relação a refletir e questionar o que é repassado quando o nível de escolaridade é limitado, dificultando o cuidado a ser executado. Assim, é imprescindível que as ações de educação em saúde sejam realizadas utilizando recursos inovadores, apoiados em paradigmas que considere o contexto do cuidador.^{9,21-22} Diante disso, as ações de educação em saúde para o cuidador, conforme o Pensamento Ecológico, requerem considerar as inter-relações dos diferentes elementos que compõem o espaço do cuidador, entre estes, o ambiente físico e o sociocultural. Dessa maneira é possível processar uma reformulação do seu saber, permitindo, assim, uma ação de educação em saúde capaz de possibilitar uma (re)adaptação no contexto onde ele está inserido e permitir melhorar sua própria condição de saúde e a do usuário, o qual, presta o cuidado.¹²

As ações educativas promovidas pelos enfermeiros ocupam lugar nos espaços/ambientes de práticas, tanto nos serviços hospitalares quanto no ecossistema domiciliar. Em ambos os contextos, a educação em saúde se processa por meio de ações que devem considerar as especificidades dos usuários, em seu processo saúde-doença-cuidado, pois, a não observância e reconhecimento, desses aspectos singulares, pode comprometer a efetividade e a integralidade das ações educativas.²³

Ao se considerar que o campo da saúde apresenta um corpo complexo de conhecimentos, norteado pelas atitudes e comportamentos em relação aos cuidados, o conhecimento da perspectiva do usuário representa uma importante estratégia interativa e relacional, capaz de mobilizar mudanças na forma de pensar, agir e se responsabilizar pelas questões de saúde.²⁴

O fato de metade dos cuidadores estarem desempregados, vai ao encontro de estudos²² internacionais ao apontarem situações de crise política e econômica refletidas no aumento do

desemprego, bem como, provocam aumento do endividamento nas famílias e ainda dificultam o acesso a bens e serviços básicos de promoção manutenção e recuperação da saúde.²⁵

Neste sentido, atenta-se para a relação destes fatores com a educação em saúde, no contexto hospitalar. Os efeitos da crise econômica possuem relação e influenciam no desenvolvimento da educação em saúde. O aumento do desemprego, aliado a precariedade na saúde, ocasionam um efeito “cascata”, ou seja, as ações de educação em saúde precisam considerar a situação econômica em que os participantes e usuários estão inseridos. O desemprego e a restrição a serviços básicos de saúde como acesso a medicamentos, alimentos saudáveis, entre outros, podem apresentar-se como entrave no desenvolver das ações de educação em saúde, pelo enfermeiro. As ações educativas do enfermeiro no contexto do Pensamento Ecológico possibilita considerar os elementos que fazem parte do ecossistema domiciliar dos cuidadores e usuários porque não é possível exigir o cumprimento de ações que são inviáveis na prática.

Neste sentido, o paradigma ecológico, apresenta-se inteiramente adequado, servindo como sustentáculo das ações de educação em saúde. Ecológicamente, é fundamental, refletir acerca das relações e da interdependência entre os elementos biológicos, físicos, espirituais, culturais, e sociais que compõem determinado espaço.^{10-11,26-27} Desta maneira, será possível o desenvolver de ações de educação em saúde para o cuidador que o contemple em sua multidimensionalidade, minimizando os agravos, reabilitando e promovendo a saúde.

A partir desta contextualização, sinaliza-se para a atual situação da saúde no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde tem enfrentado dificuldades para garantir seus princípios doutrinários da integralidade, universalidade e equidade.¹ Esse dado, vai ao encontro dessa pesquisa, onde os cuidadores apontaram como entraves para o atendimento e as ações de educação em saúde, uma precariedade na infraestrutura do hospitais como a redução de vagas nos leitos hospitalares e escassez de insumos básicos, como medicações. Nesse aspecto, estudo²⁸, que discute a problemática do Sistema Único de Saúde do Brasil, afirma que o sistema possui um financiamento insatisfatório, bem como, precárias condições de trabalho.

Os resultados deste estudo compartilham das mesmas dificuldades vivenciadas no cenário internacional, especificamente na América Latina, onde, o desafio atual diz respeito ao enfrentamento de problemas complexos, decorrentes da transição demográfica e epidemiológica e da insuficiência de investimentos públicos em saúde.²⁹ O estudo aponta que,

para a expansão da cobertura de saúde efetiva e equitativa, muitos países da América Latina deverão aperfeiçoar a capacitação e distribuição dos recursos humanos em saúde.

Nessa acepção, a compreensão dos múltiplos fatores que envolvem o desenvolvimento de ações de educação em saúde no âmbito hospitalar, pode ser problematizada a partir do princípio ecossistêmico da interdependência entre as condições econômicas e políticas do país e de infraestrutura dos hospitais, que condicionam as ações de saúde nesses espaços.²⁷ Assim, compreende-se que as ações educativas exercidas pelo enfermeiro não dependem apenas da boa vontade dos profissionais e, sim, das relações entre os inúmeros elementos que compõem o ecossistema do hospital e as influências das flutuações sociais, econômica e políticas do país porque cada um dos sistema depende de outro maior.

A sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, reflete diretamente no trabalho desenvolvido por esses profissionais. Neste sentido, estudo realizado na Bahia³⁰ com onze enfermeiros, mostrou que a sobrecarga de trabalho, pelo número elevado de usuários a atender, interfere no atendimento, onde os próprios enfermeiros reconhecem que os usuários se sentem mal atendidos. Outra pesquisa realizada no sul do Brasil, com enfermeiras, apontou a sobrecarga de trabalho e a superlotação dos hospitais, entre as dificuldades, para a realização de ações educativas em saúde no contexto hospitalar.³¹ Essas pesquisas ratificam e reforçam os dados da presente pesquisa quando os cuidadores reconhecem que a escassez de ações educativas voltadas para eles no ambiente hospitalar, está atrelada ao elevado número de usuários a sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem.

Considerando as condições do espaço/ambiente onde o trabalho é realizado, o modo de organização do trabalho e de como os cuidados são realizados, cabe destacar que o trabalho em saúde é altamente dependente da força de trabalho. Assim, o modo de realizar o trabalho encontra-se interconectado com a complexidade dos ambientes de trabalho e com as condições disponíveis para a sua realização. Portanto, esses aspectos interferem na qualidade e segurança do resultado assistencial, em todos os níveis de atenção.³²⁻³³

Os recursos humanos são considerados um dos pilares centrais para prover assistência aos usuários, em todos os níveis do sistema. Embora a enfermagem seja imprescindível para o acesso e funcionamento dos serviços de saúde, ainda persistem profundos desequilíbrios e lacunas na disponibilidade, distribuição, composição, qualificação e produtividade desses profissionais, o que tem implicações em termos de qualidade e segurança dos serviços prestados. As diversas cargas de trabalho no cotidiano dos serviços, potencializadas pelas

precárias condições de trabalho, interferem, negativamente, no desfecho do resultado e na satisfação e saúde desses profissionais.³⁴

Estudo que analisou as cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família e suas implicações no acesso universal, identifica que os principais elementos que aumentam as demandas estão relacionados às condições de trabalho, os quais têm forte relação com a dimensão de gestão. Dentre eles se destacam: sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS; insatisfação com salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva; escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas³⁵.

Nos depoimentos dos cuidadores, a questão econômica e financeira é significativa, tanto no que se refere aos atrasos nos pagamentos dos profissionais/trabalhadores, quanto na precariedade e falta de investimentos na infraestrutura física, de materiais e de recursos humanos que possam favorecer o comprometimento com as ações educativas e o fortalecimento do vínculo profissional-usuário-cuidador.

Verifica-se, por parte dos cuidadores, da presente pesquisa, uma compreensão dos elementos que influenciam na realização das ações de educação em saúde no hospital. A partir disso, sinaliza-se a necessidade da inserção e compreensão dos princípios ecossistêmicos das inter-relações e influência mútua para possibilitar possíveis transformações nas ações de educação em saúde nesse espaço.

As influências mútuas entre os elementos do espaço hospitalar, nesse caso a escassez de funcionários, o grande número de usuários, interagem e direcionam a dinâmica do sistema, resultando numa sobrecarga de trabalho aos profissionais, levando a *déficits* no cuidado aos usuários e atenção aos cuidadores, incluindo negligência nas ações educativas em saúde.^{11,27} Ressalta-se que sob esse ponto de vista, devem ser pensadas, pelos gestores, estratégias capazes de contemplar a solução desta problemática, a fim de ponderar um cuidado mais integrado, com possibilidade de abranger ações educativas para o cuidador neste ambiente.

Entende-se que, o salário é o meio de garantir a dignidade do trabalhador, pois contempla atender as necessidades básicas de subsistência desse.³⁶ Portanto, o atraso na fonte de renda do trabalhador, ocasiona efeitos negativos no desenvolver das suas atividades laborais e reflete no cuidador e no usuário e sua família. A partir desse panorama, observa-se a necessidade de mudanças paradigmáticas, no que concerne, a solução das necessidades de saúde. Tornam-se incipientes estratégias de intervenção que desconsideram princípios do

Pensamento Ecológico, porque existe uma inter-relação entre todos os elementos do espaço onde o cuidador, o usuário e sua família vivem e se desenvolvem. Portanto, os elementos desse ecossistema estabelecem relações entre si e interferem, influenciam e geram mudanças e transformações.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a identificação das relações entre a crise política, econômica que influencia nas ações de educação em saúde, na perspectiva ecológica, foi possível inter-relacionar os fatores que interferem na efetivação da educação em saúde no espaço/ambiente hospitalar. Evidencia-se que a carência de recursos materiais, infraestrutura inadequada, superlotação de usuários, sobrecarga de trabalho, atraso nos salários e escassez de recursos humanos, acrescidos de falta de motivação e de desempenho, para promover as ações de educação em saúde, pode trazer consequências e prejuízos a satisfação, a qualidade, a segurança e a integralidade do cuidado aos usuários e seus cuidadores.

Ficou evidente que os efeitos da crise econômica e política que acomete o Brasil interferem nas ações de saúde desenvolvidas nos espaços de saúde, mais especificamente, neste estudo, nas unidades de internação hospitalar. Assim, pensar na contemplação das ações de educação em saúde, exercidas pelo enfermeiro neste contexto, vai além da visão limitada e fragmentada de assistência e requer uma reflexão que considere o ser humano dentro da complexa teia de relações na qual está inserido.

Destaca-se, ainda, que os resultados obtidos nesta pesquisa possuem limitações, já que foi desenvolvido em dois hospitais localizados no extremo Sul do Brasil, não podendo generalizar suas considerações aos demais ambientes hospitalares de abrangência nacional, já que depende do contexto investigado, num determinado espaço/ambiente de Enfermagem/Saúde, versus crise política, econômica e financeira do país.

Os resultados desta pesquisa também contribuem para o desenvolvimento da enfermagem como profissão da saúde ao prover novos conhecimentos sobre a temática. Aponta-se que os princípios do Pensamento Ecológico apresenta-se como possível sustentação para a compreensão e execução das ações de educação em saúde no contexto hospitalar, bem como, cria novas possibilidades para os gestores buscarem caminhos para suprir as demandas do serviço, uma vez que essas não dependem apenas de ações pontuais, mas sim de conceber as múltiplas relações que integram e influenciam os diferentes ecossistemas.

Esses achados sugerem que mais estudos nessa perspectiva podem ser promissores para os investimentos nas ações de educação em saúde e para o avanço do conhecimento em Enfermagem/Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vieira FS. crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Governo Federal Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Brasília, agosto de 2016.
2. World Health. Organization Health Education. CH: World Health Organization, Geneva, 2013.
3. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013; 21(3):695-703.
4. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
5. Brasil. Decreto 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 09 de Jun 1987. Seção 1.
6. Labegalini CMG, Baldissera VDA, Sabóia VM, Higarashi IH. A evolução histórica das práticas educativas em saúde: um caminho para superar saberes e práticas. *Rev. Enferm. UFPE*. 2015; 9(6): 8747-50.
7. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JR. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4): 750-754.
8. Zamberlan C. Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.
9. Capra F. O ponto de mutação. 30ª ed. São Paulo: Cultrix, 2012.
10. Zamberlan C, Medeiros AC, Svaldi, JD, Siqueira HCR. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. *Rev Bras Enferm*. 2013Jul-ago, 66(4): 603-6.
11. Capra F, Luisi PL. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo (SP): Cultrix, 2014.
12. Cecagno D. Formação acadêmica do enfermeiro na perspectiva ecossistêmica. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

13. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
15. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Whebe SCCF, Marques S, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):768-74.
16. Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de Pacientes com incapacidades e dependência. 2013; 47(6):1359-66.
17. Landeiro MJL, Peres HHC, Martins T. Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Rev. Enf. UFSM.* 2015. 5(3): 486-498.
18. Ferreira HP, Martins LC, Braga ALF, Garcia MLB. O impacto da doença crônica no cuidador.
19. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7): 3241-8. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000800023&script=sci_arttext
20. Coelho ER, Sacerdote DS, Cardoso LTS, Barreto RMCS, Souza RC. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro. 2013; 8(28):172-9.
21. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2007; 16(2): 254-62.
22. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):284-90.
23. Santana FR, Santana FR, Anjos GV. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Rev Eletr Enferm.* 2013
24. Raymundo CAN, Pierin AMG. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: a longitudinal, retrospective study. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; (5):811-9.
25. Ostry JD, Loungani P, Furceri, D. Neoliberalism: oversold?. *Finance & Development.* 2016; 53(2): 38-41.

26. SIQUEIRA HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir. [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
27. Medeiros AC. Gestão do cuidado de enfermagem na uti: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013
28. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Transformations in contemporaneous capitalism and its impact on state policies: the SUS in debate. *Saúde Soc.* 2015;24 Suppl 1:82-91.
29. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet.* 2015 Apr 4;385(9975):1352-8.
30. Leite WP, Araujo GF. riscos ocupacionais: percepção de enfermeiros de um hospital público .*Revista Enfermagem Contemporânea.* 2016; 5(2):201-209.
31. Figueira AB, Amestoy SC, Cecagno D, Tristão FS et al. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(2): 310-6.
32. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(1):169-79.
33. Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014 May 24;383(9931):1824-30.
34. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42.2013.
35. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2682
36. Mota LA, Oliveira MS. POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO NO BRASIL: reflexões entre a Era Vargas e o Neoliberalismo. *Revista Foco.* 2015; 8(2): ago./dez.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa, embora com algumas limitações, permitiram contemplar os objetivos da pesquisa, pois foi possível conhecer o que é considerado nas ações de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro no contexto da internação hospitalar, bem como, essas ações acontecem. A pesquisa apontou, outras fontes de conhecimento dos cuidadores, o que permitiu concluir que o atual contexto de fácil acesso à informações pode auxiliar e fornecer apoio emocional aos cuidadores no desenvolver do cuidado no ambiente domiciliar, após a alta hospitalar do usuário com DCNT. Porém, cabe destacar, que esses meios de informações não substituem as ações educativas em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro e equipe de enfermagem.

Destaca-se, também, que na presente pesquisa emergiram dados, que na visão dos cuidadores, dificultam a realização da educação em saúde no ambiente hospitalar. Dessa maneira, pode-se constatar as inter-relações, influências mútuas, entre os elementos do ecossistema hospitalar e a situação política e econômica. O ponto crucial está no entendimento sobre como a crise econômica e política do país influencia, interfere e possibilita a dinâmica do sistema, provocando mudanças nas ações de educação em saúde no contexto hospitalar.

No que se refere a metodologia utilizada para a realização da pesquisa, afirma-se que foi adequada para todas as fases da pesquisa. A abordagem qualitativa, permitiu um envolvimento com a situação pesquisa, possibilitando a convivência e a interação com os participantes e apreender os significados, crenças, valores dos cuidadores, em relação a educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro no contexto da internação hospitalar.

Entre as dificuldades encontradas para a realização da pesquisa, aponta-se o difícil acesso aos cuidadores, após a saída do hospital, pois as entrevistas no ambiente domiciliar, requereram uma articulação da disponibilidade dos cuidadores para que pudessem receber o pesquisador para a realização da entrevista. Além disso, por mais que houve o estabelecimento de certo vínculo com os cuidadores durante a seleção desses no hospital, observou-se, por parte de alguns cuidadores, uma certa insegurança em receber um “desconhecido” no domicílio.

O referencial ecossistêmico, mostrou-se adequado e oportuno, para superar a fragmentação entre o cuidado a as ações educativas no ambiente hospitalar, bem como, direcionar uma educação em saúde dialógica, participativa, contextual que considere as necessidades dos cuidadores, a partir do contexto onde vivem e se desenvolvem, sinalizando

que, se sustentadas por esse paradigma, é possível o desenvolver de ações de educação em saúde capaz de contemplar cuidadores e usuários em suas multidimensionalidades.

REFERÊNCIAS

ALTAFIM, L. Z. M.; TOYODA C. Y.; GARROS, D. S. C. **As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 357-369, 2015.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. **Qualidade de vida dos pacientes dependentes no programa de saúde da família.** Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n. 2, p:266-72,2008.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador:** princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Traduzido por Aline Capelli Vargas. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. **Educação e Promoção da Saúde no Brasil através de Campanhas Públicas.** Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-38,2008.

BERNAL, R. T. I; MALTA, D. C; ISER, B. P. M.; MONTEIRO, R. A. **Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25 n. 3, p. 455-266, 2016.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações.** 7ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

BIOLO, H.F.; PORTELLA, M.R. **Vivência do cuidador familiar:** casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo-RS. Estud. Interdiscipl. Envelhec, v. 15, n. 2, p. 177-195, 2010.

BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. **Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem.** Psicologia Revista, São Paulo, v. 13, n. 1, p.59-72, 2004.

BRASIL. Decreto 94.406/87 de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 de Jun. 1987. Seção 1.

_____. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun. 1986. Seção 1.

_____. Ministério da saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: MS,2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis.** Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M.; ALVIM, N. A. T.; et al. **Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2012.

CAPRA, F. **A teia da vida**. 12ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CECAGNO D. **Formação acadêmica do enfermeiro na perspectiva ecossistêmica**. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4 ed. Coimbra: Ledil, 1999.

COSTA, S. R. D.; CASTRO E. A. B. **Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar**. Rev. Bras. Enferm, v. 67, n. 6, p. 979-986, 2014.

COSTENARO, R. G. S. **Quem Cuida de Quem Cuida? Quem Cuida do Cuidador?** Santa Maria: Palotti, 2001

DAVID, H. S. L.; ACIOLI, S. **Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde**. Rev. Bras. de Enferm, Brasília, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

DONNER, C. L; LEVONIAN, C; SLUTSKY P. **Move to the head of the class: developing staff nurses as teachers**. Journal of nurses in Staff Development, v.21 n. 6, p. 277-283, 2005.

DUARTE, E. C; BARRETO, S. M. **Transição demográfica e epidemiológica: A epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n.4, p. 529-532, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2011.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed. São Paulo: Paz Terra S/A, 2011b.

GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. São Paulo: Ática, 1994.

GARCIA, R. P.; BUDÓ, M. L. D.; OLIVEIRA, S. G.; et al. **Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes Crônicos**. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 10, n. 4, p. 690-696, 2011.

GASTALDO A. R.; NEVESE. T. **Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.20, n. 4, 812-817, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 3, n. 1, p. 48-70, 2001.

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

MALTA D.C; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR J.B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n.4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C; SILVA JR, J. B. S. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n.1, p. 151-164, 2013.

MALTA, D. C; STOPA, S. R; SZWARCOWALD, C; ET AL. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. *REV BRAS EPIDEMIOL DEZ*, v.18, n. SUPPL 2, p. 3-16, 2015.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C.; ANTUNES, C. R. M.; et al. **Family caregivers of chronically ill people: a bibliographic study**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em:<<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id>>. Acesso em 15 de mar. 2016.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. **Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil**. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 4, p. 825-2, 2009.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. N.; ERDMANN, A. L.; et al. **O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais**. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4. P. 556-562, 2009.

MEDEIROS, M.M.C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R. **Cuidadores vítimas ocultas da doenças crônicas**. *Revista Brasileira de Reumatologia, Campinas*, v. 38, n. 4. p. 189-192, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NARDI, E. F. R.; SANTOS, L.M. R.; OLIVEIRA, M.L.F.; et al. **Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio**. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 11, n. 1, p. 98-105, 2012.

PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular**. Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2001.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI A.F. **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.31, n.3, p. 320-28, 2007.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. *In Cuidado Humano Plural*. Rio Grande: Editora da FURG, 2008.p. 43-57.

POLIGNANO, M.V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em:<http://internatoruralmedicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em 03 de fev. 2016.

REIS, D.C. Educação em Saúde. Aspectos históricos e conceituais. *In: GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. Educação em Saúde: Teoria, Método Imaginação*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

REIS, M; ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.

RIGON, A. G; NEVES, E. T. **Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 812-7, 2011.

SABÓIA, V. M. **Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: Intertexto, 2003.

SANTOS, M. C; SIQUEIRA, H. C. H, SILVA J. R. **Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro**. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p:750-754, 2009.

SILVA, A. G.; SILVA, A. S. A.; SOUZA, I. C. P.; et al. **Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar**. *Rev. Enferm Revista*; v. 15, n. 1, p. 28-36, 2012.

SILVA, C.M. C.; et al. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas**. *Ciência& Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVEIRA, C. L.; BUDÓ, M. L.D.; SILVA, F. M.; et al. **Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões**. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 67-78, 2012.

SIQUEIRA, H.C.H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir**. 2001. 272f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SOUSA, L. B; et al. **Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem**. Rev. de Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

SOUZA, C.; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINAB, R.R. **Educação em saúde e suas versões na história brasileira**. Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia,v.33, n.4, p. 618-627, 2009.

SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S.; MARTINS, J. J.; et al. **Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar**. ACM Arqcatarinmed, v. 35, n. 4, p. 56-63, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2016.

TSUKAMOTO, H. F.; ALMEIDA, A. F.; BORTOLLOTTI, L. F.; et al. **A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio**. Rev. Saúde e Pesquisa, v. 3, n. 1, p. 53-58, 2010.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. **Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde e no Brasil**. Rev. Latino-am. Enferm, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1177-1183, 2007.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

WATSON, J. **Nursing: human Science and humancare**. A theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1999.

WORLD HEALTH. **Organization Health Education**. CH: World Health Organization, Geneva, 2013.

WORLD HEALTH. **Global status report on non communicable**. CH: World Health Organization, 2014.

ZAMBERLAN, C; Medeiros, A. C; SVALDI, J. D; SIQUEIRA, H. C. H. **Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico**. Rev Bras Enferm, v. 66, n. 4, p. 603-606, 2013.

ZAMBERLAN C. **Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde**. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA ENCAMINHADA À
DIREÇÃO DO HOSPITALASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DE
RIO GRANDE**

Exmo. Sr.

Pelo presente Termo, eu, Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, solicito autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado, na unidade de Clínica Médica São Roque, intitulada: **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

O objetivo geral é: Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Saul Ferraz de Paula
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com.br

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

Ciente. De acordo.

Direção da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA À GERÊNCIA DE
ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET
CORRÊA JR.**

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof.^a Dr.^a Susi Heliene Lauz
Gerente de Ensino e Pesquisa
HU/FURG-EBSERH

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada. **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA.**

Este estudo tem como objetivo geral Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

O estudo tem abordagem QUALITATIVA a partir de MINAYO, 2014.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Saul Ferraz de Paula
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com

De acordo.

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

Prof.^a Dr.^a Susi Heliene Lauz
Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-FURG

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA ENCAMINHADA À
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DA ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE
SANTA CASA DE RIO GRANDE**

Ilma. Sra.

Pelo presente Termo, eu, Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.^a Enf.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, solicito autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado, na unidade de Clínica Médica São Roque, mais especificamente na unidade de Clínica Médica, com cuidadores de usuário com DCNT internados nesta unidade.

O projeto de pesquisa está intitulado **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA.**

O objetivo geral é: Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Saul Ferraz de Paula
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

Ciente. De acordo.

Enf.^a Me. Liliâne Alves Pereira

Coordenadora de Enfermagem da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO ENCAMINHADA À
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. – HU/FURG**

Ilma. Sra.

Pelo presente Termo, eu, Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.^a Enf.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado, na unidade de Clínica Médica, com cuidadores de usuário com DCNT internados nesta unidade.

O projeto de pesquisa está intitulado: **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

O objetivo geral é: Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Saul Ferraz de Paula
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

Ciente. De acordo.
Enf.^a Márcia Carla Tavares Duarte
Coordenadora de Enfermagem
HU/FURG

APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**PROJETO: AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO
CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO
TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

Preâmbulo

- Agradecimento pela participação
- Explicação acerca da finalidade, dos objetivos, do desenvolvimento do estudo e das questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.
- Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

PARTE I: Caracterização dos participantes da pesquisa

Gênero:

Idade:

Raça:

Escolaridade:

Situação Conjugal:

Atividade Profissional/Ocupação:

Renda familiar:

Local onde vive/residência:

Naturalidade:

PARTE II: Questões Norteadoras

- ✓ Há quanto tempo você exerce a função de cuidador (a)?
- ✓ Você tem algum parentesco com a pessoa que cuida? Qual?
- ✓ Durante o período de internação hospitalar da pessoa, que você cuida, você recebeu orientações, em relação aos cuidados que iria exercer após a alta hospitalar?
- ✓ Se existiram orientações, você consegue identificar quem as forneceu?
- ✓ As orientações eram dadas quando? (Em que momento eram dadas as orientações (na hora do cuidado? Ou num momento específico) Diariamente? Várias vezes ao dia? Somente antes da alta hospitalar?
- ✓ Ao receber as orientações, foi questionado sobre seu entendimento da doença, ou das ações de cuidado que você sabia ou não sabia desenvolver/fazer?
- ✓ Após receber as orientações, foi questionado se entendeu o que foi explicado?
- ✓ Ao receber orientações, em algum momento foi indagado sobre as condições domiciliares para prestar o cuidado? Ou se você se sentia preparada para dar o cuidado no domicílio?
- ✓ Você considera importante as orientações recebidas para o desenvolvimento do cuidado após a alta hospitalar? Por que?
- ✓ Você acha que as orientações recebidas durante a internação hospitalar foram úteis? Por que?
- ✓ No seu ponto de vista, os cuidadores recebem a atenção necessária durante a internação do usuário com DCNT? Diga porque sim ou porque não.
- ✓ No seu ponto de vista as orientações recebidas foram suficientes e contemplaram as necessidades do usuário portador de DCNT? Se sim: por que? Se não o que deveria ter sido diferente? O que faltou?
- ✓ Você gostaria de falar algo mais?

Obrigado pela sua disponibilidade.

APÊNDICE F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA
SAÚDE – CEPAS/FURG**

Prezado Presidente,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V. S.^a apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada: **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

O objetivo geral é: Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a elaboração da dissertação de Mestrado, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Além disso, os resultados servirão para a produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos da área da saúde. Conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os participantes selecionados só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma via sendo entregue ao participante e a outra permanecendo com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos participantes envolvidos no estudo.

Na certeza de contar com o apoio habitual de V. S.^a, desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Saul Ferraz de Paula
Mestrando em Enfermagem da FURG
E-mail: Saul.ferraz@hotmail.com

Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

APÊNDICE G

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

Pesquisadora responsável: Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – Enfermeira, Administradora Hospitalar, Professora permanente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Curso de Mestrado e Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES).

Pesquisador-mestrando: Saul Ferraz de Paula- Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES).

Objetivo Geral: Investigar as ações educativas, na ótica do cuidador, que o enfermeiro, durante o período de internação do usuário com DCNT, oportuniza ao cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio na perspectiva ecossistêmica.

Objetivos Específicos: Conhecer as ações educativas que o enfermeiro oportuniza ao cuidador, durante o período de internação hospitalar do usuário com DCNT na perspectiva ecossistêmica; Avaliar os aspectos que, na visão do cuidador, são abordados pelo enfermeiro no momento da orientação durante a internação hospitalar do usuário com DCNT; Examinar a suficiência das ações educativas em relação às necessidades do cuidado realizado pelo cuidador no ambiente domiciliar; Identificar as inter-relações entre os aspectos das ações educativas recebidas e a prática do cuidador ao usuário com DCNT na perspectiva ecossistêmica

Procedimentos: para participar desta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para o alcance dos objetivos e a questão de pesquisa. A entrevista será realizada no domicílio do usuário com DCNT que você está cuidando, sem prejuízo de suas atividades laborais.

Direitos assegurados: as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pelos pesquisadores. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome e de sua família para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios: Esta pesquisa poderá acarretar benefício direto aos participantes, por terem a possibilidade de serem autores e atores ativos em todo o processo. Possibilitará, ainda, ampliar estratégias de educação em saúde para os cuidadores de usuários com DCNT. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido nesse estudo subsidie a enfermagem a repensar sua prática assistencial de forma a criar estratégias de dispensar uma educação em saúde capaz de aprimorar o cuidado realizado pelo cuidador.

Riscos: sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro de entrevista. Farei a leitura para que possa decidir se quer ou não respondê-las

Participação voluntária: a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato por telefone com a Professora Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira (53) 32784018 e o Mestrando Saul Ferraz de Paula(53) 32338843.

Contato do CEP/FURG: Rua Visconde de Paranaguá, 102. Hospital Universitário Dr. Miguel Corrêa Riet Junior-1º Andar

Rio Grande-RS-CEP: 96201-900

Eu, _____, aceito livremente tomar parte da pesquisa **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA** como participante.

Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li, juntamente com o pesquisador, todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Local e data _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE H

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA

Pesquisador responsável: Mestrando Saul Ferraz de Paula

Pesquisador participante: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

Instituição/Departamento: Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.-HU/FURG

Telefone para contato: (53) 32047314/(53) 84627882

Local de recrutamento dos participantes: Unidades de Clínica Médica dos Hospitais participantes da pesquisa – HU/FURG e Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

Local da coleta de dados dos participantes da pesquisa: domicílios dos usuários com DCNT selecionados na Clínica Médica do HU/FURG e unidade de internação São Roque da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos usuários. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, artigos científicos e trabalhos acadêmicos. As informações serão divulgadas somente de forma anônima e serão mantidas sob a guarda do Pesquisador Mestrando Saul Ferraz de Paula, membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), para análise e interpretação dos dados. Após essa análise os dados serão arquivados em caixa lacrada e guardados, no mínimo por cinco anos, no Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES) sob a supervisão da Prof.^a Dr.^a HediCrecenciaHeckler de Siqueira, orientadora dessa pesquisa e líder desse grupo de pesquisa, após este período os dados serão destruídos.

Rio Grande/RS _____, _____ de 2016.

Mestrando Saul Ferraz de Paula
Pesquisador responsável
E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientador
E-mail: hedihs@terra.com

ANEXO

ANEXO A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 124/2016

CEPAS 58/2016

Processo: 23116.006278/2016-64

CAAE: 59623116.1.0000.5324

Título da Pesquisa: AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA

Pesquisador Responsável: Saul Ferraz de Paula

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 113/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ÓTICA DO CUIDADOR DE USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 29 de setembro de 2016.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG