



Escola de
Enfermagem



FLÁVIO PERAÇA VIEIRA

**ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
TRANSMISSÍVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: participação do
enfermeiro**

**Rio Grande
2014**

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

**ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA de SAÚDE: participação do enfermeiro**

FLÁVIO PERAÇA VIEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem– Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde.

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

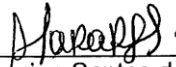
Rio Grande

201

FLÁVIO PERAÇA VIEIRA

**ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
TRANSMISSÍVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: participação
do enfermeiro**


Este projeto de Dissertação foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovado na sua versão final em 25/08/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

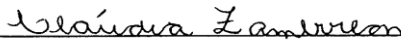
BANCA EXAMINADORA



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



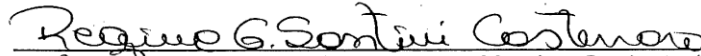
Dr^a. Marlene Teda Pelzer - Membro (FURG)



Dr^a Cláudia Zamberlan - Membro Externo (UNIFRA)



Dr^a-Jacqueline Sallete Dei Svaldi - Membro Suplente (FURG)



Dr^a. Regina Gema Santini Costenaro - Membro Suplente (UNIFRA)

Rio Grande, 25 de agosto 2014.

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos
alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.*

Paulo Freire.

Dedico

A minha afilhada Amália Peraça Vieira Löper, amor incondicional da vida do seu dindo.

A José Richard de Sosa Silva (In Memóriam) meu eterno amor, por seu carinho e amizade.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Valdy e Etelevina Vieira, por seu amor, apoio incondicional na minha trajetória e por me guiarem no caminho do bem.

A minha irmã Jaqueline Peraça Vieira Löper por estar sempre ao meu lado e acreditar nos meus sonhos.

A meu querido companheiro e amigo José Richard de Sosa Silva (In Memoriam), por sua amizade, amor, apoio, companheirismo em todas as horas, por ter me apresentado o caminho da pesquisa, mesmo com as adversidades que a vida lhe apresentou, incentivou-me constantemente, mostrando um novo mundo de conhecimentos. Meu eterno amor.

A Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste trabalho, com seu profissionalismo incansável e amizade. Por entender o meu tempo e respeitá-lo, proporcionando um caminho de aprendizagem. Muito obrigado sem sua compreensão não teria chegado a este dia.

A Prof^a Dr^a Marlene Teda Pelzer pela amizade e carinho, a minha eterna admiração por esse ser humano tão especial.

Aos membros da banca examinadora pela participação e oportunidade de compartilhar conhecimentos.

Aos amigos Cândido Júnior, Adriana Rochefort, Flávia Rochefort, Nélida Leyes Lopes, Mara Lameirão de Lima, Camila Schwonke, Anna Casalinho, Maria José Tortelli, Zeli Pereira, Michelle Soares, Noêmia Leston, Ana Lúcia de Alméida Clésia Terezinha Riberio, Rudimar Ribeiro, Kellen Gai e Eduardo Frio, por sua amizade e por estarem comigo em todos os momentos.

As professoras e amigas Diana Cecagno e Deisi Soares, que de longa data acompanham meu trabalho, sempre estimulando no caminho da docência e pesquisa.

Aos amigos do mestrado Daniela Pasini e Daniel Mendes pela amizade e cumplicidade durante esta caminhada, meu muito obrigado.

Aos colegas do grupo de pesquisa GEES, meu reconhecimento e carinho.

A todos os participantes da pesquisa pela sua disponibilidade e receptividade, sem sua ajuda este trabalho não seria realizado.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho, um profundo e sincero obrigado.

RESUMO

O presente estudo teve como questão pesquisa: Na visão dos usuários, como é realizado o atendimento aos portadores de doenças crônicas transmissíveis (DCT) (HIV, hepatites B e C) nas Unidades Básicas de Saúde, na visão ecossistêmica? Qual a participação do enfermeiro nesse atendimento? Objetivou-se Averiguar junto aos usuários, o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, medidas de promoção e prevenção ao usuário portador de DCT (HIV e hepatites B e C), na visão ecossistêmica e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades. Construiu-se uma revisão de literatura buscando fundamentar a questão de pesquisa, pressupostos e objetivos. Teve como referência, principalmente as políticas públicas em saúde, fundamentado em autores como Freire e Collière. É preciso reconhecer que a promoção da saúde constitui parte fundamental na melhoria da qualidade de vida, de saúde do ser humano e, conseqüentemente, da sociedade. Para que sejam desenvolvidas medidas de promoção em saúde faz-se necessário trabalhar, também, medidas de prevenção de doenças como forma de minimizá-las. O enfermeiro possui função importante tanto nas ações de prevenção da doença como na promoção da saúde. Presta assistência em saúde pública e participa do processo de educação em saúde. Além disso participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica, atua, também, em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população. Ancorado na visão ecossistêmica buscou-se identificar os usuários portadores de doenças crônicas transmissíveis, no seu contexto e conhecer se foram oferecidas ações educativas de promoção e prevenção, assim como, conhecer a participação do profissional enfermeiro nessas ações. Como caminho metodológico adotou-se a pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. O local da captação dos 08 participantes foi o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior da cidade do Rio Grande/RS, mais precisamente os serviços de Clínica Médica; Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde), referência para atendimento aos portadores de Hepatites e no Hospital Dia Aids, onde são realizados os atendimentos a complicações decorrentes da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Justifica-se a escolha dessas unidades por contemplar o atendimento de usuários portadores de HIV, Hepatite B e C, tema de interesse dessa pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, após aprovação pelo Comitê de Ética CEPAS/FURG, sob o nº 160/2013. A análise e discussão dos dados foi realizada pelo método de Análise Temática seguindo os passos de Minayo. Os dados evidenciaram fragilidades quanto à assistência prestada pelo enfermeiro, sendo identificado pelos entrevistados como o profissional que realiza a triagem e os serviços burocráticos da unidade. A promoção da saúde é desenvolvida, principalmente, por intermédio de informações obtidas com recursos midiáticos. Poucos participantes possuem algum conhecimento mais técnico em relação aos riscos de transmissão das patologias Aids, Hepatite B e C. Os relatos evidenciaram que o médico continua sendo o profissional que detém a assistência aos usuários do serviço de saúde, ou seja, que realiza a consulta e orienta os usuários em relação à saúde. O enfermeiro não aparece como o profissional ativo nesse serviço, em relação ao cuidado, promoção e prevenção à saúde do usuário e sua família. Recomenda-se novas pesquisas para aprofundar a temática.

Descritores: doenças transmissíveis; promoção da saúde; educação; prevenção de doenças; enfermagem; ambiente.

ABSTRACT

The present study had as the research question: In the users view, how is realized the attendance to the Infectious chronic disease (ICD, as HIV, hepatitis B and C) carriers in the Health Basic Unit, in the ecosystemic vision? Which is the nurse participation in this attendance? Aimed to verify with the users, the attendance realized in the Health Basic Unit, promotion measures and the prevention to the ICD carrier user (HIV, Hepatitis B and C), in the ecosystemic vision and verify the participation of the nurse in these activities. A literature review was building seeking support to the research question, assumptions and aims. Has as reference, mainly, the health public policies, reasoned the authors as Freire and Collière. It must be recognized that the health promotion constitute the fundamental part in the improvement of the quality of life, of the human being health, and consequently of the society. To be developed the health promotion measures it is necessary to work, as well, prevention disease measures as a way to minimize them. The nurse had a important function in both in the prevention of disease and health promotion. Provides assistance to public health and participates in the process of health education. Also participates in the prevention and control of the communicable diseases in general and in the epidemiological surveillance programs, as well in sanitary education programs and activities, aiming the health improvement of the individual, family and population. Anchored in the ecosystemic vision sought to identify the users relations, transmissible chronic disease carries, in their context to identify if was offered educative action of promotion and prevention, as well, to identify the participation of the professional nurse in these actions. As a methodological pathway a descriptive and exploratory with a qualitative research approach was adopted. The site of the capture of the participants was the Dr. Miguel Riet Corrêa Junior University Hospital, in the Rio Grande/RS county, more precisely in the Medical Clinic services; Gastroenterology Regional Integrate Center (green wing), a reference to the attendance to the Hepatitis carriers and in the Dia Aids Hospital, where are realized the attendance for the complications arising from the human immunodeficiency virus (HIV) virus infection. The choice of these units is justified because they contemplate the attendance of the HIV, hepatitis B and C carrier users, the interest theme of this research. The data collection was realized by semi structured interview, after the CEPAS/FURG Ethics Committee approval, under nº 160/2013. The analyze and discussion of the data were realized by the thematic analyzes method following the Minayo steps. The data highlights the weaknesses concerning to the assistance realized by the nurse, being identified by the interviewers as the professional which realize the triage and the bureaucratic unit services. Health promotion is developed, mainly through information obtained with features like media. The minority of the participants have some technical knowledge in relation to the transmission risks of the diseases AIDS, Hepatitis B and C. Reports highlight that the doctor remains as the professional which are holds the users assistance of the health services, i.e., that realize the appointment and guide the users in relation to the health. The nurse didn't appear as an active professional in this service, in relation to the care, promotion and prevention to the user health and his family. It is recommended new research to deepen the theme.

Key words: communicable diseases; health promotion; education; Prevention of diseases; nursing; environment.

RESUMEN:

El presente estudio tuvo como pregunta de investigación: En el vista de los usuarios, como la atención se proporciona a los pacientes con enfermedades infecciosas crónicas transmisibles (DCT) (VIH, hepatitis B y C) en la Unidad Básica de Salud en la visión de los ecosistemas? ¿Cuál es la participación de los enfermeros en la asistencia? El objetivo fue averiguar junto con los usuarios, el servicio prestado en las Unidades Básicas de Salud, la promoción y las medidas de prevención al portador usuario DCT (VIH y hepatitis B y C), en la visión del ecosistema y verificar la participación de los enfermeros en estas actividades. Se construyó una revisión de la literatura en busca del apoyo la pregunta de investigación, hipótesis y objetivos. Tuvo como referencia las políticas de salud pública, principalmente, basándose en autores Collière y Freire. Hay que reconocer que la promoción de la salud es una parte fundamental en la mejora de la calidad de vida, la salud de los seres humanos y por lo tanto de la sociedad. Para desarrollo de las medidas de promoción de la salud es necesario trabajar también sobre las medidas de prevención de enfermedades como una forma de minimizarlos. El enfermero tiene un papel importante tanto en la prevención de la enfermedad como en la promoción de la salud. Proporciona asistencia a la salud pública, y participa en el proceso de educación para la salud. Además de participar en la prevención y control de las enfermedades transmisibles en general y en los programas de vigilancia epidemiológica, también funciona con los programas y actividades de educación sanitaria dirigidas a mejorar la salud del individuo, la familia y la población. Sobre la base de la visión del ecosistema buscado identificar las relaciones de los usuarios, los portadores de enfermedades crónicas transmisible en contexto y conocer se les fue ofrecido las acciones educativas de la promoción y la prevención, así como identificar la participación del profesional de enfermería en estas acciones. Como camino metodológico fue adoptado el estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo. El local de la captación de los 8 participantes fue el Hospital Universitario Miguel Riet Correa Junior de Rio Grande / RS, más precisamente los servicios de Medicina Clínica; Centro Regional Integrado de Gastroenterología (Green Wing), los servicios de referencia a los pacientes con hepatitis y el Hospital de Día del SIDA, donde son realizados los atendimientos a las complicaciones de la infección pelo virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Justifica para seleccionar estos virus unidades son llevadas por la asistencia de la contemplación los usuarios que llevan el VIH, la hepatitis B y C, en este tema de investigación de interés. Justifica la elección de estas unidades para la atención de pacientes que contemplan a los usuarios para el VIH, la hepatitis B y C, en este tema de investigación de interés La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semi-estructuradas, tras su aprobación por el Comité de Ética CEPAS / FURG, bajo N ° 160/2013. El análisis y discusión de los datos se realizó mediante el método de análisis temático de los pasos de Minayo. Los datos mostraron debilidades en cuanto a la asistencia prestada por los enfermeros, identificados por los entrevistados como el profesional que hace la selección y los servicios burocráticos unidad. Promoción de la salud se desarrolla principalmente a través de la información obtenida con las características como los medios de comunicación. Pocos participantes tienen un conocimiento más técnico sobre los riesgos de transmisión de enfermedades del SIDA, Hepatitis B y C. Los informes muestran que el médico sigue teniendo la asistencia profesional a los usuarios del servicio de salud, lo que significa que las consultas y los usuarios de guías en relación con la salud. La enfermera no aparece como un profesional activo en este servicio, en relación a la atención, promoción de la salud y prevención de usuario y su familia. Se recomienda más investigación para profundizar en el tema.

Descriptor: Enfermedades transmisibles; promoción de la salud; la educación; prevención de enfermedades; enfermería; medio ambiente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Buscando entender a Saúde no Brasil	20
<i>2.1.1 O Sistema Único de Saúde e o acesso a Atenção Primária.</i>	25
2.2 Doenças crônicas transmissíveis	30
2.3 Promoção e prevenção da saúde do ser humano	35
2.4 - Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença: enfoque ecossistêmico	40
3.0 CAMINHO METODOLÓGICO	56
3.1 Tipo de estudo	56
3.2 Cenário do estudo	58
3.3 Participantes do estudo	58
<i>3.3.1 Critérios de inclusão</i>	59
<i>3.3.2 Critérios de exclusão</i>	59
3.4 Coleta de dados e logística da proposta	60
3.5 Aspectos éticos	61
<i>3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios</i>	62
<i>3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores</i>	63
<i>3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa</i>	63
<i>3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos</i>	63
<i>3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados</i>	63
<i>3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa</i>	64
4. DESCRIÇÃO DOS DADOS	65
4.1 Descrição dos dados obtidos por meio de entrevistas	66
<i>4.1.1 Perfil dos participantes</i>	66
4.2 Atendimento das necessidades de saúde do usuário nas UBS: profissional que prestou o atendimento	66
<i>4.2.1 Atendimento na UBS realizado por enfermeiro</i>	68
<i>4.2.2 Consulta de Enfermagem na UBS</i>	69
<i>4.2.3 Significado da Promoção da Saúde:</i>	69
<i>4.2.4 Significado da Prevenção de Doenças Transmissíveis:</i>	70
<i>4.2.5 Orientações da Promoção da Saúde:</i>	71
<i>4.2.6 Significado da prevenção das doenças transmissíveis</i>	72
<i>4.2.7 Orientações com relação à Prevenção das Doenças Transmissíveis</i>	72
<i>4.2.8 Conhecimento das formas de contaminação</i>	73
<i>4.2.9 Formas de contaminação dos participantes</i>	74
<i>4.2.9.1 Sexo</i>	74
<i>4.2.9.2 Transfusão:</i>	74
<i>4.2.9.3 Drogas e sexo desprotegido</i>	75
4.3 Organização dos dados transcritos	75
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	77
5.1 Artigo 1 - Atendimento nas unidades básicas de saúde: na voz dos usuários	78
5.2 Artigo 2 - Prevenção das doenças crônicas transmissíveis: significado segundo usuários de unidades básicas de saúde	96

5.3 Artigo 3 - Significado da promoção da saúde para portadores de doenças crônicas transmissíveis de unidades básicas de saúde: interface com o enfermeiro	112
6. SÍNTESE REFLEXIVA	126
REFERÊNCIAS	129
Apêndice A - Autorização da instituição para o desenvolvimento da pesquisa	136
Apêndice B – Solicitação ao Comitê de Ética	137
Apêndice C – Instrumento de coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa - roteiro da entrevista	138
Apêndice D – Convite para participar da pesquisa	139
Apêndice E – Consentimento Livre e Esclarecido	140
Anexo A - Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde	143

1. INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no final do séc. XX nas áreas da economia, política, cultura, e, especialmente na comunicação digital, intensificaram alterações na vida da sociedade. Nesse cenário de transformações a saúde não permaneceu alheia a essas modificações, tornando-se mais explícita a importância de cuidar e promover a vida de modo a reduzir a vulnerabilidade do adoecer e de todas as consequências que advém desse fenômeno.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa. De acordo com este documento, promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle deste processo (BRASIL 2002).

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma

estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006b. p.9).

Percebe-se a promoção da saúde como estratégia fundamental na melhoria da qualidade de vida, de saúde do ser humano e, conseqüentemente, da sociedade. A responsabilidade de implementação fica a cargo das esferas de gestão do SUS, no Ministério da Saúde, Estados e Municípios. A inserção das ações de promoção deve ser realizada em todos os níveis com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006b).

Ao desenvolver medidas de promoção em saúde faz-se necessário trabalhar também a prevenção de doenças como forma de minimizá-las. As ações preventivas são definidas como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças

específicas. Para a realização dos cuidados preventivos, para distúrbios específicos, devem ser consideradas as avaliações do risco coletivo (CZERESNIA, 2003; NETTINA 2011).

O enfermeiro é um profissional que possui amparo legal, expresso na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 do exercício profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 para atuar em diversas áreas que envolvem a educação tanto de novos profissionais da enfermagem, bem como a qualificação dos já existentes. Cabe-lhe, igualmente, participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica. Compartilha, ainda, em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1986).

Entre outras atribuições incumbe-lhe elaborar, executar e avaliar os planos assistências de enfermagem/saúde. Portanto, compete ao enfermeiro, trabalhar legalmente na prevenção, promoção e controle das doenças transmissíveis, utilizando de forma intensiva e constante, métodos e técnicas de educação/aprendizagem no intuito de alcançar os objetivos e metas propostas.

O enfermeiro possui função importante tanto nas ações de prevenção da doença como na promoção da saúde. Na prevenção cabe-lhe realizar atividades como pré-natal, programas de vacinação, assistência à saúde pública e participar do processo de educação em saúde. Com relação à promoção os enfermeiros podem atuar nos diversos ambientes de trabalho, atendendo às necessidades de promoção da saúde dos usuários, seja na própria comunidade ou, até mesmo, em serviços de referências como hospitais e clínicas (NETTINA, 2011), Atualmente acrescenta-se o serviço de creches, escolas, indústrias e outras instituições nas quais pessoas desenvolvem suas atividades laborais. A busca por ambientes saudáveis e sem riscos à saúde deve ser proposta e implementada pelo profissional enfermeiro.

Neste sentido, o enfermeiro necessita desenvolver ações educativas para serem aplicadas junto aos usuários dos serviços de saúde. Segundo Libâneo (2006) educar em latim *educare* é conduzir de um estado para o outro, é modificar numa certa direção o que é suscetível de educação. Conforme Aranha (2006), educar não é a simples transmissão da herança dos antepassados para as novas gerações, mas compreende um processo pelo qual também se torna possível à ruptura com o velho. Evidentemente, isso ocorre de maneira variável conforme as diversidades das sociedades estáveis ou dinâmicas.

Segundo Freire (2009), ensinar inexistente sem aprender e vice-versa. É preciso conhecer as diferentes dimensões que caracterizam a essência da prática, o que pode tornar mais seguro o desempenho do educador, aqui, do educador enfermeiro.

Assim, denota-se a necessidade de atualização constante do profissional enfermeiro para conseguir guiar as orientações levando em conta os novos conhecimentos e conceitos construídos ao longo do tempo na área da saúde e, mais especificamente, no conhecimento da enfermagem. Faz-se necessário reconhecer que a educação é um processo dinâmico e, como tal, deve acompanhar as mudanças que se operam nas dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais da sociedade. Entende-se que tais mudanças e transformações interferem e modificam a forma de viver das pessoas e influenciam na sua saúde delas.

Ainda, conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 do exercício profissional do enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, entre as atividades privativas do enfermeiro, encontram-se a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços e a consulta de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde: participa no planejamento, execução da programação de saúde, participa nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários de alto risco e compartilha em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1986). Portanto, o enfermeiro, na sua atividade profissional, exerce, entre outras funções, a atividade de educador em saúde perante a comunidade, com o objetivo principal de trabalhar a promoção da saúde e prevenção de doenças.

A função do enfermeiro é de estar com o outro, participando, articulando e, assim, contribuindo, de forma integral na promoção, prevenção e, também, na recuperação da saúde dos usuários. Ao atuar como articulador do cuidado e ao interagir de forma ativa e participativa no pensar e fazer enfermagem colabora na práxis de outros profissionais da equipe multiprofissional (EM), tendo como objetivo a resolutividade e o bem estar dos usuários dos serviços de saúde (SIQUEIRA, et al. 2009).

Atualmente considera-se saúde não apenas a ausência da doença, mas num sentido ampliado ela foi definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ano de 1986 como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986. p.4).

Para possibilitar o atendimento à saúde, compreendida de forma ampliada, existe a necessidade de uma EM, pois, nenhum profissional da área da saúde possui condições profissionais de atender a todos os condicionantes previstos nessa regulamentação (SIQUEIRA et al.2009). Conforme Peduzzi (2001) a EM é integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os quais atuam de forma conjunta, e na qual o trabalho se destaca de maneira coletiva, configurando-se na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, sendo assim, a saúde é produzida no coletivo. Para Siqueira et al. (2009, p36) “o trabalho em EM é considerado como uma fonte de aprendizado, pois permite o diálogo interprofissional” e, desta maneira, o conhecimento se torna mais abrangente e possibilita abarcar maior número de necessidades dos usuários. Os membros integrantes da EM, ao planejar em conjunto descobrem, de forma mais dinâmica, as metas, com o objetivo de trabalharem a promoção e prevenção em saúde e, conseqüentemente, à recuperação desta.

O conceito saúde, apesar de ser campo de preocupação e despertar interesse investigativo de diversos autores ao longo da história, recebeu uma nova conotação na Constituição Federal Brasileira de 1988 que aborda a saúde no Artigo 196 como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19/09/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 1988). O artigo 2º da Lei 8.080 diz

que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil. Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar os serviços e as ações de saúde das três esferas do governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e assistência à saúde), e subsistemas de base territorial (estaduais, regionais e municipais) para atender, de maneira funcional, às demandas da atenção à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009). Entretanto, muitas vezes, o enfermeiro ao estar com o usuário prestando o cuidado de enfermagem, não encontra possibilidades de restabelecimento da sua saúde porque os seus agravos se tornaram crônicos.

É preciso entender que o cuidado de enfermagem se encontra num patamar que se preocupa não somente com o restabelecimento da saúde do usuário, mas envolve o desvelo, a dedicação, atenção, carinho e amor que busca a melhor qualidade de vida possível de ser alcançado pelo usuário. O profissional enfermeiro possui estratégias capazes de auxiliar o usuário no enfrentamento de seus problemas de saúde tanto com manifestação aguda ou crônica.

Uma enfermidade crônica perdura, normalmente, por mais de 06 meses e também pode comprometer a eficiência das funções do organismo em qualquer dimensão. O usuário pode oscilar entre o máximo de sua saúde e graves recaídas, que podem apresentar risco de morte. Deste modo, a enfermidade crônica interfere nas adaptações da vida em andamento, fazendo com que as realizações de atividades rotineiras se tornem mais desafiadoras (POTTER e PERRY, 2005).

As doenças crônicas se dividem em dois grupos: as transmissíveis e não transmissíveis. O primeiro abarca doenças cujo agente etiológico é vivo e transmissível. As doenças não transmissíveis correspondem às doenças cardiovasculares, renais, diabetes e doenças de origem respiratória. (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003).

No presente estudo busca-se pesquisar junto aos portadores de doenças crônicas transmissíveis (DCT), de HIV, Hepatites do Tipo B e C, e avaliar as ações educativas preventivas recebidas, do enfermeiro ou outro integrante da EM, durante sua vida, tanto na escola como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outro ambiente, como forma de promover a saúde e prevenir essas patologias.

Com a finalidade de conhecer as produções científicas publicadas nos últimos cinco anos (2007-2012), em português, inglês e espanhol, referentes à temática, foi consultada a biblioteca virtual em saúde (BVS). Nessa pesquisa utilizou-se as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBCS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A busca foi realizada por meio dos descritores na seguinte ordem: **doenças transmissíveis; promoção da saúde; educação; prevenção de doenças; enfermagem e ambiente.**

Ao ser realizado a busca com o primeiro descritor **doenças transmissíveis** obteve-se na base de dados LILACS (6.445) artigos, na MEDLINE (55.169) e na IBCS (806) artigos. Refinando com o segundo descritor **promoção da saúde** foram encontrados (272) na LILACS, (907) na MEDLINE e (09) na IBCS. Ao acrescentar o terceiro descritor **educação** obteve-se (101) produções na LILACS, (249) na MEDLINE e (04) artigos na IBCS. Com o quarto descritor **prevenção de doenças** foram encontrados (71) na LILACS, (199) na MEDLINE e (03) na IBCS. Ao refinar com o quinto descritor **enfermagem** houve uma acentuada redução na produção, restando (11) na LILACS, 24 na MEDLINE e (01) na IBCS. Finalmente ao acrescentar o descritor **ambiente** foram encontrados somente dois artigos na LILACS e nenhum na MEDLINE e IBCS.

De posse dos trabalhos resultantes do refinamento verificou-se, por meio da leitura desses artigos, que os dois obtidos no último refinamento presentes na LILACS e o do IBCS encontravam-se repetidos. Constatou-se, também, que (04) dos artigos localizados na base de dados LILACS e (17) da MEDLINE não atendiam ao critério do período de busca – 2007 a 2012. Desta forma, no refinamento final foram considerados e incluídos (07) artigos da LILACS e (07) da MEDLINE, totalizando (14) artigos que possuem aderência com à temática e atendessem aos critérios de inclusão pré estabelecidos.

A análise preliminar dos 14 artigos permitiu visualizar temas que possuem semelhança entre si. Assim, inicialmente, foram agrupados em duas temáticas: 1) Ações/atividades utilizadas para a sensibilização sobre as doenças sexualmente transmissíveis; 2) Discussão sobre as doenças sexualmente transmissíveis, a vulnerabilidade de determinados grupos e fatores agravantes.

Percebe-se que a temática possui diferentes vieses e carece de aprofundamento para encontrar caminhos favoráveis para as ações educativas a serem empregadas no intuito de descobrir possibilidades para torná-las mais assertivas e adequadas às necessidades dos portadores de (HIV; Hepatite B e C). A produção aponta, também, que existe necessidade de difundir o conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sensibilizar e conscientizar a população sobre a promoção e prevenção, como também em conhecer e compreender os principais fatores que agravam a vulnerabilidade.

Além dessas justificativas apresentadas, a temática demonstra relevância porque se encontra indicada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, conforme consta no item 19.1.8: Estudos de morbimortalidade de doenças transmissíveis; e, nos seguintes subitens: 19.1.8.2 Incidência e prevalência de DST, com ênfase em HIV/Aids, nos diferentes grupos etários e populações vulneráveis; 19.1.8.6 Prevalência das hepatites virais e suas complicações (BRASIL, 2008 p.45 e 46). Todas as questões apontadas justificam a pesquisa sobre essa temática, pois assinala para possibilidades de contribuir, positivamente, na construção do conhecimento sobre doenças transmissíveis Aides, Hepatite B e C.

Apoiado nesse contexto justifica-se a relevância do estudo, pois o aprofundamento do conhecimento nessa área poderá criar subsídios capazes de auxiliar na avaliação da eficácia das estratégias educativas, utilizadas pelo enfermeiro como forma de auxiliar na prevenção da doença crônica transmissível, e na promoção da saúde.

Diante desta realidade, propõe-se a **questão norteadora**:

Na visão dos usuários, como é realizado o atendimento na Unidade Básica de Saúde, quanto às medidas de promoção e prevenção aos portadores de DCT (HIV, hepatites B e C), na perspectiva ecossistêmica? Qual a participação do enfermeiro nesse atendimento?

Com base na questão norteadora, elencou-se os seguintes pressupostos desse estudo:

- A maior parte dos usuários portadores de DCT (HIV; hepatites B e C) da Unidade Básica de Saúde não conhece o significado da promoção e prevenção das doenças;

- A maioria dos sujeitos, com DCT, nunca recebeu atendimento das suas necessidades pelo enfermeiro;
- Alguns sujeitos, portadores de doenças DCT (HIV; Hepatites B e C), receberam atendimentos de suas necessidades pelo enfermeiro;
- Em relação a orientações de promoção e prevenção nas DCT (HIV, Hepatites B e C) a mídia: rádio, televisão, rede social, folders educativos e comerciais representam fontes importantes de informação..

Objetivo geral:

Investigar como é realizado o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, referente às medidas de promoção e prevenção aos portadores de doenças crônicas transmissíveis (HIV e hepatites B e C), na perspectiva ecossistêmica e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades.

Objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos entrevistado;
- Identificar as ações realizadas pelos profissionais da saúde nas Unidades Básicas de Saúde;
- Averiguar a participação do enfermeiro nas ações realizadas ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde;
- Investigar, junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, o significado da promoção e prevenção das doenças crônicas transmissíveis.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será realizada uma revisão de literatura com a finalidade de construir subsídios para um melhor entendimento da temática em estudo e conjecturar possibilidades de análise e interpretação dos dados. Serão abordados os temas: Buscando entender a Saúde no Brasil; O Sistema Único de Saúde e o acesso à Atenção Primária; Doenças Crônicas Transmissíveis; Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças no ser humano e ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de doenças: enfoque ecossistêmico.

2.1 Buscando entender a Saúde no Brasil

A saúde no Brasil, ao longo de sua história, passou por várias alterações. Com o objetivo de encontrar estratégias e soluções, foram realizadas diversas tentativas acompanhadas de propostas e modelos visando a atender as demandas de saúde da população vigente.

Inicialmente, as referências sobre as terras brasileiras e seus primeiros habitantes indígenas, descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral, davam a ideia de ter encontrado um paraíso terreno. Entretanto, este paraíso anunciado pelos marinheiros da esquadra do descobrimento, ao retornar para seus portos de origem, era substituído por uma versão oposta. As variantes referiam os conflitos indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes enfermidades que acometiam a população, eram apontados como os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores portugueses (BERTOLLI FILLHO, 2011).

Segundo Polignano (2012), logo após o descobrimento, o Brasil foi colonizado por aventureiros europeus. A expressão “aventureiros” refere-se à falta de organização estrutural e funcional estabelecida, principalmente, carecendo de qualquer tipo de atenção à saúde. Os recursos disponíveis e utilizados provinham da

própria natureza, como as plantas e ervas. Os únicos conhecimentos empíricos sustentados e que a população dispunha, refletiam a imagem dos curandeiros¹ que exerciam a arte de cuidar.

A primeira organização de uma estrutura sanitária surgiu em 1808 com a vinda da Família Real na cidade do Rio de Janeiro. D. João VI, instituiu as funções de físico-mor, encarregado de inspecionar as boticas, Cirurgião-mor designação que compreendia os médicos e Juizes-comissários. Os Juizes-comissários exerciam atividades fiscalizadoras, julgadoras e punitivas à parte da justiça comum. Tinham autoridade, inclusive para arrecadar tributos e taxas relativas aos seus serviços (POLIGMANO, 2012).

A fragilidade das medidas sanitárias:

Levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres restavam, sobretudo os curandeiros negros, que continuaram a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro. Além disso, os doentes tinham medo de ser internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas. Em suas enfermarias misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo leito. É claro que tal “tratamento”, somando à falta de higiene dos hospitais, fazia com que famílias evitassem internar seus parentes, pois a morte era destino certo da maioria dos pacientes pobres (BERTOLLI FILHO, 2011. p10).

Com a proclamação da República em 1889 surge a necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade. Essa ideia tinha como base o reconhecimento das funções produtivas como a fonte de geração de riqueza das nações. Para isso era imprescindível que a medicina assumisse o papel de guia do Estado, referente aos assuntos sanitários, com objetivo de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, assim, nossa sociedade assumiria o modelo das nações mais ricas do mundo. Foi então que, nesta época, o Brasil ganha um novo campo de conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças, e, para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se, assim, uma área chamada de medicina pública ou simplesmente saúde pública. Esta era

¹ Curandeiro: aquele sem título, que por meio de rezas e feitiçarias é atribuída à função, capacidade, poder ou reconhecimento para curar. (POLIGNANO, 2012).

complementada por um núcleo de pesquisa sobre as enfermidades que atingiam a coletividade – epidemiologia. (BERTOLLI FILHO, 2011).

Nesta mesma época, em âmbito mundial, em função dos problemas sociais decorrentes da Revolução Industrial, aumentou a mortalidade geral e infantil, e para seu enfrentamento emergiram os conceitos de medicina social e saúde coletiva baseados na relação entre saúde e condições de vida. O representante mais significativo desta época, considerado o pai da medicina social e que não é possível desconhecer como precursor da Promoção da Saúde (PS) foi o patologista de formação, Rudolf Virchow, um dos maiores sanitaristas políticos da história. O estudo de maior importância de sua autoria foi sobre a epidemia de Tifo, na Prússia, em 1847-1848, no qual incluiu análises do contexto social e cultural da época e do local (WESTPHAL, 2009).

No início do século passado a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, entre elas a febre amarela, o que acabou gerando sérias consequências tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior. Naquela época, os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. Rodrigues Alves, presidente do Brasil neste período, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia da febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2012).

Conforme Polignano (2012), em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial, destacaram-se como problemas individualizados. Expandiu as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro. Criou em 1922 a Escola de Enfermagem Anna Nery, considerada oficialmente a primeira escola de Enfermagem no Brasil no modelo de Florence Nightingale.

A revolução de 1930 colocou Getúlio Vargas na presidência do país, que suspendeu a vigência da Constituição de 1891, e passou a governar por decretos

até 1934, época na qual foi aprovada a Nova Constituição. No ano de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (SILVA, 2006).

Para Bertolli Filho (2011), a Política de Saúde brasileira nasceu com a ideia de que a população constituía o capital humano, portanto, deveriam ser incorporados novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva. Pela primeira vez na história do país foram elaborados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva e “útil” da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global, não se limitando a épocas de surto epidêmico, mas por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade foi um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação. Durante o regime militar, 1964-1985 foi promulgado o Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário (POLIGNANO, 2012).

Em 1975 foram instituídas na área da saúde as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde estabelecendo o papel a ser desenvolvido pelo

Sistema Nacional de Saúde:

Estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o Instituto Nacional Previdência Social (INPS). Concluindo podemos afirmar que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato - normativo do que um órgão executivo de política de saúde (POLIGNANO, 2012.p 16).

Segundo Bertolli Filho (2011), mesmo com todas as deficiências do Sistema Nacional de Saúde, a expansão da assistência médica individual e do número de leitos hospitalares repercutiu na queda dos índices de mortalidade geral. No ano de 1960 a estatística era de 43,3 óbitos por mil habitantes e vinte anos depois havia diminuído para 7,2. Mas, mesmo assim, o Brasil ainda era conhecido como um dos países mais enfermos da América Latina, sendo superado em 1979 pelo Haiti, Bolívia e Peru.

Com o movimento das “DIRETAS JÁ” (1985) e a eleição de Tancredo Neves foi marcado o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS). Ainda com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como base as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde. Estes fatos ocorreram concomitantes com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988 (PAIM, 2003; POLIGNANO, 2012).

Convém ressaltar que o resultado dos debates e discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde culminou coma elaboração de um relatório final definindo saúde como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades no nível de vida (BRASIL, 1986.p.4).

Para entender essa visão sistêmica da saúde é preciso, modificar a maneira de pensar saúde e, assim, criar estratégias e novos modelos de ações e serviços capazes de atender a magnitude desse novo conceito.

Para Silva (2006), os anos 80 e 90 se caracterizaram pelo processo de redemocratização do país, acompanhado de uma profunda crise nas políticas de saúde, e ao mesmo tempo uma redemocratização na organização social. O movimento sindical da época se fortaleceu e lutou pelos direitos dos trabalhadores.

Esse movimento contou com a adesão da população e também dos trabalhadores do setor de saúde.

O novo conceito ampliado de saúde promulgado pela VIII Conferência Nacional de Saúde foi incorporado na Constituição do Brasil de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde.

2.1.1 O Sistema Único de Saúde e o acesso à Atenção Primária

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988. A proposição dos princípios do SUS originou-se das discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986 que representou:

O evento político econômico – sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: a saúde como direito à cidadania; Obrigação do Estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (AGUIAR, 2011. p 43).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece no artigo 196 que a saúde

[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS surge como uma nova forma de organização dos serviços e ações de saúde, pois a Constituição reconhece a saúde como sendo um direito a ser garantido pelo Estado, a cada cidadão. Conforme Silva (2006), a saúde apresenta-se como um direito de cidadania, sendo, o exercício de tal direito, de competência dos governos federal, estaduais e municipais. A esses compete o detalhamento das suas responsabilidades na definição de regras dos sistemas de saúde, bem como, a fiscalização e a forma como deverá ser organizado o SUS nesses espaços.

No artigo 198 da Constituição Federal do Brasil o SUS é referido como

[...] uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, cuja organização deve pautar-se nas diretrizes: descentralização, com direção em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo das atividades curativas; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com base nos dispositivos da Constituição Federal do Brasil emerge a necessidade dos governos das três esferas atuarem juntos com os demais membros de saúde, criando estratégias que venham contemplar o que está proposto. Para Aguiar (2011), a Constituição Federal de 1998 passou a ser conhecida como Constituição Cidadã, uma vez que se caracteriza pelo reconhecimento de muitos direitos, inclusive o de saúde aos cidadãos a ser garantido pelo Estado.

Com a finalidade de atender a nova legislação tornou-se necessária uma nova estruturação dos serviços e ações de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal. Para atender as atividades de assistência à população surge a Unidade Básica de Saúde (UBS) que é uma unidade que presta assistência a uma população determinada, empregando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Essas unidades são de responsabilidade do município e se encontram em diferentes pontos da cidade e caracterizam-se como a porta de entrada para o atendimento do SUS. Na UBS são prestados atendimentos básicos e gratuitos em: pediatria, ginecologia, clínica geral, odontologia e enfermagem. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (SILVA, 2006a; BRASIL, 2012).

No ano de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que se consolidou como a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como forma de organização da atenção básica do SUS, propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade (BRASIL, 2006c).

Para Rodrigues (2011), a história do PSF pode ser dividida em dois momentos: o primeiro que se inicia com sua criação e se estende até 1996, marcado pela extensão de cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis e o segundo

momento que inicia em 1996, em que o PSF passa a ser considerada uma estratégia de mudança do modelo assistencial sendo designado como ESF. A ESF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e de suas relações com os demais níveis do sistema de saúde, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O atendimento aos usuários pela ESF é realizado pela equipe multiprofissional de saúde que pode ocorrer na própria UBS ou no domicílio do usuário (SILVA, 2006; RODRIGUES, 2011).

Alguns dos objetivos da ESF, entre outros, são: melhorar o estado de saúde da população, por meio de um modelo de assistência voltado à família e a comunidade; promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário; além organizar o acesso ao sistema de saúde (RODRIGUES, 2011).

Em 2006, no bojo do Pacto de Gestão, acordado entre as três esferas de governo - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde - a Saúde da Família (SF) foi considerada como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica e seu desenvolvimento deve considerar as diferenças *loco* regionais (BRASIL, 2006c).

O Pacto de Gestão regulamentou o bloco financeiro da atenção básica para superar a fragmentação vigente, extinguindo-se a vinculação de incentivos por faixas de cobertura o que prejudicava os grandes centros. O Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (CONILL 2008).

A Portaria nº 648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006c).

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Na ESF compete ao enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano:

infância, adolescência, idade adulta e terceira idade [...] III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários em Saúde (ACS); IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD [...] (BRASIL, 2006c; p 44-45)

As UBS que possuem o programa ESF, com a finalidade de reorganizar os serviços de atenção básica do país continuam sendo o serviço primário de assistência à saúde, isto é: “a porta de entrada da saúde pública”. Para que estes serviços possam ser executados de forma coesa, abrangendo o público alvo é necessário que haja uma integração dos governos das três esferas (federal, estadual e municipal), bem como com os profissionais integrantes destas modalidades (BRASIL, 2006).

A ESF é de caráter substitutivo da atenção básica convencional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças nos hábitos e padrões de vida, mediante empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida

. A equipe possui uma composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar, sendo responsável pela atenção integral e continuada à saúde de uma população constituída por 2. 400 a 4.000 pessoas residentes no território de abrangência. Os membros da equipe devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença (BRASIL, 2006c).

Segundo uma pesquisa realizada por Silva, Araújo e Rodrigues (2009) com um grupo de enfermeiros pertencentes a ESF de Sobral, Ceará, destacam que as palestras correspondem à principal estratégia referida pelos profissionais, como método de ação educativa, possuindo um caráter unidirecional, uma vez que se processa pela exposição de informações técnicas pelos profissionais, sem participação ativa da comunidade, que desempenha o papel de receptora das informações. Esse processo tem como principais recursos a utilização de folders, panfletos e vídeos. Outro ponto relatado pelos entrevistados é que a comunidade a qual busca os serviços procura medidas curativas, e os enfermeiros se sentem pressionados a atender a demanda curativa. Essa forma de educação em saúde corresponde, segundo Freire (2009), à educação bancária, ou seja, uma simples

transmissão de informações, produzindo poucos resultados positivos porque não há participação, nem conscientização das pessoas no processo.

A crescente diversidade de demandas da população faz emergir a necessidade de uma equipe multiprofissional (EM) para atender a todos conforme a sua especificidade. Nesta linha de pensamento, Silva (2006) considera que os profissionais que integram a EM precisam superar os desafios, apoiando-se na pluralidade dos saberes. Para o mesmo autor faz-se necessário que haja uma clareza nas áreas de competência de cada profissional, utilizando para isso um diálogo democrático o qual permita a realização do trabalho em conjunto, respeitando o saber/conhecimento de cada integrante do grupo.

O plenário do CNS por meio da resolução Nº 287 de 08/10/1998 reconhece a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e das ações realizadas pelos diferentes profissionais que compõem a EM. (BRASIL, 1988). Tem-se, atualmente, 14 profissões de nível superior, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde da área de saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (SIQUEIRA, et al 2009).

Os diferentes profissionais que formam a multidisciplinaridade da ESF são compostos, conforme legislação, por, no mínimo, 01 médico da família, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e por 06 agentes comunitários. Quando ampliada conta ainda com: 01 dentista; 01 auxiliar de consultório dentário e 01 técnico de higiene dental (BRASIL, 2006). Eles precisam conhecer a realidade dos usuários e onde estes estão inseridos. E desta maneira **criar planos e estratégias educativas para trabalhar a promoção e a prevenção em saúde**.

A EM necessita criar vínculo com os usuários, transmitir confiança para que o trabalho possa ser executado com a participação da população e, assim, conseguir desenvolver credibilidade nos cuidados oferecidos. Essa forma de educar poderá ser capaz de diminuir os agravos em saúde. Na arte de educar em saúde é necessário utilizar métodos que permitem a participação dos usuários porque é preciso sensibilizá-los e conscientizá-los sobre a necessidade de se conservarem saudáveis por meio de hábitos e atitudes que promovam a qualidade de vida.

Em 02 de dezembro de 2008, com a finalidade de trabalhar o atendimento de maneira integral aos usuários do SUS foi aprovada a Portaria 2.922/GM. Uma das

diretrizes traçadas em relação à Atenção às Urgências é a descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade. Para tal, o Ministério da Saúde, está implantando e qualificando as Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento – UPA (BRASIL, 2008).

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades de Saúde da Família (SF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a Rede Hospitalar, que junto com essas devem compor

uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para a rede de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2008, p.1).

Conforme o artigo 7º da Portaria 2.922/GM, as UPAs podem ser classificadas em três diferentes categorias ou portes: Porte I, Porte II e Porte III, de acordo com o número de médicos por plantão, número de leitos de observação, capacidade da sala de urgência e número de atendimentos/dia, em função do quantitativo populacional da região. Possuem o objetivo de diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior porte e de agilizar o atendimento dos usuários dos serviços, referenciando e contra referenciando-os a outros serviços, conforme a necessidade de cada caso.

2.2 Doenças crônicas transmissíveis

Ainda hoje, algumas pessoas, ao receberem um diagnóstico de uma doença crônica, acreditam que estão recebendo um “atestado de óbito” antecipado, principalmente, quando se trata de doenças infecciosas e câncer. Porém, essa realidade está mudando gradativamente em nosso país.

Compete aos profissionais da equipe de saúde orientar/educar o usuário para conviver com o novo e que este siga os tratamentos adequados que tem como objetivo principal manter a qualidade de vida da pessoa infectada. Para Freire (2011), faz-se necessário que seja respeitada a autonomia à dignidade de cada um no processo de aprendizagem. Deste modo, é preciso a partir do seu saber,

construir as orientações para que se possa de maneira consciente desenvolver o conhecimento necessário para o seu processo de viver da melhor qualidade possível.

A doença pode ser definida como um desajustamento ou uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo, ou uma ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposta. As doenças transmissíveis constituem importante causa de morte e ainda afligem milhões de pessoas, especialmente em países em desenvolvimento (ROUQUAYROL e FILHO 2003).

Conforme Rouquayrol e Filho (2003), o poder invasivo é uma capacidade que o parasita tem de se difundir, através de tecidos, órgãos e sistemas anatomofisiológicos no hospedeiro. Há parasitas que se multiplicam em tecidos superficiais, há os que se multiplicam em vasos linfáticos e aqueles que se instalam em órgãos. A transmissão dos agentes infecciosos pode ocorrer por meio de intermediário vivo, ou seja, indivíduo infectado ou pelo contato de objeto ou material inanimado.

As condições crônicas são definidas como condições médicas ou problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento de longo prazo. A condição pode ser decorrente de doença, fator genético ou lesão (SMELTZER e BARE, 2008).

A doença crônica pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante e se prolonga por meio de episódios. Ainda que seja possível de controlar, o acúmulo de episódios e as restrições oferecidas pelo tratamento podem levar a alteração no estilo de vida das pessoas.

Para Meneses e Ribeiro (2000), ter o diagnóstico de doença crônica implica na existência de uma doença prolongada que ao invés de ser curada é preciso ser gerida. Para cada estágio de uma doença crônica é possível programar determinadas ações, visando anular ou diminuir o impacto desta sobre o sujeito. É nesse momento que o enfermeiro e demais membros da EM podem e devem atuar preparando o usuário para a nova realidade no processo de saúde/doença.

Conforme Freire (2011), a educação precisa ser dialogante, para que se possa estabelecer a autêntica comunicação da aprendizagem, entre gente, com alma, sentimentos e emoções, desejos e sonhos. Urge a necessidade de conhecer o usuário e saber como ele está enfrentando esse novo processo da sua vida. Diante dessas informações e conforme são percebidas as suas dúvidas e sentimentos,

frente ao fato que está vivendo, dá-se início ao processo de educar/orientar para manter a sua qualidade de vida.

Algumas doenças transmissíveis apresentam quadro de persistência ou de redução, em período ainda muito recente. Nesse grupo de doenças, destacam-se a tuberculose e as hepatites virais, especialmente as hepatites B e C, em função das altas prevalências, da ampla distribuição geográfica e do potencial evolutivo para formas graves que podem levar ao óbito (BRASIL, 2010).

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi notificada nos Estados Unidos, no período de 1978 a 1980, assinalada em 1981 pelo *Centers for Disease Control* (CDC), caracterizado por surgimento de infecções oportunistas e neoplasias em adultos jovens previamente saudáveis. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi identificado pelo cientista francês Luc Montagnier em 1983, especificados em dois tipos HIV-1 e HIV-2, distintos do ponto de vista geográfico e sorológico. O primeiro característico nas Américas, Europa e África Subsariana e o segundo na África Ocidental e em alguns outros países (ROQUAYROL e FILLHO, 2003).

Em relação a detecção da Aids no Brasil:

Em 1980, observou-se um crescimento acelerado desta doença até 1997, ano em que foram registrados 23.545 casos novos, com um coeficiente de incidência de 14,8 casos/100.000 hab. Seguiu-se uma diminuição na velocidade de crescimento da epidemia, com uma redução da incidência. No período de 1995 a 1999, observou-se queda de 50% na taxa de letalidade em relação aos primeiros anos do início da epidemia, quando esta era de 100%. A rápida disseminação da Aids no país, por sua vez, tem-se refletido na ocorrência de uma série de outras doenças infecciosas, particularmente a tuberculose. Porém, a disponibilidade de novas drogas tem propiciado o aumento na sobrevivência para os portadores da infecção pelo HIV (BRASIL, 2010. p 16).

É uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus HIV. Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e doença sintomática. A **infecção aguda** pode surgir, algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações variadas. Nessa fase os sintomas são autolimitados e, quase sempre, a doença não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. A **infecção assintomática** possui duração variável de alguns anos. A **doença sintomática**, caracteriza manifestação

mais grave da imunodepressão sendo definida por diversos sinais, sintomas e o surgimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2010).

A transmissão se dá pelo sexo, via sanguínea (parenteral e da mãe para o filho, no curso da gravidez, durante ou após o parto) e pelo leite materno. Destacam-se alguns fatores de risco associados ao mecanismo de transmissão do HIV: variações frequentes de parceiros sexuais sem uso de preservativos; utilização de sangue ou seus derivados sem controle de qualidade; uso compartilhado de seringas e agulhas não esterilizadas (como acontece entre usuários de drogas injetáveis); gravidez em mulher infectada pelo HIV; e recepção de órgãos ou sêmen de doadores infectados (BRASIL, 2010).

Segundo o último Boletim de Epidemiologia publicado em 2012 foram notificados 39.185 casos de Aids no Brasil, maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8). Nos últimos 10 anos se observou um aumento da taxa de detecção de Aids em 2%. (BRASIL, 2013).

Conforme reportagem exibida no jornal Zero Hora no dia 28 de novembro de 2011, intitulada: *RS é o Estado com maior índice de casos de Aids por habitante*, aponta Ministério, o sul do Brasil concentra 23% dos casos de Aids, com apenas 14% da população total do país. O dado chama atenção do Ministério da Saúde, que promete investimentos na região para reverter essa estatística. O número faz parte do Boletim Epidemiológico DST Aids, divulgado pelo Ministério em coletiva de imprensa em Brasília. Na estatística por Estado, o Rio Grande do Sul é o que mais registra casos de Aids: são 27,7 por 100 mil habitantes. O segundo do ranking é Roraima (26/100mil), seguido por Santa Catarina (23,5/100mil). O Paraná é o quinto da lista, com 15,7 casos por 100 mil habitantes. No ranking por capitais, Porto Alegre também se destaca com 99,8 casos por 100 mil habitantes, enquanto Florianópolis, segunda da lista, registra 57,9 casos por 100 mil. Os dados se referem a 2010 (ZERO HORA, 2011).

Hepatites do tipo B e C são doenças de origem viral que cursam de forma assintomática ou sintomática até formas fulminantes (BRASIL, 2010).

O vírus da Hepatite B

é o (VHB), é um vírus DNA, da família *Hepadnaviridae*[...] É altamente infectivo e facilmente transmitido através da via sexual; transfusões de sangue, procedimentos médicos e odontológicos e hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança; transmissão vertical (mãe-filho), contatos íntimos domiciliares (compartilhamento de escova dental e lâminas de barbear), através de acidentes perfuro cortantes, compartilhamento de seringas e de material para a realização de tatuagens e “piercings” [...] O período de incubação dura de 30 a 180 dias [...] as complicações que ocorrem são: a cronificação da doença, cirrose hepática (e suas complicações), até o surgimento do carcinoma hepato -celular. (BRASIL, 2010. p 214-215).

Dados epidemiológicos apresentados no Brasil, foram confirmados 120.343 casos de hepatite B no período de 1999 a 2011. Foram notificados 65.209 casos (54,2%) de hepatite B entre homens e 55.110 casos (45,8%) entre mulheres. (BRASIL, 2012).

A Hepatite C foi descoberta em 1989. O vírus ao entrar em contato com o organismo, este tenta neutralizá-los, mas se não consegue gera a inflamação, fibrose e isso pode ocorrer durante anos e portador não sentir nada (FERREIRA, 2012).

O vírus da Hepatite C:

É o (VHC), um vírus RNA, da família *Flaviridae*. A transmissão ocorre principalmente por via parenteral. São consideradas populações de risco acrescido: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, pessoas que compartilham material para uso de drogas injetáveis, inaláveis, tatuagem, “piercings” ou que apresentem outras formas de exposição percutânea. A transmissão sexual pode ocorrer principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco acrescido (sem uso de preservativo). A transmissão perinatal é possível e ocorre quase sempre no momento do parto ou logo após. [...] O período de incubação dura de 15 a 150 dias [...] as complicações que ocorrem são: a cronificação da doença, cirrose hepática (e suas complicações), até o surgimento do carcinoma hepato-celular (BRASIL, 2010. p 221-223).

No caso da Hepatite C o tratamento para a fase aguda é complexo e ainda não está totalmente esclarecido na literatura. Para a fase crônica da doença pode

ser administrado Interferon² Peguilado associado à Ribavirina³ dependendo do genótipo infectante (BRASIL, 2010).

A mídia destacou que nos EUA a Hepatite C mata mais que a Aids. O alerta veio após pesquisa do Instituto Nacional de Saúde constatar que 1997 a 2007, o número de mortes por Aids foi caindo, enquanto o de Hepatite C aumentava, a ponto de superá-lo (FERREIRA, 2012).

No Brasil, foram confirmados 82.041 casos de hepatite C no período de 1999 a 2011 e foram notificados 10.321 casos de hepatite C no Brasil, a maioria dos quais nas Regiões Sudeste (63,2%) e Sul (24,8%). Sendo 49.291 casos (60,1%) de hepatite C entre homens e 32.734 (39,9%) entre mulheres (BRASIL, 2012).

Muitos casos não são notificados, gerando elevada subnotificação. Isso se deve ao amplo espectro da doença e à proporção considerável de casos assintomáticos que permanecem desconhecidos do sistema de vigilância. Somam-se a esse fato, ainda, as diferentes capacidades de captação de casos pela vigilância epidemiológica local, bem como de encerramento desses de acordo com os critérios preconizados (BRASIL, 2010).

Em pleno século XXI, encontram-se pessoas que não sabem como estas ou outras doenças são transmitidas. E os que possuem informações, geralmente, adquiriram através da mídia ou quando tem um paciente acometido por uma patologia e são informados acerca dos cuidados. À medida que a população for orientada a realizar exames de rotina para avaliar o seu estado de saúde e passar a participar do processo de educação será mais fácil de auxiliar na promoção, prevenção e na recuperação da saúde com início precoce do tratamento, em caso de doença, para prevenir o desenvolvimento de sequelas mais graves.

2.3 Promoção e prevenção da saúde do ser humano

Até o início da revolução industrial, o impacto das ações humanas e a capacidade de gerar grandes modificações ambientais eram muito menores do que

² Interferon: é uma proteína naturalmente produzida em nosso corpo com a função de atuar como um mensageiro na luta contra os vírus invasores, ativando o sistema imunológico e interferindo na reprodução destes vírus. O medicamento Interferon é uma reprodução sintética do Interferon produzido naturalmente pelo organismo (Fonte: http://hepato.com/p_convivendo/o_interferon.html).

³ Ribavirina: é um análogo sintético da guanosina que tem ação direta contra vírus RNA e DNA, por provável mecanismo de inibição da DNA polimerase vírus-dependente. A ribavirina sozinha, no entanto, não tem qualquer efeito sobre a hepatite C (JORGE, S.G. 2007).

a capacidade de absorção da natureza. Documentos paleontológicos ou escritos que se encontram em poder dos homens indicam que na história da humanidade sempre existiu uma preocupação com a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças (CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde é uma estratégia para auxiliar no enfrentamento dos problemas de saúde que passam a existir e que estão afetando as populações humanas nas últimas décadas.

Para que se possa promover a saúde humana é necessário proporcionar condições devidas e decentes, entre as quais, boas condições de: trabalho, educação, cultura, lazer e de descanso. Sendo assim, faz-se necessário o esforço coordenado dos políticos, setores sindicais, empresariais, educadores e profissionais da saúde (TESSER, at al 2010).

Autores, como Leavell e Clark no ano de 1976, também utilizaram o conceito de promoção da saúde, quando desenvolveram o modelo da história natural das doenças. Nessa época a promoção da saúde ocorria apenas no período da pré-patogênese durante a prevenção primária da doença, como forma de educação em saúde (LEAVELL e CLARK , 1975; BUSS, 2000).

Atualmente, a prevenção se apresenta em três níveis: primário, secundário e terciário. O nível primário compreende a prevenção total de uma condição, no nível secundário é a identificação precoce de um distúrbio e as medidas tomadas para acelerar a recuperação e no nível terciário é prestada a assistência para minimizar os efeitos de um distúrbio e prevenir suas complicações a longo prazo (LEAVELL e CLARK, 1976; NETTINA, 2011).

O enfermeiro é um dos profissionais que se encontra atuante nos três níveis de prevenção, sendo que na prevenção primária ele tem oportunidade de trabalhar com o indivíduo na comunidade, auxiliando e desenvolvendo ações educativas capazes de despertar reflexões sobre a qualidade da saúde. Nos outros dois níveis, secundário e terciário, o enfermeiro também se encontra como agente educador, porém frente a uma patologia pré-existente. Nesse campo ele é capaz de auxiliar o usuário a conhecer sua patologia, e ensinar os cuidados que precisam ser observados para recuperar e ou manter-se com uma melhor qualidade de vida.

Ao deparar-se com os casos crônicos a função do enfermeiro continua ativa e necessária junto ao usuário para orientar, educar e fornecer os instrumentos

indispensáveis para enfrentar a patologia já instalada e adequando suas ações para uma boa qualidade de vida, frente ao agravamento de saúde existente, prevenindo o agravamento das sequelas. O que diferencia as duas últimas formas de prevenção é que o enfermeiro passa a desempenhar atividades as quais necessitam de técnicas e das tecnologias profissionais capazes de minimizar os agravos, aumentar a confiança do usuário nas possibilidades que lhe são oferecidas e estimular o enfrentamento com coragem, ânimo e bravura.

A promoção de saúde segundo Westphal (2009 p.640) foi concebida:

No início do século XX por Henry Sigerist, um dos mais brilhantes sanitaristas que concebeu as quatro funções da medicina – Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação. Para ele a promoção da saúde significa por um lado ações de melhorar as condições de vida.

A conferência de Ottawa, realizada em novembro de 1986, conceituou a promoção de saúde como o processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2002).

Conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

A promoção de saúde, como uma das estratégias da produção de saúde, ou seja, como modo de pensar e operar articulado as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro contribui na construção de ações que possibilitem responder as necessidades sociais em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS) a estratégia da promoção da saúde é a retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinem o processo de saúde e adoecimento em nosso país (BRASIL, 2006b, p.6-7).

O Ministério da Saúde criou em 1998 um projeto de Promoção da Saúde:

Sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), o qual foi responsável pelo estímulo e difusão de um conjunto de experiências inovadoras no âmbito do SUS, através, especialmente, da publicação de uma revista específica sobre o tema [...] (TEIXEIRA, 2004, p.39).

Com base nessa concepção, entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e Inter setorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário buscando articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006).

A ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e espaço em que se localizam, altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde

uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor saúde o desafio de construir a intersectorialidade (BRASIL, 2006b p.10).

A intersectorialidade é uma das estratégias apontadas para promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade de riscos à saúde considerando seus determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Para isso, os governos nas três esferas, federal, estadual e municipal precisam reconhecer a PNPS como uma parte fundamental da busca da equidade e da melhoria da qualidade de vida em saúde, de acordo com a responsabilidade de cada esfera de gestão do SUS implementação do PNPS (BRASIL, 2006b).

Ainda, para o mesmo autor, política Inter setorial implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos, tendo como objetivo equacionar a questão sanitária, tornando possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.

Essa visão, em parte pode possuir a sua base relacionada com as mudanças que estão ocorrendo no planeta desde a revolução industrial: aumento demográfico, avanços científicos e, principalmente, pela expansão dos meios de comunicação e maior participação da sociedade na discussão dos problemas do mundo. É neste

ínterim que a promoção da saúde consegue articular-se com as políticas já existentes e as tecnologias disponíveis para implementar ações capazes de atender as dimensões humanas: biológicas, psicológicas, sociais, espirituais em interação com o ambiente e assim alcançar resultados de maneira mais harmoniosa e saudável.

Um dos objetivos específicos do PNPS é ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e, até mesmo, erradicando as desigualdades de toda e qualquer ordem. PNPS busca aumentar a saúde em sua positividade, fortalecer a capacidade individual e coletiva de lidar com os múltiplos fatores condicionantes da saúde, focalizando a compreensão de como as pessoas se relacionam com o seu corpo e sua vida com o objetivo de incentivar a autonomia e a vitalidade. São princípios de sensibilização que incluem toda a comunidade, e não somente os profissionais de saúde ou do governo (CZERESNIA, 2003; BRASIL, 2006b).

O cuidado integral a saúde unifica ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporciona acesso a todos os recursos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela ESF até os de alta complexidade hospitalar. Em todas as esferas do cuidado o enfermeiro precisa fazer-se presente, realizando suas atividades de ordem administrativa, técnico/assistenciais, que deveriam estar, constantemente, interligadas com ações educativas e de pesquisa. Assim, tem-se como objetivo educar e orientar em saúde, para ajudar aos usuários do serviço de saúde, a manter e ou recuperar a sua qualidade de vida e minimizar os riscos que possam interferir na sua saúde. No contexto da promoção da saúde é preciso estimular e corresponsabilizar o usuário a participar, ativamente, desse modelo.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. A disposição preliminar da Lei 8.080/90 no seu artigo 4º diz que:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de

insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

As Escolas Promotoras da Saúde se fundamentam e se baseiam no conceito de promoção da saúde, cunhado a partir da Carta de Ottawa. Por intermédio de um conjunto de ações e processos destinados a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os aspectos que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis. Procuram desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas. O profissional de saúde tem importante função na promoção e prevenção na medida em que pode atuar realizando diversos tipos de ações para promover a atenção da saúde individual e coletiva (MACIEL et al 2010).

Para que o processo de prevenção e promoção em saúde ocorra de forma eficaz os profissionais que integram a EM precisam trabalhar interligados, criando estratégias que venham contemplar a assistência educativa envolvendo os aspectos de promoção e prevenção, para que no futuro se possa ter indivíduos e, conseqüentemente, uma sociedade, mais saudável e esclarecida em relação ao processo de saúde e doença.

2.4 Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença: enfoque ecossistêmico

A palavra **ação**, conforme Santos (2001) deriva do latim *actio*, efeito ou ato de atuar. Para Casarin (2010), a acepção da palavra ação pode ser compreendida como o desenvolvimento de um trabalho, uma vez que o termo “trabalho”, em seu sentido literal, significa a aplicação de forças para se alcançar um determinado fim e uma atividade coordenada para a realização de um serviço. Nesse viés a ação educativa em saúde pode ser entendida como um serviço prestado ao ser humano, comunidade e ou sociedade com a finalidade de promover a sua saúde ou recuperá-la. A força aqui entendida não é simplesmente algo físico, mas expressa igualmente o resultado/produto da ação de trabalho intelectual. Neste sentido a ação

do enfermeiro, o cuidado, pode ser entendida como a (s) atividade (s) empreendida(s) para alcançar os resultados desejados.

As ações educativas devem fazer parte e serem desenvolvidas por toda a EM em saúde que atua junto ao usuário porque ele necessita e possui o direito de receber os esclarecimentos necessários para promover, prevenir e recuperar a sua saúde. Entretanto, ao enfermeiro incumbe duplamente essa função porque além de fazer parte da EM a Lei do exercício profissional nº 7.498, de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406 de junho de 1987 define a educação para a saúde e a prevenção e controle de danos à clientela como função desse profissional (BRASIL, 1986, 1987).,

É necessário ressaltar que o cuidado existe desde o surgimento da vida, o que permitiu a continuidade e o desenvolvimento da mesma. Olhando sob essa perspectiva percebe-se que os cuidados não pertenciam a uma profissão, estavam relacionados a qualquer pessoa que ajudasse a outra a garantir a manutenção da sua vida. A partir do início do século XX, a enfermagem passou a buscar cada vez mais conhecimento científico para sustentar o cuidado como forma profissionalizante (COLLIÈRE, 2000).

O cuidado humano, objeto de trabalho da enfermagem, busca oportunizar uma melhor qualidade de vida à população. Para Boff (2004) o cuidar é mais que um ato é uma atitude. Representa uma ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Segundo Collière (2000, p.235) cuidar é

primeiro de tudo um ato de vida, no sentido que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter e sustentar a vida [...] Um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir suas necessidades vitais.

Neste ínterim, surge a grande indagação: **o que é a vida?**

O conceito de vida que persistiu por toda a idade média é de que a vida é o que nos salva da aniquilação e da morte. No século XIX emerge a preocupação de elucidá-la sob o cunho científico. Explicar a vida passa a ser um problema, pois o

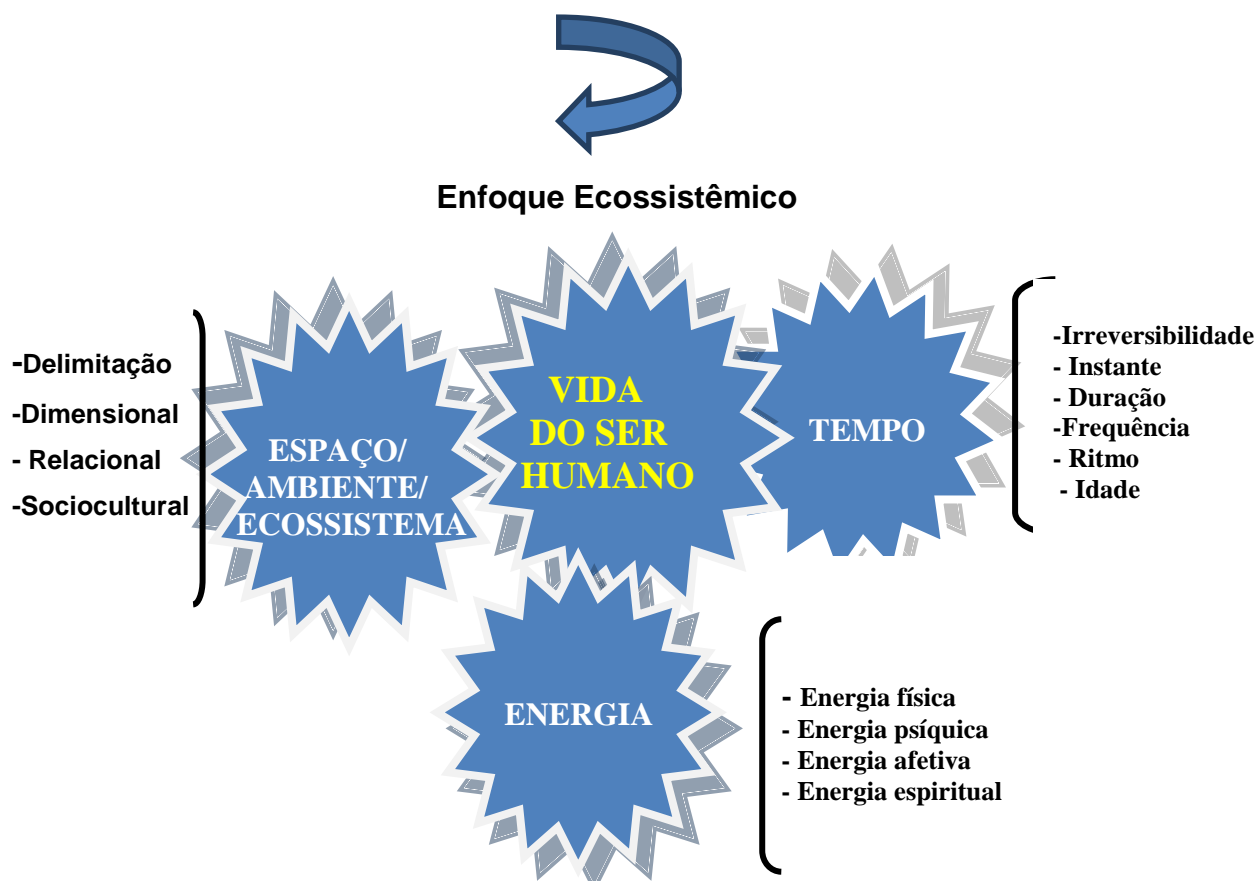
que existia até então eram estudos sobre os seres vivos, considerando-os como categoria taxonômica das coisas naturais (CORRÊA, et al., 2008).

Conforme Collière (2000, p.237):

A vida funda-se em toda a espécie de hábitos de vida, de costumes, de crenças. A medida que constitui a vida de um grupo, nasce todo um ritual, toda uma cultura que considera bom ou mau para manter a vida.

Para entender o que caracteriza o ser vivo torna-se necessário refletir sobre a rede que se forma a partir de suas características fundamentais: energia, espaço, tempo (Figura nº 1). Considera-se que não há vida na ausência desses princípios. A energia pode apresentar-se de diversas formas: física, psíquica, afetiva; espiritual, enquanto isso, a vida encontra-se inserido num espaço, território, ambiente estabelecendo relações com outros seres vivos ou objetos, num determinado tempo.

Figura nº 1 - REDE DE ELEMENTOS DA VIDA DO SER HUMANO E SUAS INTER-RELAÇÕES



Fonte: Elaborado a partir do referencial teórico Collière (2000).

As influências dos elementos exercidas entre si constituem uma rede de relações e provocam mudanças e transformações ecossistêmicas expressas pelos hábitos de vida, crenças rituais, condições de vida, e influenciam no próprio processo de viver (COLLIÈRE, 2000).

Para compreender essas características da vida e “os processos dinâmicos que as mobilizam e o que geram, é aprender a reconhecê-las, a situá-las na sua inter-relação permanente” (COLLIÈRE, 2000 p. 253)

Desde a antiguidade o homem em seus momentos de lazer começava a observar e a procurar entender a **natureza** e seus mistérios. Foi assim que iniciou a vislumbrar a questão do **tempo**, observando que o sol nascia no horizonte e ainda fazia frio, à medida que subia ia aumentando a temperatura, só diminuindo quando o sol se escondia ao acaso. Por meio dessa contemplação foi descobrindo que o tempo apresentava momentos diferentes, formando um período de tempo que, aos poucos foram chamados de manhã, tarde e a noite. (MAIOR, 1995).

Entretanto, não existia uma ferramenta capaz de aferir o tempo, mas segundo Maior (1995) um súdito do rei Archaz na Caldéia no ano de 2.660 a.C. depois de ficar de pé, parado, sob o sol, percebeu que sua sombra mudava de posição conforme o tempo passava. Inspirado nesse fenômeno observado criou o relógio de sol, com um único inconveniente só media o tempo durante o dia. Em 1650 o Holandês Christian Huygens, utilizando um pêndulo como contrapeso, criou o protótipo do marcador de tempo, que hoje chamamos de relógio.

A energia pode ser definida como a capacidade de realizar trabalho ou de transferir calor. As necessidades energéticas do homem estão em constante evolução (FARIAS, SELLITO, 2011). Segundo Rolim (2012) o homem utiliza várias formas de energia no seu cotidiano, desde as mais simples até as mais complexas. Como o resultado do fruto da alimentação, que se transforma em energia em nosso corpo, bem como as energias: do calor, da iluminação, da transmissão e informação, solar, hídrica, eólica, fóssil e outras.

Envolver as necessidades de saúde do usuário em relação aos elementos fundamentais da vida: energia, espaço, tempo e informação/conhecimento que possui a respeito desses elementos, a maneira como ele os apreende e a visão que possui em relação a sua inserção no espaço que ocupa, tanto familiar, social e no mundo e demais características da rede de elementos da vida humana, constitui o aspecto indispensável para planejar as ações a serem empreendidas. Portanto, a

forma do usuário perceber-se em relação à vida estabelece a base do planejamento e direciona os cuidados de promoção e prevenção e recuperação, mais especificamente, as ações educativas do enfermeiro. Essa forma sistêmica/ecossistêmica abarca o conjunto de elementos que constituem a vida do ser humano multidimensional, percebida num determinado espaço/ambiente e tempo. Ver o ser humano nessa dimensionalidade é concebê-lo ecossistemicamente.

Seguindo nessa lógica, as crenças são interiorizadas e fazem parte do conhecimento a partir dos hábitos de vida, denominadas maneiras de agir e que criam formas de ser elaboradas em relação ao que for considerado bom ou mau e que possibilite a continuidade da vida de determinado grupo, comunidade influenciado pelos fatores físicos (clima, acidentes geográficos etc.) A repetição dos hábitos de vida cria adesão do grupo porque acredita nos resultados benéficos. Portanto, os hábitos de vida são considerados os alicerces das crenças e ambos transmitem-se por herança cultural (COLLIÈRE, 2000).

Um dos principais valores dos cidadãos é o conhecimento. Para ressaltar esse valor, faz-se necessário que o enfermeiro, como agente educador da saúde, compreenda a orientação do usuário/paciente e de sua família e procure conscientizá-los da necessidade da manutenção da saúde para um viver de maior qualidade. A ação do educador, neste caso o enfermeiro, é despertar e sensibilizar o usuário para o processo pessoal de aprendizagem, gerando a consciência da sua realidade (LEITE; PRADO; PERES, 2010).

O profissional educador deve ser um sujeito crítico reflexivo, capaz de compreender o contexto social econômico e político em que o usuário vive (ARANHA, 2010). No seu entendimento, o sujeito deve ser capaz de questionar continuamente seu saber e agir, articulando o conhecimento sobre educação com a práxis educativa e com a flexibilidade para inventar caminhos quando a situação concreta exigir criatividade.

No entender de Collière (2000, p. 253) para compreender

estas noções e os processos dinâmicos que as mobilizam e o que geram, é aprender a reconhecê-las, a situá-las na sua inter-relação permanente. Nenhuma destas características da vida poderia ser isolada de um conjunto de sistemas em interação, que a vida

transborde por todos os lados.[...] importa encontrar em cada situação o seu modo de organização, os seus elementos antagônicos, a sua forma, e o que os agita.

Nesse ínterim, atualmente, é necessário pensar no ser humano como um todo. Capra (2012, p. 299) pontua que “qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural”. Essa visão sistêmica/ecossistêmica enfoca a inter-relação, interdependência e a influência mútua entre os elementos que constituem o espaço no qual o homem vive, se desenvolve, trabalha, recebe energias e do qual faz parte como um todo. Seu processo de viver se encontra inserido num tempo próprio e característico com particularidades políticas, socioeconômicas, culturais, espirituais, conhecimento, crenças, valores, hábitos, atitudes, entre outras.

Se tudo está inter-relacionado, interdependente, influenciando-se mutuamente de forma dinâmica, então a concepção sistêmica/ecossistêmica “vê o mundo em termos de relações e de integração [...] embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes” (CAPRA, 2012 p. 260). Essa concepção amplia o conceito de educação em saúde e, conseqüentemente, o do processo de ensino aprendizagem. As decisões, ainda que concebidas como atos individuais e intransferíveis apoiam-se em informações, conhecimentos e valores capazes de prover orientações sobre as perdas e ganhos advindas da decisão tomada. A escolha, a decisão a tomar, possui como fundamento o livre arbítrio, dom recebido gratuitamente e que lhe permite optar entre o bem e o mal, entre o que lhe faz bem ou lhe prejudica a vida, mas as suas opções terão como base o contexto no qual vive, portanto, numa estreita inter-relação com os elementos que formam o seu espaço/ambiente, ou seja, seu ecossistema.

Nessa conjuntura, historicamente o processo ensino-aprendizagem possui diversas nuances e fases, com ênfase, especialmente, na **forma** como se realiza o método utilizado. O contexto, influenciado pelos aspectos econômicos, filosóficos, socioculturais busca, de maneira constante, adaptar-se para às necessidades do ser humano, comunidade e sociedade (CAPRA, 2012), Neste sentido, o processo ensino aprendizagem na saúde, para acompanhar essas mudanças que se processam de maneira dinâmica, precisa ficar atento e utilizar os métodos junto à

população que estimulam e incentivam a sua participação e, assim, favoreçam os resultados para uma melhor qualidade de vida.

Conforme Mitre et al (2008), no atual contexto social, no qual as tecnologias de comunicação e informação (TIC) estão potencializados pelo avanço constante de novas tecnologias e pela percepção do mundo vivo como uma rede de relações dinâmicas, em constante transformação. Têm-se discutido a necessidade de urgentes mudanças nas instituições de ensino superior visando, entre outros aspectos, à reconstrução de sua função social.

Emergem, assim, novas metodologias capazes de estimular as pessoas a aderir às formas mais apropriadas para manter ou recuperar a sua saúde. Para tanto, torna-se necessário conhecer o espaço no qual vivem, as suas condições de vida, os fatores que influenciam nas condições de vida e compreender os processos dinâmicos que geram inter-relações constantes e suscitam mudanças. Pontua-se que, para haver qualidade em saúde, faz-se necessário substituir o modelo centrado na doença, ou seja, o modelo biomédico pelo cuidado na promoção e prevenção da saúde. Essa mudança, necessariamente, precisa envolver o processo ensino aprendizagem numa visão sistêmica ou mais precisamente ecossistêmica quando se trata de um espaço e tempo específico, por exemplo, um ser humano, uma família, uma comunidade peculiar.

As medidas educativas, na perspectiva ecossistêmica devem voltar-se para um **processo** em que o usuário **participa de forma ativa** na mudança do seu comportamento e atitudes visando manter e ou recuperar a sua saúde. Ao entender como deve ser realizada a promoção e a prevenção em saúde no seu dia a dia e ao reconhecer quando um agravo está acometendo seu organismo, torna-se capaz de procurar assistência especializada para dar início aos cuidados necessários. Assim, as orientações do enfermeiro, em relação à promoção e prevenção, devem gerar resultados positivos na qualidade de vida dos usuários dos serviços e ações de saúde.

A própria Constituição Federal (1988) reconhece a visão sistêmica da saúde ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde

integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Ao perceber as ações e serviços públicos de saúde como uma rede, priorizando as atividades preventivas, a Constituição Federal centra a preocupação não na doença, mas na saúde e ao enfatizar o atendimento integral, mostra inovação na forma da concepção do processo de saúde e o adoecimento. Ao convocar a participação da comunidade nesse processo manifesta, claramente, que a sua inclusão como elemento integrador (re)direciona a visão das ações/atividades a serem empenhadas. A participação do usuário como elemento integrante, juntamente com os demais, indica que a sua participação ativa é capaz de promover mudanças expressivas em benefício próprio e da coletividade. Ainda que na prática esses aspectos não se encontrem devidamente observados, existe já uma linha de pensamento sistêmico/ecossistêmico instituído.

A visão sistêmica/ecossistêmica modifica a percepção individualista, unidirecional e hierárquica e reconhece que o ser humano, com seu processo de viver interage e influencia o espaço no qual vive, se desenvolve e trabalha. Ele possui conhecimento e a possibilidade de dialogar, auxilia na produção do saber necessário e, talvez, ainda inexistente em relação à promoção e prevenção de sua saúde. Por tratar-se de seres humanos possuidores de histórias socioculturais particulares de vida precisam ser respeitados na sua forma de pensar e agir, pois essa constitui as características próprias que formam, juntamente com os demais aspectos do seu espaço, uma rede de inter-relações complexas desse ecossistema.

O enfermeiro necessita estar inserido nesse ecossistema, para conhecer as características particulares, da realidade e das reais necessidades dos usuários, para que consiga elaborar as ações educativas e as estratégias de cuidados de enfermagem, para manter e ou melhorar a qualidade de vida em consonância com as peculiaridades do ambiente, aqui entendido como o ecossistema, em que o usuário se encontra.

Segundo Perrenoud (2000, p.25) organizar e dirigir situações de aprendizagem é

manter um espaço justo para tais procedimentos. É, sobretudo, despende energia e tempo e dispor das competências profissionais para imaginar e criar outros tipos de situações de aprendizagem [...]

as quais requerem um método de pesquisa, de identificação e resolução de problemas.

É nesse contexto que o enfermeiro dará início a ação educativa cuja modalidade deva levar em consideração, conforme Collière (2000, p. 155) a natureza do cuidado: manutenção da vida e ou de reparação. A natureza da manutenção da vida, tema central dessa pesquisa, centra-se “na compreensão das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos”, enquanto a de reparação o enfoque se situa na doença.

Para Collière (2000, p. 285), “a ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vistas a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”. Aí reside uma grande diferença entre cuidar e tratar. Ela distingue a natureza dos cuidados ligados às funções da vida: os ligados às funções de **manutenção**, de continuidade da vida e os de **reparação** ao que constitui obstáculo à vida.

Os cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida se preocupam com as atividades que mantêm a vida e estimulam as trocas de energia, elementos esses essenciais e fonte de energia vital: a luz, o calor, as relações com as pessoas etc. Buscando promover a vida. Enquanto os cuidados de reparação se baseiam em restabelecer os entraves e obstáculos que se instalaram e estão causando danos à saúde. Certamente é preciso lutar contra a doença e eliminar as suas causas, mas esse cuidado não deve prevalecer sobre o de manutenção. Deve existir uma mobilização para que o cuidado de manutenção e continuidade da vida ser considerado uma atividade necessária e importante para energizar a pessoa e evitar o esgotamento das fontes de energia tanto física, afetiva, social e assim, evitar os obstáculos à vida.

A diferenciação desses dois tipos de cuidados leva a distinguir os meios, os elementos a serem utilizados para construir o processo de cuidados de enfermagem incluindo as ações educativas, considerando a natureza dos cuidados de manutenção da vida e dos cuidados de reparação, ambos necessários e importantes, dependendo da situação. E, assim, surge à importância do cuidado, como forma de manter a saúde, concebendo o ser humano em sua complexidade e, principalmente, como o mesmo se percebe frente a medidas que geram o cuidado.

O trabalho organizado a partir das necessidades sentidas e capturadas **com a sociedade** avaliza o planejamento das ações/atividades em saúde, pois, se encontra vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população. As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas, a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (BRASIL, 2006b; CZERESNIA, 2003).

A prevenção compreendida como uma ação/atividade antecipada que impede que as doenças se manifestem ou se agravem, apreende ações educativas, tais como campanhas para informação e conscientização da população acerca de doenças (MÁZARO; BERNARDES E COELHO, 2011). Também inclui as ações capazes de promover a saúde e prevenir os agravos que a doença pode originar.

A prevenção é abrangente e inclui

as ações dos profissionais de saúde, mas não só. A estes cabe uma importante parcela da ação preventiva: a decisão técnica, a ação direta e parte da ação educativa. O sucesso da prevenção em termos genéricos, na sua vertente de promoção a saúde, com vistas a uma sociedade sadia, só parcialmente depende da ação dos especialistas. No coletivo, a ação preventiva deve começar ao nível das estruturas socioeconômicas e políticas (ROUQUARYOL e GOLDBAUM, 2003. p.30).

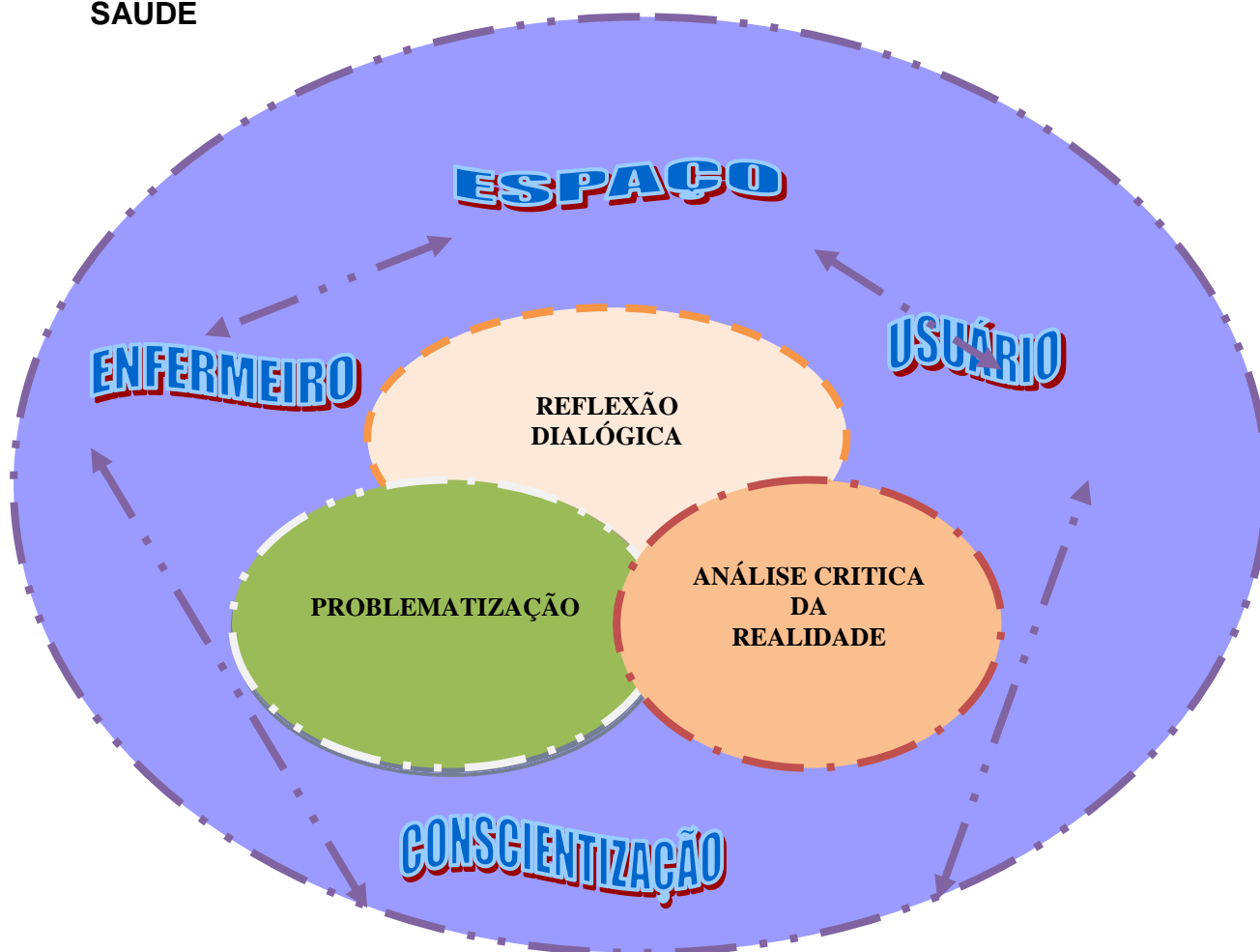
Seguindo nessa linha de pensamento, o processo de cuidado inicia-se por um **levantamento das necessidades** vitais do ser humano, família e comunidade e pela procura de uma forma de atender a essa demanda. As diversidades de necessidades e de naturezas diversas apresentadas pelas peculiaridades de cada ser humano exigem, além de **conhecimentos** múltiplos, **sensibilidade** para que sejam percebidos os sinais que identificam o processo de saúde e doença. Para tanto, a primeira fonte de conhecimento é a pessoa, ou o grupo que está vivenciando a necessidade de manutenção, ou recuperação da saúde. É importante para a descoberta das necessidades, saber **escutar e compreender** o que dizem as pessoas que procuram cuidados (COLLIÈRE, 2000).

Conforme Freire (2011), ensinar requer oportunizar que o indivíduo participe da própria construção do seu conhecimento. Desse modo, fica claro que a aprendizagem é uma constante troca de saberes entre orientador e orientando, no presente caso, por analogia, a troca se estabelece entre o enfermeiro e o usuário do

serviço de saúde. Essa função, segundo Collière (2000, p. 294), “é situar o outro, e situar-se a si próprio como pessoa a exercer uma função de cuidados” [...].

Nessa nova perspectiva, o profissional enfermeiro precisa realizar a **busca ativa** dos usuários do serviço, trabalho este que despende tempo e dedicação para realizar o mapeamento da sua área de atuação. Após deve se iniciar o chamamento da comunidade para o serviço de saúde, por intermédio de atividades que despertem o interesse dos usuários para receber os conhecimentos relativos à preservação de sua saúde. Segundo Freire (2011) se faz necessário que haja uma educação **problematizadora**, onde os seres humanos direcionam pensando de uma forma mais crítica, como estão no mundo e como se acham no mundo. Nessa perspectiva inicia uma ação de pensar e atuar entre educadores e educandos, ou seja, entre o enfermeiro e o usuário (Figura nº 2).

Figura nº 2 - PROCESSO EDUCATIVO NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE



Fonte: Elaborado a partir do referencial teórico de Freire (1979) e Collière (2000).

Relacionando o pensamento de Freire (2011) para a área da enfermagem, existe a necessidade de um comprometimento da proposta do enfermeiro educador com sua prática e, para tanto, é preciso **refletir e perceber a realidade**, ou seja, o espaço em que o usuário de encontra inserido. Essas concepções sistêmicas atuais devem incluir os aspectos que integram o processo ensino aprendizagem como um todo, incluindo a participação expressiva do aprendente/usuário utilizando a **dialogicidade** como elemento desencadeante e criativo na inter-relação enfermeiro e usuário em busca da **conscientização**, mas respeitando a sua **autonomia**. Assim, a troca de saberes entre o profissional enfermeiro e o usuário, em um constante processo de educação/aprendizado possibilita alcançar a promoção a e a prevenção em saúde com a participação consciente do ser humano.

Gadotti, Guimarães e Freire (1995) apontam que a educação é essencialmente transformadora de práticas, de consciências. Faz-se necessário que haja diálogo, o reconhecimento do saber do outro, neste caso, o usuário dos serviços de saúde, bem como a necessidade de ouvir e compreender o seu ponto de vista, para que, posteriormente, sejam criadas medidas educativas que atinjam as necessidades do processo de educação em saúde dos usuários dos serviços e da comunidade, como forma e minimizar o surgimento de doenças e seus agravos.

Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes, necessário ao aluno, em uma fala com ele (FREIRE, 2009). Por analogia o enfermeiro ao escutar os usuários estará conhecendo as suas dúvidas, necessidades e com base nos dados colhidos inicia um novo processo, que é a realização de um “feedback” que venha ao encontro dos dados levantados, com o objetivo de contemplar as dúvidas existentes. Essa ação que é possível de ser realizada com medidas educativas, escolhendo a forma de abordagem conforme a clientela e o local a ser desenvolvido. É importante que a escolha recaia em atividades capazes de despertar satisfação e prazer para ambas as partes, tanto para quem está apresentando o conhecimento, como para quem está recebendo. Essa maneira de atuar pode criar um vínculo entre os envolvidos no processo de aprendizagem.

Para Freire (2011), o educador é aquele que entrega, transmite o seu saber aos educandos. Saber esse que deixa de ser experiência-feita, para ser experiência narrada ou transmitida. Corroborando com o autor o enfermeiro é um dos

profissionais que, junto aos usuários dos serviços de saúde, possui a habilidade de desenvolver ações educativas, visando a orientar e educar em saúde.

Ainda, para o mesmo autor, a educação como prática de liberdade implica na negação do homem abstrato e isolado no mundo. Para tanto é necessário que se conheça esse ser humano, o usuário dos serviços, tanto na sua individualidade, suas necessidades pessoais, mas também como um ser coletivo que vive em uma comunidade e possui a necessidade de ampliar os horizontes do conhecimento do seu processo de saúde e doença e do meio em que está inserido. E, assim, desenvolver cuidados que irão refletir em benefício de sua saúde.

Conforme Freire (2009 p. 93), considera que:

O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significado enquanto homens. (...) ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...). Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda.

No entendimento de Freire (2011) na medida em que os homens refletem sobre si e sobre o mundo, vão aumentando o campo da sua percepção. Para Perrenoud (2000) aprender não é estocar informações, mas sim a reestruturação do sistema de compreensão do mundo. Com isso, o enfermeiro necessita vincular o processo de educação, ampliando os horizontes de atuação, onde as práticas curativas, centradas na doença, ganham uma nova ferramenta de trabalho o processo de educação, enfatizando a saúde, especialmente a prevenção e promoção. Esse novo modelo exige atividade proativa constante.

Ao oportunizar ao outro a expressão de sua ideia, atribui-se valor e significado ao seu conhecimento e isso o faz sentir-se respeitado perante os demais. O diálogo é o veículo capaz de mobilizar o desencadeamento do processo ensino aprendizagem. Entretanto, torna-se necessário não esquecer os demais elementos indispensáveis nesse processo, pois o processo ensino aprendizagem se dá a partir da interação das pessoas, mas essas possuem história de vida com características próprias, crenças, valores e hábitos de vida e se encontram inseridos num espaço que precisa ser compreendido e respeitado. É de grande importância a construção

do diálogo entre enfermeiro e usuários dos serviços de saúde, pois é capaz de desencadear a reflexão, auxiliando nas escolhas e no agir dos sujeitos.

Ensinar exige respeito à **autonomia** do ser educando e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que se pode conceder aos outros. Para ensinar tem que saber escutar paciente e criticamente o outro. É escutando que o educador consegue preparar-se melhor, colocar-se e situar-se do ponto de vista das suas ideias. Então, ensinar exige disponibilidade para o diálogo com o outro (FREIRE, 2009).

Frente à diversidade de opções que se apresentam no seu processo de viver, o ser humano, toma as decisões que julgam mais indicadas e viáveis para o momento em que está vivendo. As escolhas que realiza de forma constante possuem como base o conhecimento, o valor ético e moral que atribui a sua vida.

Seguindo nesse pensamento, segundo Siqueira (2001) o ser humano pode ser visto como um ser capaz de construir, destruir e reconstruir sua história, perante sua vivência, com a possibilidade de agir de forma singular frente às situações que se apresentam. O ser humano carrega dentro de si inúmeras particularidades advindas das diferentes vivências e situações, inerentes às constantes transformações sofridas e absorvidas e, as múltiplas decisões tomadas para se posicionar perante as mesmas.

O ser humano é único como espécie e igualmente como indivíduo (CHANLAT, 2007). Para Siqueira et al. (2009), o ser humano é multidimensional abarcando as dimensões biológicas, sociais, psicológicas e espirituais, que formam em conjunto as particularidades do seu pensar e agir. Essa natureza humana induz a divisar o ser humano como um ser integral com múltiplas necessidades que emergem a partir de cada dimensão, mas que, por sua vez, são influenciadas e influenciam as demais. Essa multiplicidade de necessidades não pode ser atendida por um único profissional, mas necessita-se, na área da saúde, uma EM, atualmente reconhecida oficialmente por 14 profissões os quais possam fazer parte desse conjunto e precisam trabalhar de forma integrada para alcançar resultados mais satisfatórios para o usuário.

Na EM integrada deve haver um projeto assistencial comum, caracterizado pela integração e coordenação do plano de ação, com flexibilidade na divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente, respeito às diferenças e

especificidades técnicas dos trabalhos especializados, coordenação dos agentes e comunicação intrínseca ao trabalho (PEDUZZI, 2001).

Os profissionais ao trabalharem em equipe de forma interdisciplinar, estão oportunizando uma maneira sistemática, organizada e contínua de construção do conhecimento e de sua instrumentalização, necessária para conseguir desempenhar suas atividades profissionais. O trabalho em equipe representa uma modalidade que, além de permitir maior agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, possibilita uma troca, uma construção de conhecimentos e de informações (SIQUEIRA et. al. 2009).

Para Gadotti (2000) a interdisciplinaridade visa garantir um conhecimento globalizante, rompendo com a fronteira das disciplinas. Segundo Barroso, Vieira e Varela (2006) a interdisciplinaridade é como um eixo norteador do processo interativo na educação para a promoção humana.

O enfermeiro é um dos profissionais que compõem a EM e possui uma função de grande importância no cuidado aos usuários. É o profissional que passa mais tempo com o indivíduo que necessita de cuidado e isso favorece a coleta de informações que ainda não foram levantadas por outros membros da EM. Juntamente com os demais profissionais integrantes da EM elabora planos e estratégias para desenvolver ações educativas, busca soluções para reparar os agravos originados de eventos adversos, mas procura, no transcorrer do cuidado, focar o processo educativo frente às situações que surgem, procurando facilitar a(re) inserção do usuário nas atividades cotidianas sempre que possível, com o menor dano, após o seu restabelecimento.

As ações educativas envolvendo a promoção e prevenção devem inicialmente ser amplamente discutidas, formuladas pela EM e organizadas de tal maneira que cada grupo profissional consiga distinguir com clareza, não apenas a metodologia a ser adotada, mas igualmente o produto esperado com as ações educativas implementadas. Todos os recursos necessários e disponíveis precisam, numa visão ecossistêmica, serem apropriados e ou adaptados para as metas estabelecidas. A avaliação constante carece processar os redirecionamentos necessários para manter-se na programação planejada.

Numa visão ecossistêmica, faz-se necessário que os componentes da EM trabalhem engajados com o mesmo foco, considerando o ambiente com todos os elementos integrantes atuando de forma inter-relacionada influenciando o ser

humano que aí vive, trabalhada e se desenvolve. A união interdisciplinar, a cooperação e a sinergia advinda desse método de trabalho, poderão contribuir no enriquecimento do processo educativo. A dedicação da arte de educar, fundamentada na situação da realidade, expressa num planejamento, possibilita conseguir uma população mais saudável e, principalmente, capaz de reconhecer precocemente os sinais de um possível agravo em saúde e, com isso procurar os recursos especializados, como medida a minimizar as sequelas que a doença é capaz de originar.

3. O CAMINHO METODOLOGICO

O presente capítulo tem como finalidade apresentar a trajetória metodológica a ser percorrida no desenvolvimento desse trabalho. Compreende o tipo de estudo, local e sujeitos, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos.

Lakatos e Marconi (2007) definem a pesquisa como um conjunto de processos sistemáticos que se alicerçam no raciocínio lógico e cujo objetivo é utilizar o método científico para poder alcançar os objetivos. Portanto, a metodologia é o que define o caminho a utilizar desde o início até a conclusão da pesquisa científica.

Entende-se por pesquisa científica

[...] a realização concreta de uma investigação planejada e desenvolvida de acordo com as normas consagradas pela metodologia científica. Metodologia científica aqui entendida como um conjunto de etapas ordenadamente dispostas que você deve vencer na investigação de um fenômeno. Nessas etapas estão incluídos desde a escolha do tema, o planejamento da investigação, o desenvolvimento metodológico, a coleta e a tabulação de dados, a análise dos resultados, a elaboração das conclusões e até a divulgação de resultados (SILVA, MENEZES, 2005, p.23).

3.1 Tipo de estudo

O método escolhido para a realização desta pesquisa é o descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Justifica-se a escolha desta metodologia porque permite responder aos objetivos a respeito das ações educativas utilizadas na promoção e prevenção das doenças crônicas transmissíveis (HIV; hepatites B e C) que os sujeitos apresentam e também conhecer a participação do enfermeiro nessas ações porque

[...] para pesquisar precisamos de métodos e técnicas que nos levem criteriosamente a resolver problemas. [...] elucidar a capacidade de observar, selecionar e organizar cientificamente os caminhos que

devem ser percorridos para que a investigação se concretize (GAIO, CARVALHO e SIMÕES, 2008, p. 148).

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca compreender a realidade específica e única do fenômeno em estudo capaz de atender, de forma adequada, ao objeto de estudo como seu principal foco de interesse, possibilitando trabalhar com o universo de significados a partir da descrição meticulosa em que se podem captar as percepções inseridas em seu contexto.

Portanto, a pesquisa qualitativa “é uma atividade situada que localiza o observador no mundo” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.17). Também possibilita uma aproximação essencial entre sujeito e objeto pesquisado, sendo o material básico a interpretação da palavra que expressa a fala coloquial, o que torna possível detectar as diferentes percepções, em diferentes contextos. É utilizada quando se busca percepções e entendimentos sobre a natureza geral de uma questão, permitindo espaço para a interpretação.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Um de seus objetivos é levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população o que permite descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2010). Neste sentido, a presente pesquisa possui caráter exploratório ao averiguar, junto aos participantes o atendimento aos portadores de DCT (HIV, hepatites B e C) na Unidade Básica de Saúde, na visão ecossistêmica e verificar a participação do enfermeiro nesse atendimento..Esse conhecimento permitiu familiarizar-se com o fenômeno investigado.

O percurso teórico-metodológico desta investigação de natureza qualitativa buscou uma articulação entre teoria e prática. Para alcançar os objetivos propostos, a base teórica fundamentou-se em princípios de ações educativas, apoderando-se das ideias de Freire e Collière, visando à promoção e prevenção da saúde da população, enquanto a sua prática foi realizada por meio da avaliação dos dados obtidos pelas falas dos 08 entrevistados.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Em 1966, o então Hospital de Ensino (HE) Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, iniciou as suas atividades, usando algumas instalações físicas da Santa Casa, criando-se um hospital dentro do outro. O HE, parte integrante da FURG, necessitava ser (re) organizado e ampliado para conseguir atender aos objetivos dos cursos de formação profissional, especialmente, na área da saúde. A reestruturação iniciou-se em julho de 1985, quando ocorreu a assinatura de protocolo de Intenções e contrato de locação de área física de um prédio em construção da Santa Casa de Rio Grande (FURG, 2013).

Esse espaço transformou-se em Hospital Universitário da FURG (HU/FURG). O hospital, atualmente, conta com unidades de: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia-Obstetrícia; Cirurgia; Pronto Atendimento; Unidade de Tratamento Intensivo Adulto e Tratamento Intensivo Neonatal, sendo os atendimentos oferecidos à população por meio do SUS.

A unidade de Clínica Médica foi a área de atuação para coleta de dados e compreende: Ambulatório; Enfermarias; Hospital Dia AIDS; Centro Integrado de Diabetes – CID; Centro Integrado Regional de Pneumologia – CIRP; Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) – CIRG e Hospital Dia de Doenças Crônicas (Ala Azul).

Convém lembrar que a Instituição serve de campo de atuação para as práticas de ensino aos cursos de graduação da FURG e outras instituições de ensino superior e médio não somente da área de saúde, mas também outros que assim desejarem. Entre os cursos da área da saúde encontra-se o de graduação de enfermagem, residências na área da saúde, pós graduação *Strictu Sensu* mestrado e doutorado em enfermagem. O HU/FURG I é reconhecido como Hospital Amigo da Criança e Hospital de referência no atendimento à AIDS (CECAGNO, 2003).

3.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com 08 usuários portadores de HIV ou Hepatite B ou C que frequentavam os serviços de saúde do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior da cidade do Rio Grande/RS. Inicialmente estabeleceu-se a

possibilidade de entrevistar 08 sujeitos, considerando a probabilidade de saturação dos dados com esse número de participantes. Esse pressuposto concretizou-se na prática e por isso as entrevistas foram encerradas após esse número de entrevistados.

Foram considerados como critérios para escolha dos participantes:

3.3.1 Critérios de inclusão

- Usuário utilizar os serviços das UBSs além dos serviços de referência para sua patologia;
- O usuário deve utilizar o serviço de internação das unidades de Clínica Médica, ou em atendimento no Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) e ou no Hospital Dia Aids, na época da coleta de dados;
- Ter mais de 18 anos;
- Estar lúcido e orientado no tempo e espaço;
- Aceitar a participar da pesquisa;
- Assinar o Consentimento Livre e Esclarecido (CLE) em duas vias;
- Permitir a publicação dos dados nos meios acadêmicos.

3.3.2 Critérios de exclusão:

- Não ser usuário dos serviços nas UBSs;
- Não estar fazendo o uso dos serviços de internação da Unidade de Clínica Médica, não estar em atendimento no Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) ou no Hospital Dia Aids, na época da coleta de dados;;
- Ser menor de 18 anos;
- Não estar lúcido e orientado no tempo e espaço;
- Recusar-se a participar da pesquisa.

3.4 Coleta de dados e logística da proposta

A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética CEPAS/FURG, cujo protocolo de aprovação teve nº 160/2013 e foi realizado por meio de entrevista semiestruturada.

Conforme Minayo (2010) a entrevista semiestruturada permite conhecer de forma mais ampla as questões que o pesquisador quer abordar no campo, tendo como base seus pressupostos, advindos da definição do objeto da investigação. Para a mesma autora o roteiro permite ao entrevistador, eleger e explorar determinados pontos que levem a novos questionamentos, considerando os objetivos da pesquisa. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a pontos relevantes que venham a complementar subsídios ao estudo.

Para a coleta de dados foi construído um roteiro específico para as entrevistas (Apêndice C) com questões abertas e fechadas que contemplaram a questão norteadora, os objetivos, os pressupostos e o referencial teórico.

O roteiro permitiu ao entrevistador, eleger e explorar determinados assuntos capazes de conduzir a novos questionamentos, considerando a questão norteadora, da dissertação e os objetivos da pesquisa.

Após a aprovação do projeto pela banca examinadora e pelo comitê de ética de saúde (CEPAS/FURG) foram realizados os contatos necessários junto às unidades de Clínica Médica, Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) e Hospital Dia, para selecionar os sujeitos que contemplavam o critério de inclusão (item 3.3.1), e foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa (Apêndice D). Aos que aceitaram em participar da pesquisa foi explicado o objetivo da pesquisa, informando a importância de sua participação, pois seus relatos seriam capazes de contribuir com o sucesso do trabalho. Cada sujeito foi informado a respeito do caráter confidencial, bem como a garantia do anonimato das informações. Prosseguindo nessa etapa foi marcado dia e hora para coleta, a ser realizada na unidade de internação ou de consulta que o entrevistado esteja frequentando, respeitando a preferência do sujeito pelo turno a ser observado para a entrevista e, também considerando o trabalho dos membros da equipe de saúde hospitalar.

No dia da entrevista foi reforçado e esclarecido a respeito do anonimato, a possibilidade de desistir em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízo pessoal. Para preservar o anonimato dos sujeitos utilizaram-se códigos: H para os portadores do HIV e HB e HC para os portadores da hepatite B e ou C, acrescentando um algarismo arábico, iniciado em 1, enumerando de forma subsequente os demais, conforme a sequência das entrevistas realizadas. Ex.: H1; H2; HB1; HB2;. HC1;HC2.

Prosseguindo foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o pesquisando (Apêndice E), e solicitado a autorização para gravar as entrevistas e para divulgar, em meios acadêmicos, os resultados obtidos. Foi esclarecido ao sujeito que qualquer dúvida poderia ser elucidada pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, cujos contatos constam no (TCLE).

Ao término de cada entrevista, o entrevistador agradeceu a participação do entrevistado, sua colaboração para com a pesquisa e se colocou a disposição para informações em qualquer momento da realização do trabalho.

Após cada entrevista, com a finalidade de conservar a fidedignidade dos dados coletados gravados, foram transcritos na íntegra pelo próprio pesquisador, evitando perda ou esquecimento de detalhes. Prosseguindo realizou-se a análise e interpretação dos dados.

3.5 Aspectos éticos

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98.

Após aprovação pela Banca Examinadora, o projeto foi registrado no SISNEP, cadastrado no site da PROSPESP/FURG e encaminhado ao Conselho da Escola de Enfermagem da FURG para avaliação. Após aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) para aprovação (Apêndice B). A coleta de dados teve início

somente após a aprovação da proposta pelo CEPAS, cujo protocolo de aprovação teve nº 160/2013.

Cada sujeito foi convidado a assinar o TCLE em duas vias ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador. No TCLE constou a participação voluntária do sujeito, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional. Em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foi garantido, a cada participante, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O participante foi respeitado em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, bem como lhe foi assegurado sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida. Todas as vias do TCLE contém o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEPAS (Apêndice E).

Com a finalidade de manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados por códigos, onde se manteve a inicial de representação da patologia (Hepatite B – **HB**; Hepatite C – **HC** e para o HIV - **H**) seguida de um algarismo arábico, mantendo a ordem sequencial conforme as entrevistas realizadas.

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A princípio, não existem riscos e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual prejudiciais à integridade dos participantes dessa pesquisa. O participante da pesquisa foi respeitado, em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando a sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Nenhum dos participantes evidenciou necessidades, portanto, não houve intervenções conforme disposto na resolução 466/12, itens II. 3.1. II. 3.2, II.6, II.7.

Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, tanto individuais quanto coletivos.

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores da pesquisa responsabilizam-se por todos os processos envolvidos na pesquisa, mantiveram o compromisso com a confidencialidade dos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos.

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

Apesar da previsão da possibilidade de suspender a pesquisa em caso de recusa dos participantes convidados, essa se realizou sem incidentes e todos os convidados foram solícitos e compreensivos ao responder ao roteiro de pesquisa.

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos

Após conclusão deste estudo, os resultados da pesquisa serão divulgados, primeiramente, pela apresentação pública de sustentação da DISSERTAÇÃO, além disso, após a aprovação serão entregues cópias para disponibilizar na biblioteca do Campus Saúde da FURG, para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias de cursos de especialização, dissertações, teses. Além disso, os resultados serão publicados em artigos de revistas científicas e divulgados em eventos científicos. Ressalta-se que não existem conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Declara-se que são aceitas as responsabilidades pela condução científica da presente pesquisa.

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados

Os dados obtidos durante a presente pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável para realizar a análise e sua comparação. Posteriormente, serão arquivados em caixa e lacrados, por um período de cinco anos, e assim, se assegura a legitimidade do estudo. Os dados serão 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

Hecker de Siqueira, orientadora desta DISSERTAÇÃO e líder desse grupo de pesquisa.

3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES são responsáveis pela infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Os custos do projeto e da realização da pesquisa ficaram a cargo dos pesquisadores.

4. DESCRIÇÃO DOS DADOS

Este capítulo contempla a descrição dos dados capturados por meio da entrevista semiestruturada com 08 participantes da pesquisa portadores de doença crônica infecciosa HIV e ou Hepatite B ou C

O instrumento de pesquisa, na sua primeira parte, buscou conhecer a característica sócio demográfica dos participantes: sexo, estado civil, idade, escolaridade, se esta trabalhando ou em benefício.

As questões elaboradas e respondidas de forma livre pelos participantes permitiram capturar dados em relação a dúvidas, expectativas e necessidades sentidas que, após analisadas e interpretadas, podem ser capazes de possibilitar subsídios para avançar na construção do conhecimento em relação à questão de pesquisa, pressupostos e objetivos deste trabalho.

Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas as três etapas descritas por Minayo (2010). Segundo essa autora a etapa da **pré-análise** é a retomada das hipóteses/pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientaram a interpretação final.

Inicialmente, após a transcrição dos dados foi realizada uma **leitura flutuante** com a finalidade de impregnar-se de seu conteúdo; proceder à constituição do *corpus* abrangendo a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Esse procedimento teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, direcionando o desenvolvimento das próximas operações ou etapas, tendo em vista a análise.

4.1 Descrição dos dados obtidos por meio de entrevistas

Para realizar a descrição dos dados das entrevistas utilizou-se o método da **análise temática**, seguindo os passos de operacionalização sugeridos por Minayo (2010).

4.1.1 Perfil dos participantes

Dos 08 sujeitos entrevistados, 04 são do sexo masculino e 04 do sexo feminino. Sendo que dos 04 masculinos entrevistados 03 são homossexuais e que optaram por assumir uma identidade de gênero feminino. Com relação ao estado civil 06 são solteiros, sendo que 01 possui contrato de união estável com seu companheiro, porém não altera o estado civil perante a legislação brasileira e 01 viúva. A faixa etária variou de 31 a 66 anos dos entrevistados, sendo: 01 com 31anos; 01 com 36 anos e outro com 37 anos; depois 01 com 41anos, 01 com 42 anos e 02 com 48 anos; com mais de 60 anos somente um entrevistado com 66 anos. Ao levantar os dados em relação ao grau de instrução dos entrevistados percebe-se 01 com ensino fundamental incompleto (até a 4ª série), 03 com o ensino fundamental completo, 02 com o ensino médio completo, 01 com superior incompleto e 01 com superior completo. Quanto aos dados referentes à atuação profissional, obteve-se as seguintes informações: 03 estão recebendo o benefício da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), 01 pensionista por morte do marido, 01 profissional do sexo, 01 técnica de enfermagem, 01 camareira e 01 pescador embarcado.

4.2 Atendimento das necessidades de saúde do usuário nas UBS: profissional que prestou o atendimento

A UBS, unidade que presta assistência a uma população determinada emprega técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas (pediatria, ginecologia, clínica geral), odontologia e enfermagem. Inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (SILVA, 2006; BRASIL, 2012).

O espaço da UBS, aqui entendido como a Unidade de referência ao atendimento das necessidades de saúde ao usuário foi mencionado pela maioria dos participantes como satisfatório em relação ao atendimento de suas

necessidades, destacando o médico como o responsável por prestar esse atendimento, conforme os fragmentos a seguir:

Quando perguntado aos entrevistados se eles no transcorrer de sua vida já utilizaram alguma vez o serviço de Unidade Básica de Saúde? Teve suas necessidades atendidas?

Sim, todas as vezes que procurei às vezes não tendo médico, mas sempre fui bem atendido (H1).

*Algumas vezes sim, mas às vezes deixou a desejar. Me sinto melhor indo direto com o (**médico**) **especialista** (H2).*

*Já utilizei e tive parcialmente, não foi tudo. O posto deixa muito a desejar [...] tu não tem uma triagem, tu não tem contato com técnicos e enfermeiros. Tu vai lá faz a ficha, és **atendida pelo médico**, algumas vezes eles te chamam para verificar a pressão ou não. E é só. Não existe mais nenhum contato, tu vai para a **consulta** e o **médico** te diz o que tu precisa, ou não precisa [...] (HC3).*

*Sim, já usei o serviço do posto lá onde moro e o **médico** me atendeu [...] (H4).*

*Sim, já usei o serviço de saúde e fui bem atendida pelo **médico** [...] (HB5).*

Sim, já usei e fui consultar, fui bem atendido (H6);

*Sim, já usei e fui bem atendida pelo **médico** e consegui resolver meus problemas de saúde [...] (H7).*

Sim, já usei e tive minha necessidades atendidas (H8);

Percebe-se que as respostas se apresentam de forma diversificada, 06 (H1, H4, HB5, H6; H7; H8) entrevistados afirmaram positivamente; e 02 contam que o atendimento deixou a desejar.

O entrevistado com o pseudônimo H2 e HC3 relatam que algumas vezes tiveram as suas necessidades atendidas, em outras vezes, o atendimento demonstrou-se precário, deixando a desejar.

Os relatos evidenciam que o médico continua sendo o profissional que detém a assistência aos usuários do serviço de saúde, ou seja, que realiza a consulta e orienta os usuários em relação à saúde. O enfermeiro não aparece como um profissional ativo nesse serviço, pois não é referido pelo usuário no atendimento de suas necessidades de saúde.

O enfermeiro ao praticar as ações relativas às ações que envolvem a triagem e a consulta de enfermagem poderia aproveitar esse momento de contato direto com

o usuário para conhecê-lo melhor, inteirar-se de suas necessidades e exercer a prática do seu exercício profissional desenvolvendo a educação em saúde, atendendo a lei do exercício profissional.

Neste sentido cabe enfatizar que a Lei do exercício profissional nº 7.498, de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406 de junho de 1987 determina que seja realizada também por esse profissional a educação para a saúde e a prevenção e controle de danos à clientela como uma de suas funções (BRASIL, 1986).

4.2.1 Atendimento na UBS realizado por enfermeiro

Os participantes quando indagados: Você ao ser atendido nos Serviços de Saúde conseguiu identificar o enfermeiro no momento do seu atendimento? Ele esteve presente no seu atendimento? Explique.

As respostas a esse questionamento podem ser notados nos seguintes fragmentos:

Automaticamente ao chegar no posto o enfermeiro se identificou, fazendo a triagem, vendo qual o meu problema e agendando a consulta [...] Nunca tive o atendimento realizado pelo enfermeiro (H1).

Ultimamente sim [...] porque ele atua na equipe do meu bairro [...] O enfermeiro nunca me atendeu [...] quando eu falava meu problema me encaminhava direto para o médico (H2).

Sim identifico, porque está sentada em uma mesa preenchendo papéis, mas tu não tem contato com o enfermeiro (HC3).

Ah, eu não sei identificar (H4).

O enfermeiro no hospital eu consigo identificar porque ele tem mais responsabilidades, e ficam mais tempo com a gente no hospital (HB5).

[...] eu consigo identificar, eles estão de branco e tem escrito o nome deles no bolso do uniforme. Aqui no hospital eles usam azul e vem trazer medicação (H6).

Sim identifico pela cor da roupa [...] (H7).

Sim no meu posto de saúde eu sei quem é quem, vou direto ao enfermeiro. O enfermeiro me atende ele faz a triagem para depois passar para o médico (H8).

Ao analisar os relatos dos entrevistados observa-se que eles identificam o profissional enfermeiro de várias formas, alguns pela cor do uniforme (H6 e H7), por estar sentado em uma mesa preenchendo papéis (HC3) outros identificam por já

terem um contato mais frequente com a equipe (H1; H2 e H8), um único entrevistado relata não saber identificar o profissional enfermeiro (H4) Dos 08 entrevistados 03 relatam manter um contato com enfermeiro realizando a triagem (H1, H2 e H8), encaminhando-os para o médico. Os sujeitos (H6 e H7) referem que o atendimento prestado pelo enfermeiro dentro da unidade hospitalar foi à instalação de soro e administração de medicação, ou seja, participando de uma das várias formas de atendimento que pode ser realizado durante a assistência.

4.2.2 Consulta de Enfermagem na UBS

Ao serem questionados se alguma vez já realizaram consulta de enfermagem sobre a sua saúde com o enfermeiro? Recebeu orientações do enfermeiro a respeito da sua saúde? Se sim, quais as orientações?

Dos 08 sujeitos entrevistados nessa pesquisa 07 (H1, HC3,H4, H5, H6, H7, H8) declararam que nunca realizaram consulta de enfermagem com o enfermeiro, somente 01 sujeito H2 disse que realizou consulta de enfermagem, porém relata que ocorreu no hospital.

“Nunca realizei consulta com o enfermeiro, somente com o médico” (H1).

*“Não, nunca. Na Unidade Básica de Saúde não, **somente** no hospital” (H2).*

“Não nunca realizei consulta da minha saúde com o enfermeiro’ (HB5);

Percebe-se que o enfermeiro ainda não se apoderou dos vários espaços onde pode atuar. Sendo um deles a consulta em enfermagem, onde é realizado num primeiro momento um processo de triagem e, conseqüentemente, é possível avaliar o conhecimento do usuário do serviço de saúde e suas reais necessidades. Entretanto, ao manter a sua atuação em funções como gerenciamento do serviço, mas sem uma relação direta com o planejamento do cuidado, muitas vezes a sua atenção cuidativa pode encontrar-se em segundo plano. Desta forma quando se pergunta aos entrevistados em relação à consulta de enfermagem eles negam ter realizado e afirmam enfaticamente consultar com o médico.

4.2.3 Significado da Promoção da Saúde:

Quanto ao significado da Promoção dos 08 entrevistados, somente 02 tem algum entendimento em relação à questão da promoção H1; HC3.

Sim, no caso seria da pessoa me passar às informações de modo bem acessível (H1);

Eu conheço através de anúncios de televisão e cartazes. Nunca recebi palestras. Eu leio a respeito, me informo sobre esse tipo de coisas [...] (HC3).

A promoção aparece de forma clara para estes entrevistados como um ato que se origina por meio de palestras e pela mídia, seja na forma impressa ou televisiva.

Essa configuração demonstra que as UBS, nas quais os usuários são atendidos, não desenvolvem a estratégia da promoção da saúde que deveria ser a retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo de saúde e adoecimento em nosso país.

Os participantes (H2; H4; HB5; H6; H7 e H8) não souberam explicar o que seria a promoção da saúde para eles. Percebe-se que existe uma fragilidade no conhecimento desses usuários em relação à promoção da saúde. Essa pode ocorrer tanto pela dificuldade de entender o tema ou, principalmente, quanto ao acesso a essas informações, bem como, pelo uso de uma forma clara e objetiva de informar. Também pode ter relação com a realidade vivida por cada usuário das UBS. Também é possível que os diferentes graus de instrução possam representar um fator a interferir no processo de entendimento.

4.2.4 Significado da Prevenção de Doenças Transmissíveis:

Com relação ao que significa para os entrevistados a prevenção das doenças transmissíveis 03 (H1; HC3; H7) entrevistados souberam explicar com suas palavras o que entendem como forma de prevenir às doenças transmissíveis.

[...] prevenção seria eu levar adiante as informações para o meu meio e me cuidar é claro (H1).

[...] eu acho que é tu fazer grupos, seja dos diabéticos ou de paciente portador de alguma doença, seja como for. Mas tu promover o encontro dessas pessoas, para conversarem, falarem e exporem. E assim tendo o conhecimento vamos poder nos prevenir (HC3).

[...] a prevenção é se cuidar, usar camisinha, não usar drogas, não compartilhar aparelhos de barbear. E mais ou menos isso que eu sei (H7).

A prevenção aparece para 02 dos sujeitos (H1 e HC3) como o resultado de troca de informações, realizada em grupos com usuários que portam a patologia, gerando uma forma de absorver e aplicar no dia a dia as medidas de prevenção. O sujeito H7 relata os conhecimentos mais práticos, que não deixam de estar incluídos no processo de promoção da saúde, quando oferta o seu conhecimento aos usuários do serviço de saúde.

4.2.5 Orientações da Promoção da Saúde:

Os entrevistados também foram indagados se algum dia já receberam orientações sobre a promoção e prevenção do HIV e das Hepatites B e C? Se positivo. Deveriam relatar como ocorreram essas orientações, onde e por quem foi realizada.

Cinco dos nove entrevistados afirmam que nunca receberam orientações (H2, H4, HB5, H6 e H8). O sujeito H2 relata não ter recebido informação por um profissional da área da saúde, mas afirma: *eu leio nos folders que eu recebo na ONGs.*

Percebe-se que a mídia informativa se faz presente na vida dos usuários dos serviços. Os demais entrevistados afirmam ter recebido algum tipo de informação, vejamos em suas falas:

Sim, por profissionais da área da saúde, na ONG que eu participo. Fica difícil eu falar qual o profissional especificamente já tivemos várias palestras, no período que frequento, mais ou menos 10 anos (H1).

Foi uma vez na época em que fazia o curso técnico de enfermagem, quando nos fomos fazer o estágio no posto de saúde. Antes de iniciar o estágio todos nós tivemos que passar por uma palestra e até sugeriram que a gente fizesse o teste, mas só essa vez (HC3).

*Eu já participei muito de palestras, porque eu tenho uma cunhada que é soropositiva. A palestra era realizada por uma **enfermeira**(H7).*

Dos 04 entrevistados que afirmam ter recebido as orientações somente um assegura ter sido o enfermeiro o profissional que os orientou (H7), os sujeitos H1 e HC3 não souberam especificar os profissionais que apresentaram o conhecimento para eles. Percebe-se também ainda a presença do panfleto como um recurso de orientação, ou seja, a utilização da mídia como forma de educação em saúde.

4.2.6 Significado da prevenção das doenças transmissíveis

Com relação à prevenção das doenças transmissíveis 05 entrevistados continuaram sem saber o que responder (H2, H4, HB5, H6 e H8). Sendo que os outros 03 (H1, HC3 e H7) tentaram explicar de acordo com o entendimento que possuem referente à temática.

[...] a prevenção seria eu levar as informações para o meu meio e me cuidar é claro (H1).

[...] eu acho que é tu fazer grupos [...] promover o encontro dessas pessoas, para conversarem, falarem e expor. E assim tendo o conhecimento vamos poder nos prevenir (HC3).

[...] a prevenção é se cuidar. Usar camisinha, não usar drogas, não compartilhar aparelho de barbear. É mais ou menos isso que eu sei (H7).

Os participantes tem um conhecimento comum entre eles, ambos tratam a prevenção como uma forma de desenvolver o conhecimento adquirido na promoção, ainda que de uma maneira muito restrita. HC3 destaca a importância do encontro das pessoas, onde ocorra a troca de informações e que para ele é uma forma de ajudar na prevenção, ou seja, dialogando com pessoas que estão na mesma situação.

4.2.7 Orientações com relação à Prevenção das Doenças Transmissíveis

Quando foram indagados se algum dia receberam orientações sobre a prevenção do HIV e das Hepatites B e C? Se positivo. Relate como ocorreram essas orientações? Onde com quem foram realizadas?

Somente 03(H1; HC3 e H7) dos 08 entrevistados responderam como receberam orientações com relação à prevenção das doenças transmissíveis, conforme se observa nas falas a seguir:

Sim por profissionais da área da saúde, na ONG qual que participo, fica difícil eu falar qual o profissional especificamente, já tivemos várias palestras, no período em que frequento, mais ou menos 10 anos (H1).

Foi uma vez quando fazia o curso técnico de enfermagem, quando fomos fazer estágio no posto de saúde. Antes de iniciar o estágio todos nós tivemos que

passar por uma palestra e até sugeriram que a gente fizesse o teste, mas foi só uma vez (HC3).

*Eu já participei muito de palestras porque tenho uma cunhada que é positiva, era realizada pela **enfermeira** (H7).*

Percebe-se fragilidades ao ser respondida esta questão do instrumento de pesquisa, Primeiramente que a grande maioria, (05) entrevistados nunca receberam orientação em relação a prevenção das doenças transmissíveis, neste caso do HIV e das Hepatites do tipo B e C. E os que responderam afirmativamente que sim, um total de 04 entrevistados, somente um deles (H7), destacou o enfermeiro, como o profissional que participou no desenvolvimento das orientações. Mais uma vez percebe-se que o enfermeiro deixa de ocupar os espaços de atuação, como no processo de educação em saúde e da consulta de enfermagem.

4.2.8 Conhecimento das formas de contaminação:

A maioria dos entrevistados, 06 ao total, relataram que conheciam as formas, por meio das quais poderia ocorrer a contaminação.

Eu já sabia. Eu estava começando a me envolver com a ONG [...] (H1).

Sim, através da mídia, eu conhecia alguma coisa. O não uso do preservativo, não compartilhar seringas e no uso de drogas (H2).

Sabia por que eu trabalho na área da saúde, então sabia a forma de contaminação (HC3).

*Eu conhecia assim, eu ouvia falar, na verdade um conhecimento de rua, **conversando com conhecidos** [...] (HB5).*

*Eu sabia de ouvir os **colegas dizendo** o fulano pegou o vírus da fulana e aí entendi que era pelo sexo (H6).*

Sim eu sabia como a gente poderia se contaminar (H7).

Dentre as falas destaca-se a conversa informal que levou aos sujeitos terem um conhecimento empírico das formas de contaminação do HIV e das Hepatites B e C.

Com mais objetividade e procurando continuidade a entrevista, perguntou-se ao entrevistado se saberia explicar como ocorreu a sua própria contaminação. As respostas obtidas foram agrupadas em 03 subcategorias: Sexo; Transfusão e Drogas e Sexo.

4.2.9 Formas de contaminação dos participantes

Destacam-se nesse trabalho o sexo desprotegido, associado com o uso ou não de drogas e a transfusão sanguínea.

4.2.9.1 Sexo

Entre os entrevistados 03 (H1, H2 e H7) afirmam, categoricamente, terem se contaminado com a relação sexual desprotegida, mesmo tendo algum conhecimento sobre a possível contaminação..

[...] Quanto a minha contaminação foi comum parceiro fixo, que tinha 18 anos de relacionamento, dizia ele não saber. Só fiquei sabendo quando ele adoeceu e a doença estava em um estágio avançado e ele veio a falecer (H1).

[...] A minha contaminação foi o sexo sem o uso de preservativo (H2).

[...] A minha contaminação foi pelo sexo, ele era usuário de drogas e eu não me cuidava ao transar com ele (H7).

Dois participantes (H4 e HB5) não souberam dizer de quem ou como se contaminaram com o vírus.

H4: [...] A minha contaminação acho que foi de uma transfusão que fiz há muitos anos ou se meu marido tivesse com a doença, porque quando ele faleceu, estava muito complicado tinha de tudo. Ele faleceu com tuberculose, os médicos estavam fazendo mais exames, mas não deu tempo de sair o resultado na época, era muito demorado.

H6: [...] eu não sei dizer como eu peguei o vírus.

4.2.9.2 Transfusão:

Um entrevistado (HC3) alega ter se contaminado durante o processo de transfusão sanguínea, conforme fala a seguir:

[...] Tudo indica que fui contaminada numa cirurgia. Eu fiz a cirurgia para a retirada de um tumor, e aí tive uma hemorragia interna e tive que usar sangue. Através de informações e conversas com os médicos e exames anteriores que eu

tinha, se chegou à conclusão então que eu fui contaminada por uma bolsa de sangue, que estava contaminada (HC3).

4.2.9.3 Drogas e sexo desprotegido

Dos 08 entrevistados, dois (H6, H8) afirmam que se contaminaram por meio de uso de drogas e sexo como observa-se a seguir.

[...] a minha contaminação acredito eu que foi de não usar camisinha quando eu estava no efeito das drogas (crack) e álcool, quando saía com as meninas na noite (H6).

[...] eu fui usuária de drogas, principalmente cocaína, me injetei por muito tempo, hoje penso que foi por compartilhar as seringas (H8).

O entrevistado H6 já havia informado que possui algum conhecimento sobre contaminação com os seus amigos [...] *Eu sabia de ouvir os colegas [...]* e H8 conta que nunca recebeu informações a respeito das formas de contaminação. Percebe-se que mesmo tendo alguma informação por mínima que seja o entrevistado H6 deixou-se levar pelos “prazeres e delírios” ocasionados pelas drogas utilizadas e teve contatos íntimos sem proteção, ocasionando sua contaminação.

4.3 Organização dos dados transcritos

Logo após a descrição dos dados foi iniciada a **organização e exploração do material** de maneira a permitir a visualização individual e coletiva do conteúdo transcrito. Na etapa da **exploração do material**, conforme Minayo (2010) devem ser realizadas várias vezes a leitura das entrevistas. Essa forma de proceder permitiu a impregnação com os dados obtidos preparando-os para a análise e interpretação.

A análise do texto transcrito foi capaz de apresentar manifestações de elementos cuja similaridade ou discrepância permitiu o agrupamento em unidades formando as **unidades de registro**.

Unidades de registro são as palavras ou expressões que se destacam das falas dos participantes. Prosseguindo realizou-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo, a partir do conjunto formado pelas unidades de registro, um título genérico capaz de identificá-las pelas características semelhantes, pertinência resultando nas categorias e subcategorias (Quadro 1)

Quadro 1: Apresentação das Unidades de Registro, subcategorias e categorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Perfil dos participantes		Idade Sexo; Estado Civil; Grau de Instrução; Benefício – LOAS
Atendimento das necessidades de saúde do usuário na UBS	Identificação do enfermeiro:	Faz a triagem (H1); (H8); Participante da Equipe do Bairro (H2); Sentada; preenchendo papéis (HC3); Possui maior responsabilidade (HB5); Cor da roupa, H7; Não sabe identificar (H4); Escrito no uniforme. H6
	Consulta com enfermeiro	Na UBS não, somente no hospital (H2); Nunca realizei consulta com o enfermeiro (H1), (HC3), (H4), (HB5), (H6), (H7), (H8).
	Consulta com Médico	Somente com o médico (H1), (H2), (HC3), (H4); (HB5); (H6); (H8). O médico explica em relação a minha doença (H8) O médico e quem explica (H7);
Promoção da Saúde	Significado da promoção da saúde	Passar informação de modo acessível (H1); Ignora (H2), (H4), (HB6), (H6), (H8); Mídia, leituras e grupos (HC3).
	Orientações recebidas e meios utilizados	Nunca recebeu orientações (H4); (HB5); (H6); (H8). Palestras (H1); (HC3); (H7); Folders (H2);
Prevenção das doenças transmissíveis	Significado de prevenção	Levar orientações e cuidar-se (H1); Desconhece significado (H2); (H4); (HB5); (H6); (H8). Conhecimento como forma de prevenir (HC3); Cuidar-se e não compartilhar aparelhos de barbear (H7);
	Recebeu conhecimento sobre formas de transmissão	Pela ONG (H1); Pela mídia (H2); Palestra (HC3); (H7); Não recebeu (H4); (H8). Conhecimento de rua conversa com conhecidos (HB5); (H6);
Forma de contaminação do participante	Contágio	Parceiro fixo (H1); Não uso de preservativo (H2); (H6); (H7); Transfusão (HC3); Não sabe dizer (H4); (HB5). Compartilhar seringas (H8).

Fonte: Dados da pesquisa organizados por SIQUEIRA e VIEIRA, 2014

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As categorias e subcategorias construídas, com a finalidade de ressaltar as informações obtidas, seguindo os passos de Minayo (2010), foram utilizadas como unidades de análise no tratamento dos resultados.

Após a análise inicial os dados da pesquisa foram analisados e interpretados sob a forma de três artigos:

1º Artigo: Atendimento nas unidades básicas de saúde: na perspectiva dos usuários

2º Artigo: Prevenção das doenças crônicas transmissíveis: significado segundo usuários de unidades básicas de saúde

3º Artigo: Significado da promoção da saúde para portadores de doenças crônicas transmissíveis de unidades básicas de saúde: interface com o enfermeiro

5.1 PRIMEIRO ARTIGO

ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: na perspectiva dos usuários⁴

Flávio Peraça Vieira⁵

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁶

Resumo: Objetiva-se conhecer o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde na perspectiva dos usuários. Os profissionais que atendem nesses espaços precisam conhecer a realidade dos usuários para trabalhar a promoção e a prevenção em saúde. Metodologia: Pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados, realizada por entrevista semiestruturada com 08 participantes, portadores de Hepatite B e C ou Aids no município do Rio Grande/RS, iniciou após a aprovação do Comitê de Ética, conforme protocolo 160/2013. Resultados e Discussão: O atendimento centra-se na consulta médica evidenciando o modelo biomédico, dificultando a atuação multiprofissional. Não são mencionadas orientações e cuidados preventivos e de promoção. O profissional enfermeiro foi identificado pelo uniforme e serviços burocráticos, o mesmo não exerce a consulta de Enfermagem, eximindo-se de função privativa. Considerações finais: O modelo biomédico por não atender as necessidades do usuário nesses espaços precisa ser repensado. Enfatiza-se que a Consulta de Enfermagem deve fazer parte do atendimento ao usuário.

Palavras Chaves: Assistência ao Paciente, centros de saúde, serviços de atendimento, cuidados de enfermagem.

Abstract: The objective is to knowing the assistance in the Basic Health in the perspective of users. Units Professionals serving these spaces need to know the reality of users to work on promotion and health prevention. Methodology: descriptive-exploratory study with a qualitative approach. The data collection performed by semistructured interviews with 08 participants, carriers of Hepatitis B and C or Aids in the city of Rio Grande / RS, initiated after the approval of the Ethics Committee, according to protocol 160/2013. Results and Discussion: The service centers on the medical consultation highlighting the biomedical model, hindering the multiprofessional approach. There are mentioned guidelines and preventive care and promotion. The professional nurse has been identified by uniform and bureaucratic services, the same does not hold the nursing consultation, exempting up private

⁴ Este artigo extraído da Dissertação de Mestrado será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, cujas normas podem ser acessadas em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>

⁵Enfermeiro, Especialista e Mestrando do Programa de Pós Graduação em de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de estudo e pesquisa - Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil. Rua Padre Felício 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81357035 E-mail: enfovieira@gmail.com

⁶Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Docente da Anhanguera Educacional/Pelotas. Líder do Grupo de estudo e pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br

function. Final considerations: The biomedical model does not meet the user's needs in these areas needs to be rethought. It is emphasized that the Nursing Consultation should be part of the service user.

Keywords: Patient Care, Health Centers, Answering Services, Nursing Care

Resumen: El objetivo es conocer la asistencia en las Unidades Básicas de Salud en la perspectiva de los usuarios. Los profesionales que sirven estos espacios tienen que conocer la realidad de los usuarios para trabajar en la promoción y prevención de la salud. Metodología: estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con 08 participantes, portadores de la hepatitis B y C o el SIDA en la ciudad de Rio Grande / RS, que se inició después de la aprobación del Comité de Ética, según el protocolo 160/2013. Resultados y Discusión: El servicio se centra en la consulta médica destacando el modelo biomédico, lo que dificulta el enfoque multiprofesional. Hay pautas mencionadas y la atención preventiva y la promoción. El profesional de enfermería ha sido identificada por el uniforme y los servicios burocráticos, el mismo no la consulta de enfermería, que exige a la función privada. Consideraciones finales: El modelo biomédico no satisface las necesidades del usuario en estas áreas debe ser repensado. Se insiste en que la Consulta de Enfermería debe ser parte del usuario del servicio.completar

Palabras Clave: Atención al Paciente, Centros de Salud, Servicios de Contestadora, Atención de Enfermería

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente, a partir da Constituição Federal de 1988. É referido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, cuja organização deve pautar-se em diretrizes de descentralização, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízos das atividades curativas e participação da comunidade¹.

Deste modo, ele surge como uma nova configuração organizativa dos serviços e ações de saúde, pois a Constituição reconhece a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado, a cada cidadão, sendo o seu exercício, de competência dos governos federais, estaduais e municipais². A esses compete o detalhamento das responsabilidades na definição da forma como deverá ser organizado, bem como, a fiscalização da operacionalização do atendimento do SUS nesses espaços. Entretanto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no Diário Oficial da União em 20/09/90 regulamenta e elenca as disposições da promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, nas três esferas governamentais.

Nessa configuração são criadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem a finalidade de prestar assistência a uma população determinada, empregando tecnológicas

apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Essas unidades são de responsabilidade do município e se encontram em diferentes pontos da cidade destacando-se como porta de entrada para o atendimento do SUS. Nelas são prestados atendimentos básicos e gratuitos em: pediatria, ginecologia, clínica geral, odontologia e enfermagem. Além do encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicação básica²⁻³.

Com o intuito de aperfeiçoamento, consolidação e organização dessa estrutura foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), o qual veio contribuir para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade⁴. A história do PSF pode ser dividida em dois momentos: o primeiro que se inicia com sua criação e se estende até 1996, marcado pela extensão de cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis. O segundo momento inicia em 1996, em que o PSF passa a ser considerada uma estratégia, processando-se uma mudança na denominação do modelo assistencial, sendo designado como Estratégia da Saúde da Família (ESF). A ESF²⁻⁵ tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e de suas relações com os demais níveis do sistema de saúde, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O atendimento aos usuários realizado pela equipe multiprofissional (EM) de saúde da ESF pode ocorrer na própria UBS ou no domicílio do usuário.

O trabalho em EM, considerado como uma fonte de aprendizado permite o diálogo interprofissional e, desta maneira, o conhecimento se torna mais abrangente e possibilita abarcar maior número de necessidades dos usuários. Os membros integrantes da EM, ao planejar em conjunto percebem de forma mais dinâmica, as metas com objetivo de trabalharem na promoção e prevenção em saúde e conseqüentemente à recuperação desta. Atualmente temos 14 profissões de nível superior, da área da saúde, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional⁶.

Os profissionais que integram a EM precisam superar os desafios, apoiando-se na pluralidade dos saberes, sendo necessário que haja clareza nas áreas de competência de cada profissional, utilizando para isso um diálogo democrático que permita a realização do trabalho em conjunto, respeitando o saber/conhecimento de cada integrante do grupo. Os profissionais da saúde ao trabalharem em equipe, de forma interdisciplinar, estão oportunizando de maneira sistemática, organizada e continua a construção do conhecimento e de atributos necessários para conseguir desempenhar suas atividades profissionais de maneira eficiente e eficaz. O trabalho em equipe representa uma modalidade que, além de permitir maior agilidade no

cumprimento de metas e objetivos compartilhados, possibilita uma troca e uma construção de conhecimentos e de informações⁶.

Estes profissionais precisam conhecer a realidade dos usuários e onde estes estão inseridos, e desta maneira, criar planos e estratégias educativas para trabalhar a promoção e a prevenção em saúde. A EM necessita criar vínculo com os usuários, transmitir confiança para que o trabalho possa ser executado com a participação da população e, assim, conseguir desenvolver credibilidade nas medidas oferecidas. Essa forma de educar poderá ser capaz de diminuir os agravos em saúde. Na arte de educar em saúde é necessário utilizar métodos que permitem a participação dos usuários porque é preciso sensibilizá-los, a fim de conscientizá-los sobre a necessidade de se conservarem saudáveis por meio de hábitos, comportamentos e atitudes que promoverem a sua qualidade de vida.

O profissional enfermeiro, integrante da equipe multiprofissional, além de outras funções possui a competência legal de exercer a consulta de enfermagem (CE). Ela é um importante instrumento capaz de contribuir para a co-responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, subsidiando condições para uma atuação direta e independente com o usuário. A consulta de enfermagem é um momento no qual o paciente e o profissional se relacionam, trocam ideias e conhecimentos, de forma que as questões existenciais também sejam percebidas, conduzindo à reflexão em busca de estratégias que proporcionem uma vida com melhor qualidade para a pessoa que procura o serviço⁷.

Com base nesse contexto objetiva-se conhecer o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde na perspectiva dos usuários.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa⁸. O estudo teve como cenário o município de Rio Grande/RS, mais precisamente os usuários portadores de Hepatite B e ou C ou Aids, internados nas enfermarias da unidade de Clínica Médica ou em atendimento no Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) e ou Hospital Dia AIDS, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, que freqüentam as UBS para o atendimento de suas necessidades de saúde.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande sob o protocolo nº 160/2013, e, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os 08 participantes do estudo foram contatados e convidados, pessoalmente, para participar do estudo, momento em que foi explicado o objetivo da

pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado dia e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial, e, lhes foi garantido o anonimato das informações.

Para conhecer a realidade do atendimento prestado ao usuário na UBS e, principalmente, avaliar a participação do enfermeiro foi criado um instrumento norteador para direcionar as questões a investigar. Cada participante do estudo teve a oportunidade de responder com suas próprias palavras como percebe o atendimento recebido na UBS.

Para preservar o anonimato dos sujeitos se utilizou códigos: H para os portadores do HIV, HB para os portadores da hepatite B e HC para os portadores da hepatite C, acrescentando um algarismo arábico, iniciado em 1, enumerando de forma subsequente as demais, conforme a sequência das entrevistas realizadas. Ex.: H1; H2; HC3; H4; HB5; H6; H7 e H8.

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde⁹ que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como, os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica.

A análise e interpretação dos dados baseou-se no método da análise temática, que permite conhecer a realidade dos sujeitos e compreender as suas necessidades, sentimentos, emoções e aspirações⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de conhecer o perfil do entrevistado, e conseguir entender as suas ponderações a respeito das respostas da entrevista, foram inseridos no instrumento de pesquisa dados sociodemográficos referente a patologia, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, profissão e se está recebendo o benefício criado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

SUJEITO:	PATOLOGIA:	IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	GRAU INSTRUÇÃO:	PROFISSÃO:	BENEFICIO LOAS:
H1	HIV	48	M	Solt.	Iº completo.	Costureiro/ Profissional do Sexo	Não
H2	HIV	48	M	Solt.	médio completo	Profissional do Sexo Pensionista	Sim
HC3	Hepat. C	41	F	Solt.	Nível superior incompleto	Téc. De enfermagem	Não

H4	HIV	66	F	Viúva	4ª série fundamental	Pensionista	NÃO
HB5	HIV	37	M	União estável	médio completo	Camareira	NÃO
H6	HIV	36	M	Solteiro	Iº completo	Pescador embarcado	NÃO
H7	HIV	42	F	Solteira	Iº completo	Pensionista	SIM
H8	HIV	31	F	Solteira	superior completo	Pensionista	SIM

Dados da pesquisa organizados por Vieira e Siqueira (2014)

Os dados em relação a faixa etária variaram de 31 a 66 anos, sendo que 50% dos entrevistados encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, 37,5% estão na faixa etária dos 30 ao 39 anos e 12,5% com 66 anos. Quanto ao grau de instrução percebe-se que somente um entrevistado tem curso superior completo, 01 com superior incompleto, 02 com médio completo, 03 com ensino fundamental completo e 01 entrevistado com a 4ª série do ensino fundamental. Em relação ao estado civil a maioria (06) afirmou ser solteiro, um com contrato de união estável e 01 viúva. Quanto a ocupação profissional 03 usuários do serviço de saúde recebem o benefício do LOAS, ou seja, são pensionistas, recebem um auxílio de um salário mínimo do governo para auxiliar no tratamento, por se encontrarem incapazes de atuar profissionalmente. Temos ainda 01 pensionista por morte do marido, 01 profissional do sexo, 01 técnica de enfermagem, 01 camareira e 01 pescador embarcado.

O usuário e seu atendimento na UBS

A UBS é uma unidade onde são prestados atendimentos primários aos usuários do serviço de saúde do SUS. O espaço da UBS é entendido como a Unidade de Referência ao atendimento das necessidades de saúde do usuário, de determinado espaço. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas em pediatria, ginecologia, e clínica geral. São realizados tratamentos odontológicos, e cuidados de enfermagem. As atividades de enfermagem envolvem principalmente: Inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica¹⁰.

As UBSs são de responsabilidade do município e se encontram em diferentes pontos da cidade destacando-se como a porta de entrada para o atendimento do SUS²⁻¹⁰. Para possibilitar o atendimento à saúde, vista de forma ampliada, existe a necessidade de uma equipe multiprofissional (EM). O trabalho em EM é considerado como uma fonte de

aprendizado, pois permite o diálogo interprofissional e, desta maneira, o conhecimento se torna mais abrangente possibilitando atingir maior número de necessidades dos usuários ⁶.

Em relação ao **atendimento** das necessidades do usuário, foi mencionado, pela maioria dos participantes, como satisfatório, destacando o médico como o profissional responsável por prestar os atendimentos, satisfazendo as suas necessidades, conforme evidenciamos fragmentos a seguir:

Sim, todas as vezes que procurei, às vezes não tendo médico, mas sempre fui bem atendido (H1).

O posto deixa muito a desejar [...] tu não tem uma triagem, tu não tem contato com técnicos e enfermeiros. Tu vai lá faz a ficha, és atendida pelo médico [...] tu vai para a consulta e o médico te diz o que tu precisa, ou não precisa [...] (HC3).

Sim, já usei o serviço do posto lá onde moro e o médico me atendeu [...] (H4).

Sim, já usei o serviço de saúde e fui bem atendida pelo médico [...] (HB5).

Sim, já usei e fui bem atendida pelo médico e consegui resolver meus problemas de saúde [...] (H7).

As falas dos entrevistados demonstram que o médico continua sendo o profissional que detém a assistência aos usuários do serviço de saúde, ou seja, que realiza a consulta médica. O enfermeiro não aparece como um profissional ativo nesses serviços porque não exerce ações de promoção e prevenção em saúde ao usuário e sua família. Quando se menciona a consulta de enfermagem ele não a realiza, apenas encaminha o usuário ao médico. O enfermeiro no momento da consulta de enfermagem poderia aproveitar para conhecer melhor os usuários do serviço, e, além disso, desenvolver a educação em saúde, atividade que lhe cabe legalmente, tendo como objetivo, no presente caso, a promoção e prevenção das doenças crônicas transmissíveis.

Em estudo realizado com 53 usuários, por Medeiros¹¹ que estavam à espera de atendimento na UBS em um município de médio porte do Brasil, apresenta-se dados que vem ao encontro da fragilidade percebida no transcorrer da presente pesquisa ressaltando o atendimento médico em detrimento dos demais profissionais da saúde que prestam atendimento à saúde do usuário. Os pesquisadores observaram uma demanda de 94,3% de atendimento para a consulta médica, em discrepância com o atendimento da enfermeira de 54,7%. Para os autores isso revela uma organização do processo de trabalho estruturado no modelo biomédico.

Ainda que os dados, da presente pesquisa, sejam distintos em relação aos levantados por esses pesquisadores, denota-se a existência de semelhanças, pois a consulta médica é

preferência dos usuários, enquanto que a consulta de enfermagem sequer foi mencionada. A ausência dessa função pelo enfermeiro pode significar carência de preparo para exercê-la, falta de segurança por parte do enfermeiro, deficiência de interesse por parte do profissional, estrutura administrativa/gerencial centrada na atenção médica, ou seja, modelo biomédico, e, portanto, não permitindo e ou dificultando o exercício profissional legal aos demais profissionais, e ou outros fatores capazes de prejudicar o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Visualiza-se carência de publicações nas bases de dados em relação a satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido pelo médico. Pesquisa realizada no estado do Ceará, sobre a relação de médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família, com amostra de 400 pacientes, sendo 200 da zona urbana e 200 da zona rural, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, evidenciou que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso uma série de problemas surge quais sejam: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas. Em relação aos aspectos psicossociais, na maioria das consultas (91,4%), os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes¹².

Nesse mesmo alinhamento de pesquisa em relação a satisfação dos usuários do SUS, os entrevistados avaliaram o atendimento médico como “bom” (71,9%) dos respondentes e “muito bom” (17,29%) como “regular” e (9,92%) como “ruim” ou “muito ruim”¹³.

Esses dados levam a inferir que a consulta médica, sob diversos aspectos não consegue contemplar, em muitos casos, as necessidades do usuário e, assim corrobora evidências semelhantes aos dados expressos pelo usuário H2 e HC3 da presente pesquisa:

“Algumas vezes sim, mas às vezes deixou a desejar[...], “Já utilizei e tive parcialmente (necessidades atendidas), não foi tudo. Entretanto, em relação à satisfação no atendimento médico, mesmo com alguns problemas, este por sua vez, continua sendo o profissional que detém a assistência aos usuários do serviço de saúde, realiza a consulta, no modelo tradicional e, em muitos casos, não alcança os resultados desejados pelo usuário.

Nesse íterim, nos espaços em estudo, quando se buscou conhecer a respeito do atendimento às necessidades do usuário, o enfermeiro ainda não se destaca como um profissional ativo nesses serviços, momento esse que poderia ser utilizado para conhecer as necessidades do usuário do serviço e desenvolver a educação em saúde.

Identificação e atendimento na UBS realizado por enfermeiro

O enfermeiro como membro integrante da EM possui uma função de grande importância no cuidado aos usuários. É o profissional que passa mais tempo com o indivíduo que necessita de cuidados favorecendo a coleta de informações e oportunizando dispensar orientações para possibilitar a educação em saúde junto ao usuário e sua família. Ele, juntamente com os demais profissionais integrantes da EM elabora planos e estratégias no intuito de desenvolver ações educativas, busca soluções para reparar os agravos originados de eventos adversos, mas procura, no transcorrer do cuidado, focar o processo educativo frente às situações que surgem, com o propósito de facilitar a (re) inserção do usuário nas atividades cotidianas sempre que possível, com o menor dano, após o seu restabelecimento.

A função do enfermeiro é de estar com o outro, participando, articulando e, assim, contribuindo, de forma integral na promoção, prevenção e também na recuperação da saúde dos usuários. Ao atuar como articulador do cuidado e interagir de forma ativa e participativa no pensar e fazer, a enfermagem colabora na práxis de outros profissionais da equipe multiprofissional (EM), tendo como objetivo a resolutividade e o bem estar dos usuários dos serviços de saúde⁶. O enfermeiro possui função importante tanto nas ações de prevenção da doença como na promoção da saúde. Na prevenção cabe-lhe realizar atividades como pré-natal, programas de vacinação, assistência à saúde pública e participar do processo de educação em saúde¹⁴.

Com relação à promoção da saúde do usuário os enfermeiros podem atuar em diversos ambientes de trabalho, seja na própria UBS, na comunidade ou, até mesmo, em serviços de referências como hospitais, clínicas, escolas, creches, entre outros espaços. A divulgação do conhecimento referente à promoção da saúde pode ser realizado utilizando uma diversidade de estratégias/formas: palestras, conferências, vídeos, grupos, diálogo e especialmente a consulta de enfermagem.

Ao questionar os entrevistados sobre a identificação, o atendimento e a presença do enfermeiro no momento do seu atendimento, responderam que:

[...] eu consigo identificar, eles estão de branco e tem escrito o nome deles no bolso do uniforme. (H6).

Sim identifico pela cor da roupa [...] (H7).

Ao analisar esses relatos apreende-se que os participantes identificam o profissional enfermeiro pela cor do seu uniforme e pelo nome escrito no bolso, característica essa que os diferencia de outros profissionais atuantes no mesmo espaço de trabalho. Porém a expectativa

era encontrar um profissional atuando ativamente na UBS, realizando o acolhimento, orientações de promoção e prevenção em saúde, desempenhando atividades profissionais próprias da enfermagem, como a consulta de enfermagem, portanto, destacando-se pelas ações junto ao usuário.

Quanto a identificação pelo uso do uniforme, em trabalho publicado em ^{15:26} os autores destacam o significado do uniforme como um

tipo específico de vestimenta para determinada categoria de indivíduos e identifica-os como pertencentes a um grupo ou a uma instituição. Caracterizando a figura de quem o está usando, o uniforme funciona como objeto disciplinador, uma vez que padroniza as atitudes e comportamentos de quem o veste, seja ele uniforme militar, religioso, escolar ou, como no caso em estudo, profissional.

Vestir um uniforme determinado significa estar apropriadamente vestido para pertencer a um determinado grupo, constitui envolvimento com ele e conformação com seus padrões sociais¹⁵. O uniforme tem valor simbólico e significado moral, colocando quem o veste sob censura, uma vez que as consequências de suas atitudes, para bem ou mal, recairão sobre o grupo a que pertence.

Alguns entrevistados relataram reconhecer e manter um contato com enfermeiro, no momento que realizam a **triagem** e são encaminhados para o médico.

Automaticamente ao chegar no posto o enfermeiro se identificou, fazendo a triagem, vendo qual o meu problema e agendando a consulta médica [...] (H1).

[...] sim porque ele atua na equipe do meu bairro [...] quando eu falava meu problema me encaminhava direto para o médico (H2).

Sim no meu posto de saúde eu sei quem é quem, vou direto ao enfermeiro. O enfermeiro me atende ele faz a triagem para depois passar para o médico (H8).

O enfermeiro para os entrevistados H1, H2 e H8, é identificado por ser o profissional que realiza a triagem antes da consulta médica. O enfermeiro, visto dessa maneira, pode possuir a possibilidade de vínculo inicial com usuários do serviço de saúde.

Segundo o parecer N° 005/2010 nas Unidades Básicas de Saúde os pacientes passam inicialmente por uma “pré-consulta” onde são aferidos sinais vitais, peso, altura, dentre outros parâmetros. Posteriormente são atendidos pelo Enfermeiro na Consulta de Enfermagem, e/ou pelo Médico ou outro profissional na consulta específica. No âmbito hospitalar, a triagem como classificação de risco, tem como objetivo ordenar a fila, possibilitando a devida prioridade no atendimento médico.¹⁵ A triagem, em geral, visa conter o excesso de demanda e/ou escassez de médicos no quadro de funcionários das UBS e solucionar os conflitos do cotidiano do trabalho, advindos da organização do serviço nas UBS tradicionais¹⁶.

O entrevistado HC3 identifica o enfermeiro por estar realizando serviço burocrático.

Sim identifico, porque está sentada em uma mesa preenchendo papéis, mas tu não tem contato com o enfermeiro (HC3).

O participante ao declarar que não tem contato com o enfermeiro demonstra que sente falta de aproximação do profissional enfermeiro, que se encontra envolvido com papéis. A atenção deveria estar voltada ao ser humano que busca auxílio para suas necessidades, mas pode parecer que os papéis possuem uma significativa importância em detrimento ao atendimento do usuário, pois a “burocracia” ocupa boa parte do seu tempo de trabalho. Esse aspecto, por vezes, acaba se distanciando de uma assistência mais efetiva com os usuários, restringindo seu atendimento de forma superficial, procurando saber à queixa do usuário e direcionado para consulta médica, assim, se eximindo de uma assistência mais completa e qualificada

Dados semelhantes foram apontados em pesquisa realizada com 20 auxiliares de enfermagem de 03 UBS do tipo tradicional da zona leste do município de São Paulo¹⁶, o enfermeiro foi visto em uma concepção burocrática e administrativa, responsável em realizar o trabalho administrativo, relativo à burocracia. Destaca-se por ser o profissional que cuida de papéis, o que remete a um sentido pejorativo, dado pela associação entre a abundância de papéis e o rigor das normas institucionais. Os pesquisadores apontam que esse fato pode ser decorrente das demandas geradas pelas instituições, bem como da divisão social do trabalho, que atribui à assistência direta a auxiliares e técnicos de enfermagem, determinando ao enfermeiro aspectos burocráticos.

Entretanto, pontua-se que o enfermeiro diante do processo de cuidado que lhe cabe na sua prática diária, desenvolve atividades de gerenciamento que engloba o processo de gerenciar uma unidade, com o objetivo de prestar o cuidado de enfermagem ao usuário. Além de desempenhar procedimentos de enfermagem ao usuário, incumbe-lhe de modo particular e intransferível realizar a consulta de enfermagem, verificando as necessidades do usuário num contexto holístico, isto é, abrangendo os domínios biológico, psicossocial e espiritual para, a partir dos mesmos, oferecer orientações de promoção e prevenção em saúde aos usuários que procuram esse serviço. O contexto holístico, no entanto, precisa levar em consideração as relações que se estabelecem entre as diversas dimensões e estimar o processo do cuidado de enfermagem como um todo articulado, interdependente e influenciável.

Se tudo se encontra inter-relacionado, interdependente, influenciando-se mutuamente de forma dinâmica, então a concepção sistêmica “vê o mundo em termos de relações e de integração [...] embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza

do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes”^{17:260}. Essa concepção amplia o conceito de educação em saúde e, conseqüentemente, o do processo de ensino aprendizagem. As decisões, ainda que, concebidas como atos individuais e intransferíveis apoiam-se em informações, conhecimentos e valores capazes de prover orientações sobre as perdas e ganhos advindas da tomada de decisão.

Neste contexto emerge a necessidade da gerência do cuidado exercida como função privativa do enfermeiro. Ela mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado. Ela ocorre por meio de um exercício contínuo de fazer escolhas e elaborar planos com o usuário para realizar ou colocar uma determinada ação em prática¹⁸.

As escolhas possuem como base o livre arbítrio, dom recebido gratuitamente e que permite optar entre o bem e o mal, entre o que faz bem ou prejudica a vida, mas as opções do ser humano terão como base o contexto no qual vive, portanto, numa estreita inter-relação com os elementos que formam o seu espaço/ambiente, ou seja seu ecossistema¹⁹.

A enfermagem como uma das profissões que integra o cenário da saúde, visto como um sistema de organização complexo e que apresenta múltiplas conexões e inter-relações entre os seres humanos, caracteriza-se pelo conhecimento próprio e suas ações interativas com o ser cuidado a qual possui possibilidades de realizar as adaptações necessárias para atender às novas exigências apresentados de acordo com cada contexto histórico, social, político e econômico.¹⁸.

Neste sentido, a enfermagem é percebida como uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde e cabe a essa o compromisso, junto aos demais profissionais, da viabilização do SUS, incentivando a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde para atender às necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição²⁰.

Consulta de Enfermagem na UBS

Os entrevistados ao serem questionados se alguma vez já realizaram consulta de enfermagem (CE) com o enfermeiro e se receberam orientações a respeito da sua saúde afirmaram não ter realizado CE e alegaram enfaticamente consultar com o médico, somente 01 participante (H2) disse que já realizou consulta com enfermeiro, mas no hospital e não na UBS.

“Nunca realizei consulta com o enfermeiro, somente com o médico” (H1).

“Não, nunca. Na Unidade Básica de Saúde não, somente no hospital” (H2).

“Não nunca recebi” (HC3).

“Nunca realizei consulta da minha saúde com o enfermeiro” (HB5).

“Não nunca realizei consulta com o enfermeiro, sempre como médico (H6)

Percebe-se que o enfermeiro ainda não se apoderou de algumas funções que lhe cabem por direito, sendo uma delas a CE. Ao exercer o gerenciamento do serviço de enfermagem e realizar procedimentos técnicos de enfermagem não o eximi dessa função legal privativa e intransferível. Ela representa uma estratégia importante para fonte de informações e orientações significativas referentes às questões específicas da saúde, assim como para auxiliar ao usuário na participação ativa no processo de autocuidado.

Os dados da presente pesquisa são semelhantes ao trabalho de campo realizado em uma UBS do município de São Paulo ²¹, no qual o entendimento da consulta de enfermagem foi traduzida, pela maioria dos usuários, como uma triagem, uma atividade onde são classificados, selecionados e identificados os problemas de cada paciente, que procura a unidade, distribuindo-os para diversos especialistas. As semelhanças referem-se, especialmente, a forma utilizada para o encaminhamento, ou seja, distribuição dos usuários aos respectivos médicos para realizar as consultas e orientações e a não realização da CE.

A enfermagem ao abdicar essa ação infringe parte de sua verdadeira função profissional que segundo a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências decreta no Art. 8º como funções privativas do enfermeiro:

- a) direção do órgão de enfermagem, integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia do serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e administrativas nas empresas prestadoras de serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; [...]
- i) consulta de enfermagem;**
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas ^{22:1}.

Conseqüentemente a CE é uma tecnologia de trabalho, caracterizada como relacional do cuidado, que precisa ser utilizada pelo enfermeiro. A lei ao outorgar essa função privativa do enfermeiro propõe que este não pode eximir-se dessa atividade além de privar o usuário do direito de receber esse cuidado. Ela é um método no qual o enfermeiro possui autonomia de ação para detectar precocemente a necessidade de reforço para manter a saúde, desenvolver estratégias pertinentes ao cuidado, desenvolver orientações em saúde, realizar a prescrição dos cuidados de enfermagem, executar cuidados diretos ao usuário. Neste sentido, concebe-se a

CE como a função do enfermeiro que permite visualizá-lo exercendo a sua profissão com autonomia, dando visibilidade aos seus conhecimentos específicos e fazendo-se respeitar pelo seu pensar e fazer enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento nas UBS ainda se encontra centrado na consulta médica evidenciando o modelo biomédico, como de preferência dos usuários. No entanto, este ainda está distante de ser um modelo de atendimento satisfatório, ou seja, que venha efetivamente a satisfazer as necessidades dos usuários.

Atualmente, as pessoas não possuem somente a necessidade de terem um diagnóstico do agravo de sua saúde, mas sentem-se mais satisfeitas quando lhes é explicado de forma clara e objetiva o tratamento a ser seguido e o que é indicado para o não agravamento de sua saúde. Para isso o profissional médico deveria dispor de uma atenção maior em suas consultas, explicando ao usuário os detalhes da sua patologia, os sinais e sintomas de um possível agravamento ou melhoria, progressão, tratamento e a existência da possibilidade de cura ou não. Além disso, seria o momento de ampliar o diálogo para investigar, não somente os sinais e sintomas do agravo da saúde, mas ir além, vendo a pessoa que está consultando e não somente a doença em si.

Neste sentido, os profissionais necessitam estar abertos a outras indagações que possam surgir no transcorrer do período ou a *posteriori* ao atendimento pois, muitas pessoas só irão pensar a respeito de sua situação e o que lhe foi informado após uma reflexão e, conseqüentemente, muitas dúvidas surgem em relação a seu futuro bem como ao que não conseguiu entender ao que lhe foi dito.

Entre as dificuldades no atendimento tradicional destaca-se a centralidade na ação do médico com base na doença, não atendimento do usuário na sua multidimensionalidade biológica, psicossocial, cultural e espiritual, pouca valorização do saber específico dos demais membros da equipe de saúde, relacionamento médico-paciente com diminuição ou até mesmo ausência de diálogo e encontro/horário cada vez mais reduzido, sem possibilidade de investigação mais apurada.

Essas dificuldades desencadeiam problemas para desenvolver o trabalho em saúde envolvendo a EM uma vez que o médico ainda é referenciado dentro do espaço de trabalho como o profissional que detém o saber, o poder de atuação com o usuário, e não desenvolve junto aos seus colegas ações em equipe, dividindo saberes, o espaço e valorizando a construção da saúde no coletivo. Portanto, faz-se necessário que os membros da EM,

procurem conquistar o seu espaço pela forma de atuação, exercendo as suas funções com profissionalismo, ética, dedicação, com base nas suas competências e amparados pelo direito que lhe cabe pela legislação profissional.

O enfermeiro, integrante das UBS em estudo, apresenta uma atuação fragilizada, pois evidenciou-se que ele não assume, seu espaço frente à assistência prestada aos usuários. Não foi reconhecido por prestar cuidados de enfermagem, mas porque veste um determinado uniforme, ou está sentado envolvido com papeis. O mesmo não se vale da CE que é um importante instrumento, uma tecnologia relacional, a ser utilizada legalmente no atendimento ao usuário. Ele possibilita a troca de conhecimentos entre usuário e profissional no intuito de conduzir à busca de estratégias capazes de obter informações, aplicar os seus conhecimentos específicos e, assim, proporcionar melhorias na qualidade de vida para a pessoa que procura o serviço de saúde. É esse o verdadeiro destaque que deveria distinguir e identificar o profissional enfermeiro. O valor simbólico não pode ficar vinculado a um uniforme ou atrelado a atividades de ordem burocrática.

O processo gerencial do enfermeiro precisa envolver de forma ampla os recursos, tanto físicos como humanos, necessários para atender, de maneira integral às necessidades biológicas, psicossociais, culturais e espirituais dos usuários. A CE lhe proporciona um espaço no qual pode exercer a profissão com autonomia dando visibilidade aos seus conhecimentos e fazendo-se respeitar como profissional, tanto no seu pensar, fazer e ser.

Esta pesquisa propõe a repensar a importância do enfermeiro na assistência nos serviços de saúde e sua ocupação de forma a compartilhar e dividir saberes com os integrantes da EM, visando a um atendimento mais eficaz do público que faz o uso dos serviços.

Em relação à temática, reitera-se a necessidade de novas pesquisas com a finalidade de aprofundar o conhecimento, pois certamente, aspectos ainda não devidamente esclarecidos e outros sequer detectados, poderão ser elucidados e aprofundados.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Seção II da Saúde. Disponível para visualização em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html. Acesso em 30 de março de 2013.
2. SILVA, J. R. de S. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento inter-relações - um olhar de enfermagem. Rio Grande, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade federal do Rio Grande, 2006.
3. BRASIL. Ministério do Planejamento. Unidade Básica de Saúde. Disponível para visualização em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em 21 de maio de 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Atenção à Saúde. – Brasília Ministério da Saúde, 2006.
- 5 RODRIGUES, C.R.F. Do programa de Saúde da Família Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z.N. (org.) Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1ª Ed. São Paulo. Martinari, 2011.
6. SIQUEIRA, H.C.H. de; CECAGNO, D.; GALLO, C.M.C.; SILVA, J.R.S.de. O ser humano e o trabalho na equipe multiprofissional de saúde. In: SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q. L. C (org). Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas. Pelotas/RS: Editora e Gráfica Universitária, 2009.
7. MACÊDO, S.M; SENA, M.C.dos. S; MIRANDA, K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. RevBrasEnferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 196-20.
8. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Pesquisa. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível para visualização em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 13 julho de 2013.

- 10 BRASIL. Ministério do Planejamento. Unidade Básica de Saúde. Disponível para visualização em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em 14 de agosto de 2012.
11. MEDEIROS, F. A.; et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*. Volume 12 (3), Junho 2010.
12. CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica entre médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva* 9 (1): 139-146, 2004.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral. 2011. Disponível para visualização em: http://www.conass.org.br/pdf/relatorio_final_pesquisa_satisfacao.pdf. Acesso em: 22 junho de 2014.
14. NETTINA, S. M. *Prática de enfermagem*. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
15. PERES, M.A. de A.; BARREIRA, I. de A. Significado dos uniformes de enfermeira nos primórdios da enfermagem moderna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 7, núm. 1, abril, 2003, pp. 25-38.
16. SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(4):915-2.
17. CAPRA, F.A. *Ponto de Mutação*. 30ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.
18. MEDEIROS, A. C. *Gestão do cuidado de enfermagem na uti: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas*. Tese de Doutorado Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2013.
19. SANTOS MC, SIQUEIRA HCH, SILVA JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2009.30:437.
20. FERNANDES, M.C.; et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 11-5.

21. DELMICOZ, C; CARVALHO,M.J.;NOGUEIRA, V. A percepção da equipe de enfermagem frente à consulta do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Coletiva 2006;03(10):44-48.

22. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe do exercício da enfermagem e da outras providências. Disponível para visualização: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 22 de junho de 2014.

5.2 SEGUNDO ARTIGO

Prevenção das doenças crônicas transmissíveis: significado segundo usuários de unidades básicas de saúde⁷

Flávio Peraça Vieira⁸

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁹

RESUMO: **Objetiva-se** conhecer os significados da prevenção das doenças crônicas transmissíveis, segundo os usuários de unidades básicas de saúde. **Metodologia:** Pesquisa de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 08 participantes, portadores de Hepatite B e C ou Aids no município do Rio Grande/RS iniciou após a aprovação do Comitê de Ética, conforme protocolo 160/2013. **Resultados e Discussão:** Os resultados evidenciam que os participantes sabem o significado de prevenção e conhecem as formas de contaminação, mas esse conhecimento não foi suficiente para sensibilizá-los para o cuidado de si, em relação ao contágio. **Considerações finais:** O tema prevenção deve ser desenvolvido com a participação dos usuários dos serviços de saúde, ajudando-os na construção do conhecimento. O enfermeiro é um profissional que tem como uma de suas funções a educação em saúde atributo relevante nesse processo de educar em saúde.

Palavras Chaves: doenças transmissíveis; educação; prevenção de doenças; enfermagem.

Abstract: the objective is to know the meanings of the prevention of chronic diseases, according to users of basic health units. **Methodology:** Survey of descriptive and exploratory, qualitative approach. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 08 participants, carriers of Hepatitis B and C or AIDS in Rio Grande / RS. **Results and Discussion:** The results show that participants know the meaning of prevention and know the ways of contamination, but this knowledge was not sufficient to sensitize them to the care of the self in relation to contagion. **Final Thoughts:** The prevention theme should be developed with the participation of users of health services, assisting them in constructing knowledge. The nurse is a professional who has as one of its functions in health education relevant attribute in the health education process.

Key words: communicable diseases; education; prevention of diseases; nursing.

⁷ Este artigo extraído da Dissertação de Mestrado será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, cujas normas podem ser acessadas em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>

⁸ Enfermeiro, Especialista e Mestrando do Programa de Pós Graduação em de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa - Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil. Rua Padre Felício 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81357035 E-mail: enfovieira@gmail.com.

⁹ Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Docente e pesquisadora da Anhanguera Educacional Pelotas/RS, Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedih@terra.com.br.

Resumen: el objetivo es conocer el significado de la prevención de las enfermedades crónicas, según los usuarios de unidades básicas de salud. Metodología: Encuesta de enfoque descriptivo y exploratorio, cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con 08 participantes, portadores de la hepatitis B y C o el SIDA en Rio Grande / RS. Resultados y Discusión: Los resultados muestran que los participantes conocen el significado de la prevención y conocen las formas de contaminación, pero este conocimiento no fue suficiente para sensibilizarlos sobre el cuidado de sí en relación con el contagio. Consideraciones finales: El tema de la prevención debe ser desarrollado con la participación de los usuarios de los servicios de salud, ayudándoles en la construcción del conocimiento. La enfermera es un profesional que tiene como una de sus funciones en la educación sanitaria atributo relevante en el proceso de educación para la salud.

Palabras clave: enfermedades transmisibles; la educación; prevención de enfermedades; enfermería.

INTRODUÇÃO

A prevenção pode ser entendida como uma ação antecipada que impede que as doenças se manifestem ou se agravem, a mesma é baseada na análise dos indicadores de risco, vulnerabilidade por meio de estudos epidemiológicos e de um mapeamento da região e das características da população dessa localidade. Alguns autores incluem ações educativas na prevenção, tais como: campanhas para informação, conscientização da população acerca das doenças, recomendações normativas em relação as suas atividades, motivando-a para mudanças de hábitos cotidianos capazes de interferir na saúde¹.

Atualmente, a prevenção se apresenta em três níveis: primário, secundário e terciário. O nível primário compreende a prevenção total de uma condição, no nível secundário é a identificação precoce de um distúrbio e as medidas tomadas para acelerar a recuperação. E no terciário é prestada a assistência para minimizar os efeitos de um distúrbio e prevenir suas complicações a longo prazo². Então, prevenir é muito mais do que somente a cautela de eliminar a possibilidade de instauração de um agravo. Ela abrange os mais diversos momentos do processo saúde-doença-cuidado.

Nessa linha de pensamento, apreende-se a prevenção como a ajuda a realizar às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos utilizados pela EM para atacá-la. O enfermeiro é um dos membros que compõem a equipe multiprofissional (EM) e encontra-se apto a atuar na prevenção e educação em saúde³. Ele possui amparo legal, expresso na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 do exercício profissional, para agir em diversas áreas que envolvam a educação tanto de novos profissionais da enfermagem, ou qualificação dos já existentes e, especialmente, a

atuação em educação e prevenção junto ao usuário. Portanto, cabe-lhe participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica. Compartilha, ainda, em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral

Entende-se que a função do enfermeiro é de estar com o outro, participando, articulando e, assim, contribuindo, na promoção, prevenção e também na recuperação da saúde dos usuários de forma integral. Ao atuar como articulador do cuidado e ao interagir de forma ativa e participativa no pensar e fazer enfermagem colabora na práxis de outros profissionais da EM, tendo como objetivo a resolutividade e o bem estar dos usuários dos serviços de saúde⁴.

O enfermeiro é um dos profissionais atuante nos três níveis de prevenção, sendo que na prevenção primária ele tem a oportunidade de trabalhar com o indivíduo na comunidade, auxiliando e desenvolvendo ações educativas capazes de despertar reflexões sobre a qualidade da saúde. Nos outros dois níveis, secundário e terciário, o enfermeiro também se encontra como agente educador, porém frente a uma patologia pré-existente. Nesse campo ele é capaz de auxiliar o usuário a conhecer sua patologia, e ensinar os cuidados que precisam ser observados para recuperar e ou manter-se com uma melhor qualidade de vida. Assim, [...] “a ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favoreçam o desenvolvimento da saúde, com vistas a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”^{5:285}.

Os cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida se relacionam com as atividades que mantêm a vida e estimulam as trocas de energia, elementos esses essenciais e fonte de energia vital: a luz, o calor, as relações com as pessoas etc. Buscando promover a vida. Enquanto os cuidados de reparação se baseiam em restabelecer os entraves e obstáculos que se instalaram e estão causando danos à saúde⁵. Certamente é preciso lutar contra a doença e eliminar as suas causas, mas esse cuidado não deve prevalecer sobre o de manutenção. Assim, é imperioso existir uma mobilização para que o cuidado de manutenção e continuidade da vida seja considerado uma atividade necessária e importante para energizar a pessoa e evitar o esgotamento das fontes de energia tanto física, afetiva, social, espiritual, cultural e, assim, evitar os obstáculos à vida.

Com base nesse contexto **objetivou-se** conhecer o significado da prevenção das doenças crônicas transmissíveis, segundo os usuários de unidades básicas de saúde.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa⁶. O estudo teve como cenário o município do Rio Grande/RS, mais precisamente, os usuários portadores de Aids, ou Hepatite B e ou C, de unidades básicas de saúde, internados nas enfermarias da unidade de Clínica Médica ou em atendimento no Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) e ou Hospital Dia AIDS, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o protocolo nº 160/2013, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os 08 participantes do estudo foram contatados e convidados, pessoalmente, para participar da pesquisa, momento em que lhes foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado dia e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial e lhes foi garantido o anonimato das informações.

Para conhecer como o usuário do serviço de saúde entende o significado da prevenção de doenças, foi elaborado um instrumento norteador para direcionar as questões a investigar. Cada participante do estudo teve oportunidade de responder com suas próprias palavras como percebe a prevenção das doenças transmissíveis HIV e Hepatite B e C.

Para preservar o anonimato dos sujeitos foram utilizados códigos: H para os portadores do HIV, HB para os portadores da hepatite B e HC para os portadores da hepatite C, acrescentando um algarismo arábico, iniciado em 1, enumerando-os de forma subsequente, observando a sequência das entrevistas realizadas. Ex.: H1; H2; HC1; HC2; HB1; HB2 etc.

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde⁷ que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como, os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98.

A análise e interpretação de dados baseou-se no método da análise temática, que permite conhecer a realidade dos sujeitos. Bem como avaliar e compreender as suas necessidades, sentimentos, emoções e aspirações em relação à temática em estudo⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de conhecer o perfil dos entrevistados, e conseguir entender as suas ponderações a respeito das respostas da entrevista, foram inseridos no instrumento de

pesquisa dados quanto à patologia, idade, estado civil, grau de instrução, profissão e se está recebendo o benefício criado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Usuário	Patologia	Idade	Sexo	Estado civil	Grau de instrução	Profissão	Benefício LOAS
H1	HIV	48	M	Solt.	1º completo.	Costureiro/ Profissional do Sexo	Não
H2	HIV	48	M	Solt.	Médio completo	Profissional do Sexo Pensionista	Sim
HC3	Hepat. C	41	F	Solt.	Nível superior incompleto	Téc. De enfermagem	Não
H4	HIV	66	F	Viúva	4ª série fundamental	Pensionista	NÃO
HB5	HIV	37	M	União estável	Médio completo	Camareira	NÃO
H6	HIV	36	M	Solteiro	1º completo	Pescador embarcado	NÃO
H7	HIV	42	F	Solteira	1º completo	Pensionista	SIM
H8	HIV	31	F	Solteira	Superior Completo	Pensionista	SIM

Fonte: dados da pesquisa organizados por VIEIRA e SIQUEIRA, 2014

Os dados em relação à faixa etária variaram de 31 a 66 anos dos entrevistados, sendo que 50% dos entrevistados encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, 37,5% estão na faixa etária dos 30 aos 39 anos e 12,5% com 66 anos. Quanto ao grau de instrução percebe-se que somente um entrevistado tem curso superior completo, 01 com superior incompleto, 02 com ensino médio completo, 03 com o ensino fundamental completo e 01 entrevistado com a 4ª série do ensino fundamental. Em relação ao estado civil a maioria (06) afirmou ser solteiro, um com contrato de união estável e 01 viúva. Quanto a ocupação profissional 03 usuários do serviço de saúde recebem o benefício do LOAS, ou seja, são pensionistas, recebem um auxílio de um salário mínimo do governo para auxiliar no tratamento, por se encontrarem incapazes de atuar profissionalmente. Temos ainda 01 pensionistas por morte do marido, 01 profissional do sexo, 01 técnica de enfermagem, 01 camareira e 01 pescador embarcado.

Significado de prevenção segundo o usuário

O documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ⁸ expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.

São consideradas atribuições comuns a todos os profissionais na PNAB: “[...] IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; [...]; VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo [...]”^{8:42}.

Com relação ao que significa para os entrevistados a prevenção das doenças transmissíveis 03 deles H1; HC3; H7 souberam explicar com suas palavras o que entendem como forma de prevenir em relação às doenças transmissíveis:

[...] prevenção seria eu levar adiante as informações para o meu meio e me cuidar é claro (H1).

[...] eu acho que é tu fazer grupos, seja dos diabéticos ou de paciente portador de alguma doença, seja como for. Mas tu promover o encontro dessas pessoas, para conversarem, falarem e exporem. E assim tendo o conhecimento vamos poder nos prevenir (HC3).

[...] a prevenção é se cuidar, usar camisinha, não usar drogas, não compartilhar aparelhos de barbear. E mais ou menos isso que eu sei (H7).

A prevenção aparece para os participantes H1 e HC3 como o resultado de troca de informações, realizada em grupos com usuários que portam a patologia, gerando uma forma de absorver e aplicar no dia a dia as medidas de prevenção. O sujeito (H7) relata os conhecimentos mais práticos, que não deixam de estar incluídos no processo de prevenção em saúde, quando se está produzindo o conhecimento junto aos usuários do serviço de saúde. Ao citar o uso da camisinha, não usar drogas e não compartilhar aparelhos de barbear demonstraram que conhecem algumas das vias de transmissão. Ao observar esses cuidados no dia a dia, essas condutas capazes de prevenir as doenças.

Corroboram com os dados da pesquisa realizada em uma universidade no interior do estado de São Paulo, com 300 estudantes matriculados, os dados obtidos por meio de um questionário auto preenchível e anônimo, apontaram que os jovens tem conhecimento sobre o HIV/AIDS compatível com seu grau de instrução. “Neste estudo com relação à via de

transmissão, 90% dos entrevistados citaram as drogas injetáveis e 84% o sangue como veículo de transmissão, sendo que as secreções sexuais aparecem em 67% das respostas e 22% acreditam que o vírus esteja presente na saliva”^{9:752}. Evidencia-se que tanto os entrevistados da presente pesquisa como na realizada com estudantes de São Paulo em parte existe o conhecimento em relação ao significado da prevenção, mas carecem de aprofundamento mais acurado sobre a prevenção da Aids.

Dados obtidos em estudo realizado com detentos do sexo feminino e masculino de uma penitenciária do Piauí demonstra, pelo relato dos entrevistados, que o uso do preservativo é considerado uma medida eficaz para interromper a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST)¹⁰. Essas semelhanças ratificam que a população possui conhecimento sobre algumas formas de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, como evidenciado no presente estudo, não basta possuir o conhecimento, mas é preciso adotar atitudes que favoreçam a manter-se saudáveis. Neste sentido, é preciso desenvolver a educação em saúde, utilizando métodos ativos dialógicos de forma contínua com a participação da população buscando sensibilizar e conscientizá-la do valor em manter-se saudável.

Formas de contaminação pelo HIV e Hepatite B e C: Conhecimento do usuário

As formas de transmissão dos agentes infecciosos podem ocorrer por intermediário vivo, ou seja, indivíduo infectado ou pelo contato de objeto ou material inanimado, capaz de causar a doença. A doença pode ser definida como um desajustamento ou uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos cuja ação está exposta. O poder invasivo é uma capacidade que o parasita tem de se difundir, através de tecidos, órgãos e sistemas anatomofisiológicos no hospedeiro. Há parasitas que se multiplicam em tecidos superficiais, há os que se multiplicam em vasos linfáticos e aqueles se instalam em órgãos¹¹.

O vírus da Imunodeficiência humana (HIV) pode ser transmitido pelo sexo desprotegido, via sanguínea (de mãe para o filho, no curso da gravidez, durante ou após o parto), pelo leite materno na amamentação e o uso compartilhado de seringas e agulhas não esterilizadas (como acontece entre usuários de drogas injetáveis). O vírus da hepatite B é altamente infectivo e facilmente transmitido através da via sexual; transfusões de sangue, procedimentos médicos e odontológicos e hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança; transmissão vertical (mãe-filho), contatos íntimos domiciliares

(compartilhamento de escova dental e lâminas de barbear), através de acidentes perfuro cortantes, compartilhamento de seringas e de material para a realização de tatuagens e “piercings”. A transmissão do vírus da hepatite C ocorre, principalmente, por via parenteral, pessoas que compartilham material para uso de drogas injetáveis, inaláveis, tatuagem, piercings, procedimentos médicos, odontológicos e de hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança. A transmissão do HIV e hepatites por transfusão de sangue e hemoderivados era muito comum (principalmente anterior ao ano 1993), quando ainda não eram realizados testes de todas as sorologias)¹².

As condições crônicas são definidas como condições médicas ou problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento de longo prazo. A condição pode ser decorrente de doença, fator genético ou lesão¹³.

A *acquired immuno deficiency syndrome* (Aids) é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus HIV. Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e doença sintomática. A infecção aguda surge algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações variadas. Nessa fase os sintomas são autolimitados e, quase sempre, a doença não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. A infecção assintomática possui duração variável de alguns anos. A doença sintomática, no caso da Aids é a sua manifestação mais grave da imunodepressão¹².

Os 08 entrevistados ao serem questionados se conheciam a forma de contaminação do HIV e Hepatites B e C, 06 relataram que conheciam a forma como poderia ocorrer a contaminação, conforme fragmentos a seguir:

Eu já sabia. Eu estava começando a me envolver com a ONG [...] (H1).

Sim, através da mídia, eu conhecia alguma coisa. O não uso do preservativo, não compartilhar seringas e no uso de drogas (H2).

Sabia por que eu trabalho na área da saúde, então sabia a forma de contaminação (HC3).

Eu conhecia assim, eu ouvia falar, na verdade um conhecimento de rua, conversando com conhecidos [...] (HB5).

Eu sabia de ouvir os colegas dizendo o fulano pegou o vírus da fulana e ai entendi que era pelo sexo (H6).

Sim eu sabia como a gente poderia se contaminar (H7).

As falas destacam como fonte de conhecimento sobre a forma de contaminação da Aids e Hepatite B ou C a mídia, participação em Organização não Governamental (ONG) H1,

H2, que trabalham com soros positivos HC3 e também aparece muito forte a conversa informal, conhecimento de rua, que auxiliou aos sujeitos a terem um conhecimento empírico de alguma das formas de contaminação dessas patologias (H2, Hb5, H6, H). Um dos sujeitos destaca que o conhecimento que possui a este respeito faz parte de suas atividades profissionais de técnico de enfermagem.

Esses dados apresentam semelhança com os de um estudo realizado com 30 mulheres portadoras de HIV/AIDS, que buscou dados sobre os conhecimentos prévios de transmissibilidade do HIV¹⁴. Os resultados evidenciaram que a maioria já tinha ouvido falar da Aids antes de receber seu diagnóstico. Ao relatarem como formas de transmissão as relações sexuais desprotegidas, seringas previamente utilizadas e sem esterilização, material hospitalar contaminado, transfusão com sangue não testado, os dados mostraram que havia conhecimento, por parte dos entrevistados sobre a forma de transmissão, de modo semelhante aos dados evidenciados, na presente pesquisa, os resultados também indicaram que apesar do conhecimento não conseguiram evitar a contaminação. Destaca-se o fato que os sujeitos possuíam conhecimento em relação aos modos de contaminação, adquirido pelos meios de comunicação (rádio e televisão) a respeito das formas de contaminação, mas assim mesmo se infectaram.

Corroborando com outro estudo¹⁰, realizado com 25 detentos do sexo feminino e masculino de uma penitenciária do Piauí, a maioria dos entrevistados relatou ter recebido algum tipo de informação sobre DST, sendo as palestras as apontadas como maior fonte de conhecimento sendo citadas como fontes de informação: escolas, hospitais, revistas e outros (pais, família, palestras, amigos e TV). Este estudo apresenta dados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa, pois os entrevistados relataram ter recebido algum tipo de informação por intermédio da mídia, seja ela impressa, televisiva ou outra forma, como as palestras.

Formas de contágio nos participantes

As doenças transmissíveis constituem importante causa de morte e ainda afligem milhões de pessoas, especialmente em países em desenvolvimento. O poder invasivo é uma capacidade que o parasita tem de se difundir, através de tecidos, órgãos e sistemas anatomofisiológicos no hospedeiro. Há parasitas que se multiplicam em tecidos superficiais, há os que se multiplicam em vasos linfáticos e aqueles se instalam em órgãos. A transmissão

dos agentes infecciosos pode ocorrer por meio de intermediário vivo, ou seja, indivíduo infectado ou pelo contato de objeto ou material inanimado¹¹.

As doenças transmissíveis em estudo continuam se alastrando de forma assustadora em todo território nacional, causando vítimas em todos os níveis sociais. No período de 1999 a 2011, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 120.343 casos confirmados de hepatite B no Brasil, sendo a maior parte deles notificados nas Regiões Sudeste (36,3%) e Sul (31,6%). No mesmo período, foram notificados 82.041 casos confirmados de hepatite C no Brasil, a maioria dos quais nas Regiões Sudeste (67,3%) e Sul (22,3%)¹⁵.

No ano de 2012 foram notificados 39.185 casos de Aids no Brasil, maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8). Nos últimos 10 anos se observou um aumento da taxa de detecção de Aids em 2%¹⁶.

Os dados mostram que a infecção pelos vírus do HIV e Hepatite B e C continua crescendo, isso demonstra que as pessoas não estão se cuidando como deveriam. Essa situação induz a um questionamento em relação às doenças transmissíveis: O que está faltando para um resultado mais eficaz na prevenção da Aids e Hepatite B e C? A educação em saúde das equipes de saúde não conseguem conscientizar a população a respeito dos graves consequências da Aids e Hepatite B e C.? Será que, as pessoas mesmo conhecendo as formas de transmissão, ainda assim não se cuidam devidamente, correm o risco por pensarem que não irá acontecer com elas?

Quando os entrevistados foram indagados a respeito de como ocorreu a sua contaminação, três deles H1, H2, H7 informaram que foi pelo sexo sem precaução; o sujeito HC3 refere ter sido por intermédio de uma transfusão de sangue e H4 apresenta dúvidas da sua forma de contaminação que não ficaram claras, por momentos desconfia de uma transfusão sanguínea realizada no passado e em outros levanta a hipótese da contaminação ter sido por intermédio do seu próprio marido; (HB5) não sabe dizer como se contaminaram e dois sujeitos (H6, H8) relataram que a contaminação pode ter ocorrido pela injeção de drogas.

[...] Quanto a minha contaminação foi com um parceiro fixo, que tinha 18 anos de relacionamento, dizia ele não saber. Só fiquei sabendo quando ele adoeceu e a doença estava em um estágio avançado e ele veio a falecer (H1).

[...] A minha contaminação foi o sexo sem o uso de preservativo (H2).

[...] A minha contaminação foi pelo sexo, ele era usuário de drogas e eu não me cuidava ao transar com ele (H7).

[...] A minha contaminação acho que foi de uma transfusão que fiz há muitos anos ou se meu marido tivesse com a doença, porque quando ele faleceu, estava muito complicado tinha de tudo. Ele faleceu com tuberculose, os médicos estavam fazendo mais exames, mas não deu tempo de sair o resultado na época, era muito demorado (H4).

[...] eu não sei dizer como eu peguei o vírus (HB5).

Um dos entrevistados alega ter-se contaminado durante o processo de transfusão sanguínea, conforme podemos comprovar em suas falas.

[...] Tudo indica que fui contaminada numa cirurgia, eu fiz a cirurgia para a retirada de um tumor, e aí tive uma hemorragia interna e tive que usar sangue. Através de informações e conversas com os médicos e exames anteriores que eu tinha, se chegou à conclusão então que eu fui contaminada por uma bolsa de sangue, que estava contaminada (HC3).

Os sujeitos H6 e H8 relatam que podem ter se contaminado quando utilizavam drogas:

[...] a minha contaminação acredito eu que foi de não usar camisinha quando eu estava no efeito das drogas (crack) e álcool, quando saía com as meninas na noite (H6).

[...] eu fui usuária de drogas, principalmente cocaína, me injetei por muito tempo, hoje penso que foi por compartilhar as seringas (H8).

Esses dados reforçam que não basta repassar/transmitir a informação a respeito das formas de contaminação das doenças infecto contagiosas, seja de maneira informal, amigos, família, mídia, conversa entre amigos, de rua ou mesmo por métodos científicos como palestras, cursos, discussão em grupos. As modalidades utilizadas não foram suficientes para conscientizar os entrevistados a respeito do risco de adquirir a doença, pois a maioria correu o risco e se contaminou. Esse resultado suscita questionamentos a respeito dessa problemática: O que poderia ser feito para mudar essa situação? Como interferir para diminuir o crescente número de infectados de HIV e Hepatite B ou C?

Historicamente o processo ensino-aprendizagem possui diversas nuances e fases, com ênfase, especialmente, na forma como se realiza o método utilizado. O contexto, influenciado pelos aspectos econômicos, filosóficos, socioculturais busca, de maneira constante, adaptar-se para às necessidades do ser humano, comunidade e sociedade¹⁷.

O processo ensino aprendizagem na saúde, para acompanhar essas mudanças que se processam de maneira dinâmica, precisa ficar atento e utilizar os métodos interativos junto à população que favoreçam a participação dos usuários nos resultados para uma melhor qualidade de vida.

As medidas educativas se devem voltar para um processo em que o usuário participa ativamente na mudança do seu comportamento e atitudes visando a manter e ou recuperar a sua saúde. Ao entender como deve ser realizada a promoção e a prevenção em saúde no seu dia a dia, conseguindo reconhecer quando um agravo está acometendo seu organismo poderá procurar assistência especializada para dar início aos cuidados necessários. Assim, as orientações do enfermeiro em relação à promoção e prevenção devem gerar reflexos positivos na qualidade de vida dos usuários dos serviços e ações de saúde.

A ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vistas a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente. Residindo uma grande diferença entre cuidar e tratar, ela distingue a natureza dos cuidados ligados às funções da vida: os ligados às funções de **manutenção**, de continuidade da vida e os de **reparação** ao que constitui obstáculo à vida⁵.

A prevenção é compreendida como uma ação/atividade antecipada que impede que as doenças se manifestem ou se agravem, apreende ações educativas, tais como campanhas para informação e conscientização da população acerca de doenças¹. Também inclui as ações capazes de promover a saúde e prevenir os agravos que a doença pode originar.

A prevenção é abrangente e inclui

as ações dos profissionais de saúde, mas não só. A estes cabe uma importante parcela da ação preventiva: a decisão técnica, a ação direta e parte da ação educativa. O sucesso da prevenção em termos genéricos, na sua vertente de promoção a saúde, com vistas a uma sociedade sadia, só parcialmente depende da ação dos especialistas. No coletivo, a ação preventiva deve começar ao nível das estruturas socioeconômicas e políticas^{11:30}.

Seguindo nessa linha de pensamento, o processo de cuidado inicia-se por um levantamento das necessidades vitais do ser humano, família e comunidade e pela procura de uma forma de atender a essa demanda. As diferentes necessidades e de naturezas diversas apresentadas pelas peculiaridades de cada ser humano exigem, além de conhecimentos múltiplos, sensibilidade para que sejam percebidos os sinais que identificam o processo de saúde e doença. Para tanto, a primeira fonte de conhecimento é a pessoa, ou o grupo que está vivenciando a necessidade de manutenção ou recuperação da saúde. É importante para a descoberta das necessidades, saber escutar e compreender o que dizem as pessoas que procuram cuidados⁵.

Ensinar requer oportunizar que o indivíduo participe da própria construção do seu conhecimento¹⁸. Desse modo, fica claro que a aprendizagem é uma constante troca de saberes

entre orientador e orientando, no presente caso, por analogia, a troca se estabelece entre o enfermeiro e o usuário da UBS.

Para conseguir realizar troca de saberes, pode ser utilizada o método da educação “problematizadora”, onde se propõe uma forma mais crítica, aos seres humanos, fazendo-os refletir sobre como estão no mundo e como se acham no mundo¹⁸. Essa é uma forma de gerar uma ação de pensar e atuar entre educadores e educandos, no presente caso, entre o enfermeiro e o usuário.

Há necessidade de trabalhar com informações que chamem a atenção da comunidade, utilizando métodos com possibilidade de despertar a motivação necessária para dispô-la a cuidar da sua saúde. É preciso empregar linguagem clara, objetiva e acessível ao entendimento da comunidade. Além disso, se faz necessária a avaliação para verificar se a aprendizagem se processou, ou seja, se houve conscientização, sobre os aspectos discutidos. Neste sentido, o conhecimento não pode, simplesmente, ser transferido é preciso a participação, o envolvimento do usuário. Essa forma de proceder assegura uma maior possibilidade de efeitos positivos, ainda que haja o “livre arbítrio” do usuário, em escolher a forma como deseja viver.

Seguindo nessa linha de pensamento, assevera-se que ao respeitar a opinião do usuário o profissional da área da saúde não pode eximir-se de orientar o usuário sobre a necessidade de ajudá-los a manter um cuidado especial com sua saúde. Assim sendo, faz-se necessário conhecer a realidade, ou seja, o contexto no qual o usuário vive, trabalha e se desenvolve e utilizar uma linguagem capaz de fazê-lo entender o tema proposto porque não basta conhecer as formas de transmissão da Aids e Hepatite B ou C, mas é necessário que entendam os prejuízos para a sua saúde, a influência e malefícios no seu processo de viver e a partir desta conscientização possam decidir sobre a forma de cuidar-se.

Pesquisa realizada no centro de testagem e aconselhamento (CTA) da cidade de Bayeux-PB, onde são assistidos usuários do SUS que buscam conhecer a sua condição sorológica para HIV¹⁹ ocorreu com 22 mulheres que se dirigiram ao CTA para realizar a testagem anti-HIV ou pegar o resultado do teste. Os dados mostram as dificuldades relatadas pelas mulheres quanto às ações ou práticas que promovam a prevenção das DSTs/Aids: “Assim na primeira ideia não se compreende a necessidade de usar preservativo, entende-se que o mais importante seja a confiança no companheiro [...] Para muitas mulheres não é confortável exigir de seu parceiro o uso do preservativo, pois compreendem que essa atitude tornará visível a falta de confiança no comportamento sexual do homem”.

Corroborando com outra pesquisa descritiva realizada com 1.386 estudantes que cursavam o ensino médio da cidade de Florianópolis, a maioria dos respondentes mostraram conhecimento acerca dos principais modos de transmissão do HIV, pelas vias sexual e sanguínea [...] ²⁰. Uma das principais condutas de risco à Aids é a relação sexual sem preservativo e 21,6% dos estudantes declararam essa conduta nos últimos 12 meses. Considerando somente aqueles que tiveram experiência sexual com penetração no período (N=587), mais de metade dos participantes (51,1%) declarou pelo menos uma experiência sexual arriscada [...]. A conduta de risco para transmissão sexual do HIV (relação desprotegida) foi muito comum entre estes adolescentes (58,5% dos que tiveram uma relação sexual nos últimos 12 meses). “Quanto mais experiências sexuais com penetração, maior a proporção daqueles que assumiram ter praticado sexo sem preservativo” ^{20:5}.

Com base nos dados apresentados pelos entrevistados e comparando-os com os encontrados em outras publicações, percebe-se que o ser humano, muitas vezes, se expõe ao risco, seja por uma questão cultural onde as pessoas acham que confiar no seu parceiro é o suficiente, e acabam por não exigir uma proteção mais eficaz, que seria o uso de preservativo masculino ou feminino conforme a sua preferência, ou por questões ligadas ao prazer, mais especificamente, relacionadas à sensibilidade do contato no ato sexual. Paralelo a questão cultural é preciso abordar que o ato sexual acompanhado sob o efeito do álcool, drogas pode diminuir o seu senso de percepção, fragilizando seu próprio cuidado e acarretando sequelas para o seu futuro processo de viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção para os usuários dos serviços de saúde ainda é um tema a ser entendido com mais clareza, uma vez que relatam ter algum tipo de conhecimento de contaminação das patologias e, mesmo assim, se submetem ao risco. O que leva ao indivíduo a ter essa atitude? Uma questão de escolhas? Ou o não entendimento das informações e conseqüentemente os riscos dos seus atos?

Nota-se a necessidade da atuação mais eficaz dos profissionais da área da saúde. O enfermeiro pode desenvolver técnicas educativas que venham auxiliar no processo de informação e educação como forma de prevenção. Os métodos educativos mais indicados são os ativos, ou seja, os que desenvolvem estratégias que envolvem a participação do usuário na construção do seu conhecimento. É necessário estar atento as possíveis dúvidas que venham a surgir no decorrer do processo ou, até mesmo, as que emergem posteriormente, sanando-as

para que no futuro se tenha de fato indivíduos capazes de escolhas de vivências pautados no conhecimento para uma vida mais saudável.

Esta pesquisa leva a repensar a importância das funções do enfermeiro nos serviços de saúde, como educador em saúde, auxiliando os usuários do serviço a construir o conhecimento em relação à prevenção de doenças e dos seus agravos.

Reitera-se a necessidade de novas pesquisas com a finalidade de aprofundar o conhecimento, pois, certamente, aspectos ainda não devidamente esclarecidos e outros sequer detectados, poderão ser elucidados e aprofundados.

REFERÊNCIAS

1. MÁZARO, L.P.; BERNARDES, A.G.; COÊLHO, A.E.L.; Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. *Polise Psique*, n. 1, 2011.
2. NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
3. BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível para visualização em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 12 de junho de 2014.
4. SIQUEIRA, H.C.H. de; CECAGNO, D.; GALLO, C.M.C.; SILVA, J.R.S.de. O ser humano e o trabalho na equipe multiprofissional de saúde. In: SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q.L. C (org). Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas. Pelotas/RS: Editora e Gráfica Universitária, 2009.
5. COLLIÈRE, M.F. Promover a vida. Lisboa: Edições Técnicas, 2000.
6. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Pesquisa. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
9. CANO, M.A.T; et al. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]* 2007 Set-Dez; 9(3): 748-758.

10. SOUZA, A. T, da S.; et al. Educação em saúde para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS no sistema penitenciário. R. Interd. v.6, n.4, p.142-152, out.nov.dez. 2013.
11. ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História natural e prevenção das doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N. de A. (org) Epidemiologia & saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso: Doenças infecciosas parasitárias. 8ª Ed. Brasília, 2010.
13. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: 2008.
14. CARVALHO, C.M.de L.; MARTINS, L.F.A.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres com HIV/AIDS informam o conhecimento a cerca da infecção. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 abr/jun; 14(3):191-5.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2012
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013
17. CAPRA, F.A. Ponto de Mutação. 30ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.
18. FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz Terra, 2011.
19. HENRIQUES, M. E. R.de M.; LIMA, E. A.R. de. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):952-63.
20. CAMARGO, B.V.; BOTELHO, J.L. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Rev. Saúde Pública v.41 n.1 São Paulo fev. 2007 Epub 28-Nov-2006.

5.3 TERCEIRO ARTIGO

SIGNIFICADO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA PACIENTES ENFERMEADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES: interfaz con el enfermero

MEANING OF THE HEALTH PROMOTION FOR PATIENTS WITH CHRONIC INFECTIOUS: interface with the nurse

SIGNIFICADO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: interface com o enfermeiro¹⁰

Flávio Peraça Vieira¹¹
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira¹²

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo conocer el significado de promoción de la salud para las personas con enfermedades infecciosas crónicas de las unidades básicas de salud y la interfaz con la enfermera. Promoción de la salud comprende diversas formas que se utilizan para mantener sano y o con la mejor calidad de vida posible. Metodología: estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con 08 participantes, portadores de la hepatitis B, C o el SIDA en Rio Grande / RS iniciados con posterioridad a la aprobación del Comité de Ética, según el protocolo 160/2013. Resultados y Discusión: La mayoría no pudo aclarar el significado de la promoción de la salud. Cinco de los ocho encuestados dijeron que nunca recibieron asesoramiento en materia de promoción de la salud. Los medios de comunicación se ha implicado como un vehículo de difusión de directrices. Se dio cuenta de que hay una debilidad en el conocimiento de estos usuarios en relación con la promoción de la salud. Reflexiones finales En los servicios de salud se necesitan nuevas metodologías educativas activas capaces de estimular a los usuarios a unirse a las formas más apropiadas para retener o recuperar su salud, teniendo en cuenta el contexto en el que vive. Esto debe ser utilizado y explotado por la enfermera con la participación de los usuarios tratando de evitar que las personas están expuestas a las condiciones y los factores determinantes de las enfermedades. El enfermero, como profesional de la salud, tiene gran relevancia en el papel del proceso de educación para la salud, ayudando a la gente a tomar conciencia de la necesidad de participar en la construcción de conocimientos mediante la promoción de su salud.

¹⁰ Este artigo com base na Dissertação de Mestrado será submetido á revista Enfermeria Global. Cujas normas podem ser acessadas em: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/about/submissions#authorGuidelines>.

¹¹ Enfermeiro, Especialista e Mestrando do Programa de Pós Graduação em de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa - Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil. Rua Padre Felício 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81357035 E-mail: enfovieira@gmail.com.

¹² Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Docente e pesquisadora da Anhanguera Educacional Pelotas/RS, Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br.

Palabras claves: Promoción de la Salud, Centros de Salud, Enfermedades Transmisibles, enfermero.

ABSTRACT:

This study aimed to know the meaning of health promotion for people with chronic infectious diseases of basic health units and interface with the nurse. Health promotion comprises diverse forms used to keep healthy and or with the best quality of life possible. Methodology: descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Data collection was performed by semistructured interviews with 08 participants, carriers of Hepatitis B, C or AIDS in Rio Grande / RS initiated after approval of the Ethics Committee, according to protocol 160/2013. Results and Discussion: The majority was unable to clarify the meaning of health promotion. Five of the eight respondents said they never received counseling regarding health promotion. The media has been implicated as a vehicle of dissemination of guidelines. It is noticed that there is a weakness in knowledge of these users in relation to health promotion. Final Thoughts In health services are needed new active educational methodologies capable of stimulating the users to join the most appropriate ways to retain or regain their health, considering the context in which it lives. This should be used and exploited by the nurse with the participation of the user trying to avoid that people are exposed to conditions and determinants of diseases. The nurse, as a health professional, has great relevance in the role of health education process, helping people become aware of the need to participate in the construction of knowledge by promoting their health.

Keywords: Health Promotion, Health Centers, Communicable Diseases, nurse

RESUMO: Objetivou-se conhecer o significado da promoção em saúde para portadores de doenças crônicas transmissíveis de unidades básicas de saúde e a interface com o enfermeiro. A promoção da saúde compreende diferentes maneira para manter-se saudável e ou com a melhor qualidade de vida possível. Metodologia: pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados realizada por entrevista semiestruturada com 08 participantes, portadores de Hepatite B, C ou AIDS no município do Rio Grande/RS iniciou após a aprovação do Comitê de Ética, conforme protocolo 160/2013. Resultados e Discussão: A maioria não soube esclarecer o significado da promoção da saúde. Cinco dos oito entrevistados afirmam que nunca receberam orientações a respeito da promoção da saúde. A mídia foi apontada como um dos veículos da divulgação de orientações. Percebe-se que existe uma fragilidade no conhecimento desses usuários em relação à promoção da saúde. Considerações finais Nos serviços de saúde são necessárias novas metodologias educativas ativas capazes de estimular os usuários a aderir a formas mais apropriadas para conservar ou recuperar a sua saúde, considerando o contexto no qual vive. Essa deve ser utilizada e explorada pelo enfermeiro com a participação do usuário buscando evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças. O enfermeiro, como profissional da saúde, possui função importante no processo de educar em saúde, auxiliando as pessoas a conscientizar-se da necessidade de participar na construção do conhecimento da promoção de sua saúde.

Palavras chaves: Promoção da Saúde, Unidade Básica de Saúde, Doenças Transmissíveis, Enfermeiro.

INTRODUÇÃO:

A 8ª Conferencia Internacional ocorrida em 1986, cujo tema central foi a Promoção da Saúde(PS), originou a Carta de Ottawa¹. Esse documento conceitua promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle deste processo.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) percebe-se como

uma das estratégias da produção de saúde, ou seja, como modo de pensar e operar articulado as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro contribui na construção de ações que possibilitem responder as necessidades sociais em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS) a estratégia da promoção da saúde é a retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinem o processo de saúde e adoecimento em nosso país^{2,6,7}.

O conceito de promoção da saúde se amplia com ideia de produção de ambientes saudáveis seja na família ou no trabalho, buscando a redução das vulnerabilidades e mais recentemente valorizando as redes sociais que fortalecem o suporte social³. O profissional de saúde tem importante função na promoção e prevenção na medida em que pode atuar realizando diversos tipos de ações para promover a atenção da saúde individual e coletiva⁴.

Percebe-se a promoção da saúde como parte fundamental na melhoria da qualidade de vida e de saúde do ser humano e, conseqüentemente, da sociedade. A responsabilidade de implementação desta estratégia fica a cargo das esferas de gestão do SUS, no Ministério da Saúde, Estados e Municípios. A inserção das ações de promoção deve ser realizada em todos os níveis de atenção a saúde com ênfase na atenção básica².

Para se promover a saúde humana é necessário proporcionar condições favoráveis de vida, entre as quais: boas condições de trabalho, educação, cultura, lazer e de descanso. Isto pode ser concretizado por meio de ações harmoniosas e coerentes entre as políticas públicas os gestores, setores sindicais, empresariais, educadores e profissionais da saúde e usuários. Entretanto, não raro, agentes etiológicos conseguem invadir o organismo humano e causar-lhe danos e até mesmo ocasionar doenças crônicas.

O diagnóstico de doença crônica transmissível implica na existência de uma doença prolongada que ao invés de ser curada é preciso ser gerida. Para cada estágio de uma doença crônica é possível programar ações, visando a anular ou diminuir o impacto desta sobre o

sujeito⁵. Uma vez que a doença crônica infecciosa tende a cursar com o passar do tempo para um estágio de complicações e agravos na saúde do indivíduo infectado.

Algumas doenças transmissíveis apresentam quadro de persistência, nesse grupo destacam-se a tuberculose e as hepatites virais, especialmente as hepatites B e C, em função das altas prevalências, da ampla distribuição geográfica e do potencial evolutivo para formas graves que podem levar ao óbito⁶.

Urge a necessidade de conhecer o usuário e saber como ele está enfrentando esse novo processo da sua vida. Diante dessas informações e conforme são percebidos as suas dúvidas e sentimentos, frente ao fato que está vivendo, dá-se início ao processo de educar/orientar para manter a sua qualidade de vida. É nesse momento que o enfermeiro e os demais membros da EM podem e devem atuar preparando o usuário para a nova realidade no processo de saúde/doença.

A função do enfermeiro, ao deparar-se com os casos crônicos de saúde, continua ativa e necessária junto ao usuário para orientar, educar e fornecer os mecanismos necessários para enfrentar a patologia já instalada e adequar a sua vida para uma boa qualidade de vida, frente ao agravo de saúde existente, prevenindo o agravamento das sequelas. O que diferencia as duas últimas formas de prevenção é que o enfermeiro passa a desempenhar atividades que precisam de técnicas e das tecnologias profissionais capazes de minimizar os agravos, aumentar a confiança do usuário nas possibilidades que lhe são oferecidas e estimular o enfrentamento com coragem, ânimo e bravura.

Nesse ínterim, atualmente, é necessário pensar no ser humano como um todo. O ser humano é capaz de se construir, destruir e reconstruir sua história, ante sua vivência, com a possibilidade de agir de forma singular frente às situações que se apresentam. Cada indivíduo carrega dentro de si inúmeras particularidades, reflexo das diferentes vivências e situações, além das transformações sofridas e absorvidas e, as múltiplas decisões tomadas para se posicionar perante as mesmas⁷.

Neste sentido, “qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural”^{7:299}. Essa visão sistêmica enfoca a inter-relação, interdependência e a influência mútua entre os elementos que constituem o espaço no qual o homem vive, se desenvolve, trabalha, recebe energias e do qual faz parte como um todo. Seu processo de viver se encontra inserido num tempo próprio e característico com particularidades políticas, socioeconômicas, culturais.

Ao entender que tudo se encontra inter-relacionado, interdependente, influenciando-se mutuamente de forma dinâmica, então a concepção sistêmica “vê o mundo em termos de relações e de integração [...] embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes^{7:260}. Essa concepção amplia o conceito de educação em saúde. As decisões, ainda que, concebidas como atos individuais e intransferíveis apoiam-se em informações, conhecimentos e valores capazes de prover orientações sobre os benefícios e malefícios advindas da decisão tomada. A escolha possui como base o livre arbítrio e que lhe permite optar entre o que lhe faz bem ou lhe prejudica a vida. Entretanto as suas opções possuem como base o contexto no qual vive, portanto, numa estreita inter-relação com os elementos que formam o seu espaço/ambiente, ou seja seu ecossistema.

Perceber as medidas de promoção e prevenção na perspectiva ecossistêmica levam a se voltar para um refletir-agir em que o usuário participa de forma ativa na elaboração de uma proposta que oportuniza a mudança do seu comportamento e atitudes visando a manter e ou recuperar a sua saúde. Nesse entendimento a promoção e a prevenção em saúde deve ser construída no seu dia a dia no contexto do seu viver, facilitando reconhecer quando um agravo está acometendo seu organismo para, assim, procurar assistência e dar início aos cuidados necessários. As orientações do profissional enfermeiro em relação à promoção e prevenção, bem como as demais ações de saúde necessitam gerar resultados positivos na qualidade de vida dos usuários dos serviços e ações de saúde.

Com base nesse contexto objetivou-se conhecer o significado da promoção em saúde segundo usuários portadores de doenças crônicas transmissíveis de unidades básicas e a interface com o enfermeiro.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa⁸. O estudo teve como cenário o município do Rio Grande/RS, mais precisamente, os usuários portadores de Aids, ou Hepatite B e ou C, internados nas enfermarias da unidade de Clínica Médica ou em atendimento no Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde) e ou Hospital Dia AIDS, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o protocolo nº 160/2013, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os 08 participantes do estudo foram contatados e convidados, pessoalmente, para participar da pesquisa, momento em que lhes foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado dia e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial e lhes foi garantido o anonimato das informações.

Para conhecer como o usuário do serviço de saúde entende o significado da promoção em saúde, foi elaborado um instrumento norteador para direcionar as questões a investigar. Cada participante do estudo teve oportunidade de responder com suas próprias palavras como percebe a promoção em saúde.

A análise e interpretação de dados baseou-se no método da análise temática¹⁰, que permite conhecer a realidade dos sujeitos avaliar e compreender as suas necessidades, sentimentos, emoções e aspirações em relação à temática em estudo

Visando a preservar o anonimato dos sujeitos utilizou-se códigos: H para os portadores do HIV, HB para os portadores da hepatite B e HC para os portadores da hepatite C, acrescentando um algarismo arábico, iniciado em 1, enumerando-os de forma subsequente, observando a sequência das entrevistas realizadas. Ex.: H1; H2; HC3; H4; HB5; H6; H7 e H8.

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde⁹. que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como, os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

No intuito de conseguir entender um pouco mais a respeito das respostas sobre o significado da promoção da saúde para os portadores de doenças crônicas buscou-se conhecer o perfil dos entrevistados inserindo no instrumento de pesquisa dados referentes a patologia, idade, estado civil, grau de instrução, profissão e se está recebendo o benefício criado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Em relação a faixa etária, os sujeitos desse estudo variaram de 31 a 66 anos dos entrevistados, sendo que 50% dos entrevistados encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, 37,5% estão na faixa etária dos 30 aos 39 anos e 12,5% com 66 anos. Quanto ao grau de instrução um entrevistado tem curso superior completo, 01 com superior incompleto, 02 com

médico completo, 03 com ensino fundamental completo e 01 entrevistado com a 4ª série do ensino fundamental. Em relação ao estado civil a maioria (06) afirmou ser solteiro, um com contrato de união estável e 01 viúva. Quanto a ocupação profissional 03 usuários do serviço de saúde recebem o benefício do LOAS, ou seja, são pensionistas, recebem um auxílio de um salário mínimo do governo para auxiliar no tratamento, por se encontrarem incapazes de atuar profissionalmente. Ainda temos 01 pensionistas por morte do marido, 01 profissional do sexo, 01 técnica de enfermagem, 01 camareira e 01 pescador embarcado.

Quando perguntado aos entrevistados o significado da promoção da saúde somente 02 dos 08 entrevistados possuíam algum entendimento com relação à questão da promoção (H1; HC3), assim se pronunciaram:

Sim, no caso seria da pessoa me passar às informações de modo bem acessível (H1);

Eu conheço através de anúncios de televisão e cartazes. Nunca recebi palestras. Eu leio a respeito me informo sobre esse tipo de coisas [...] (HC3).

A promoção aparece, de forma clara para estes entrevistados, como um ato que se origina por meio de palestras e pela mídia, seja na forma impressa ou televisiva

Os sujeitos H2; H4; HB5; H6; H7 e H8 não souberam explicar o que seria a promoção da saúde para eles. Percebe-se que existe uma fragilidade no conhecimento desses usuários em relação à promoção da saúde. Essa pode ocorrer tanto pela dificuldade de entender o tema ou, principalmente, quanto ao acesso a essas informações, bem como, pelo uso de uma forma clara e objetiva de passar as informações aos usuários. Ao entender que todos os fatores próprios do ambiente da UBS se encontram interligados, as dificuldades inerentes às informações em relação à promoção da saúde podem estar afetadas pelos diferentes graus de instrução, dificultando o processo de entendimento, como também aos mais variados fatores presentes nesse contexto.

Percebe-se uma fragilidade quando 06 dos 08 entrevistados não apresentam conhecimento do que é promoção da saúde. Conhecimento esse, com o intuito de proporcionar a educação em saúde, deveria ser oferecido desde a assistência primária nos serviços de saúde e em outras instâncias como a escola e os próprios locais de trabalho, possibilitando usuários participativos na construção do conhecimento, visando à proteção de sua saúde.

Essa configuração demonstra que as UBSs em estudo, onde os usuários são atendidos, ainda não estão conseguindo alcançar de forma eficaz a promoção da saúde. Faz-se necessário

o “fortalecimento” da capacidade individual e coletiva dos usuários, auxiliando-os a lidar com os fatores condicionantes da saúde. Neste sentido irá possibilitar ao usuário o entendimento do processo de saúde e o adoecimento.

Estes dados corroboram com o estudo ¹⁰, realizado na cidade de Rio Claro, onde foram entrevistados os profissionais de saúde e os usuários maiores de 18 anos, totalizando 13 entrevistados. Neste trabalho a autor apresenta resultados diferenciados para os dois grupos que foram entrevistados: os profissionais da área da saúde apresentaram clareza de entendimento com relação à promoção da saúde e os usuários dos serviços não souberam responder com relação as características da promoção em saúde

A maioria dos estudos publicados em periódicos não apresentam a promoção de saúde como uma ação educativa a ser realizada com os indivíduos saudáveis, educando-os para que conheçam as formas de transmissão das patologias e, assim, se manterem saudáveis. Os estudos, na maioria das pesquisas, abordam a promoção quando já existe um agravo, como forma de auxiliar a pessoa infectada a manter ou melhorar a sua qualidade de vida, enfrentar a patologia e aprender a conviver com seu diagnóstico.

Diferentemente dos achados deste estudo a pesquisa realizada no Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza – Ceara¹¹, mostra que os profissionais desse serviço de assistência especializada, além de dispor de atendimentos mais complexos, motivam os clientes na busca de atividades de promoção da saúde, como as reuniões do grupo de autoajuda.

Neste sentido, a promoção da saúde compreende ações de abertura de possibilidades, não é dirigida a doença ou grupo de riscos, deve focar o indivíduo como se relaciona com o seu corpo e com a vida¹². A promoção tem como um dos seus objetivos principais, incentiva a autonomia e a vitalidade do indivíduo.

Sendo assim, os profissionais da área da saúde devem estar preparados para desenvolver as ações de cunho educativo. O enfermeiro, conforme a Lei nº 7. 498, de 25 de junho de 1986, entre suas atividades, atua como integrante da equipe de saúde: participando no planejamento, execução da programação de saúde; participa nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários de alto risco e compartilha em programas e atividades de **educação sanitária**, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral. ¹³

Portanto, o enfermeiro na sua atividade profissional necessita exercer entre outras funções a atividade de educador em saúde perante a comunidade, com o objetivo, principalmente de trabalhar a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Ao perguntar para os entrevistados se algum dia já receberam orientações sobre a promoção e prevenção do HIV e das Hepatites B e C? Cinco dos oito entrevistados afirmam nunca receberam orientações dentre eles H2, H4, HB5, H6e H8.

O sujeito H2 relata não ter recebido informação por um profissional da área da saúde, mas afirma: “[...] *eu leio nos folders que eu recebo na ONGs*”. Percebe-se que a mídia informativa se faz presente na vida dos usuários dos serviços. Os demais entrevistados afirmam ter recebido algum tipo de informação, conforme relatado nas suas falas:

Sim, por profissionais da área da saúde, na ONG que eu participo. Fica difícil eu falar qual o profissional especificamente já tivemos várias palestras, no período que frequentei, mais ou menos 10 anos (H1).

Foi uma vez na época em que fazia o curso técnico de enfermagem, quando nós fomos fazer o estágio no posto de saúde. Antes de iniciar o estágio todos nós tivemos que passar por uma palestra e até sugeriram que a gente fizesse o teste, mas só essa vez (HC3).

Eu já participei muito de palestras, porque eu tenho uma cunhada que é soropositiva. A palestra era realizada por uma enfermeira (H7).

Dos 04 entrevistados que afirmam ter recebido as orientações somente um refere ter sido o enfermeiro o profissional que os orientou (H7). Os sujeito H1 e HC3 não souberam especificar os profissionais que oportunizaram estes conhecimento a eles. Percebe-se ainda a presença do panfleto como um recurso de orientação, ou seja, a utilização da mídia como forma de educação em saúde.

Dados semelhantes foram apresentados no trabalho publicado que questiona o papel da mídia diante da epidemia do HIV/Aids¹⁴. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo juntamente com a prática da análise de discurso para esquadrihar a fala oferecida pela mídia nas campanhas de prevenção ao HIV/Aids. Dados dessa pesquisa destacam que uma das incumbências dos meios de comunicação seria tentar superar distâncias entre os destoantes universos de dois comunicadores. A mídia tem como obrigação promover informação de qualidade já que esta desempenha um papel social diante da população.

Estudo crítico-reflexivo acerca da atuação da enfermagem nas práticas de educação em saúde nos diferentes contextos do Brasil, demonstra que a educação em saúde torna-se uma estratégia para o enfermeiro garantir a manutenção da saúde individual e coletiva¹⁵. Com

consciência crítica e permitir o exercício da cidadania, efetivando mudanças pessoais e sociais, formado sujeitos éticos, capazes de tornar a sociedade mais justa, humana e solidária.

Com base nos dados apresentados pelos entrevistados e comparando-os com os encontrados em trabalho publicado com objetivo de identificar a produção científica acerca do uso das mídias digitais na educação em saúde, publicada entre os anos de 2000 e 2011, utilizando o estudo bibliométrico como metodologia¹⁶ verifica-se semelhança. Os pesquisadores observaram que as mídias digitais foram relevantes para a educação de estudantes, médicos e pacientes, podendo ser fortes aliadas para as práticas pedagógicas em saúde. As mídias digitais podem ser importantes facilitadoras da aprendizagem, pois oferecem a possibilidade da interação entre as pessoas, gerando um aprendizado compartilhado.

Entende-se que os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, precisam procurar conhecer e entender esses recursos e utilizá-los na sua prática diária. Essa é uma forma de ajudar que no futuro se tenha uma população informada e que, conseqüentemente, esteja mais atenta em relação ao seu próprio cuidado, gerando uma melhor qualidade de vida.

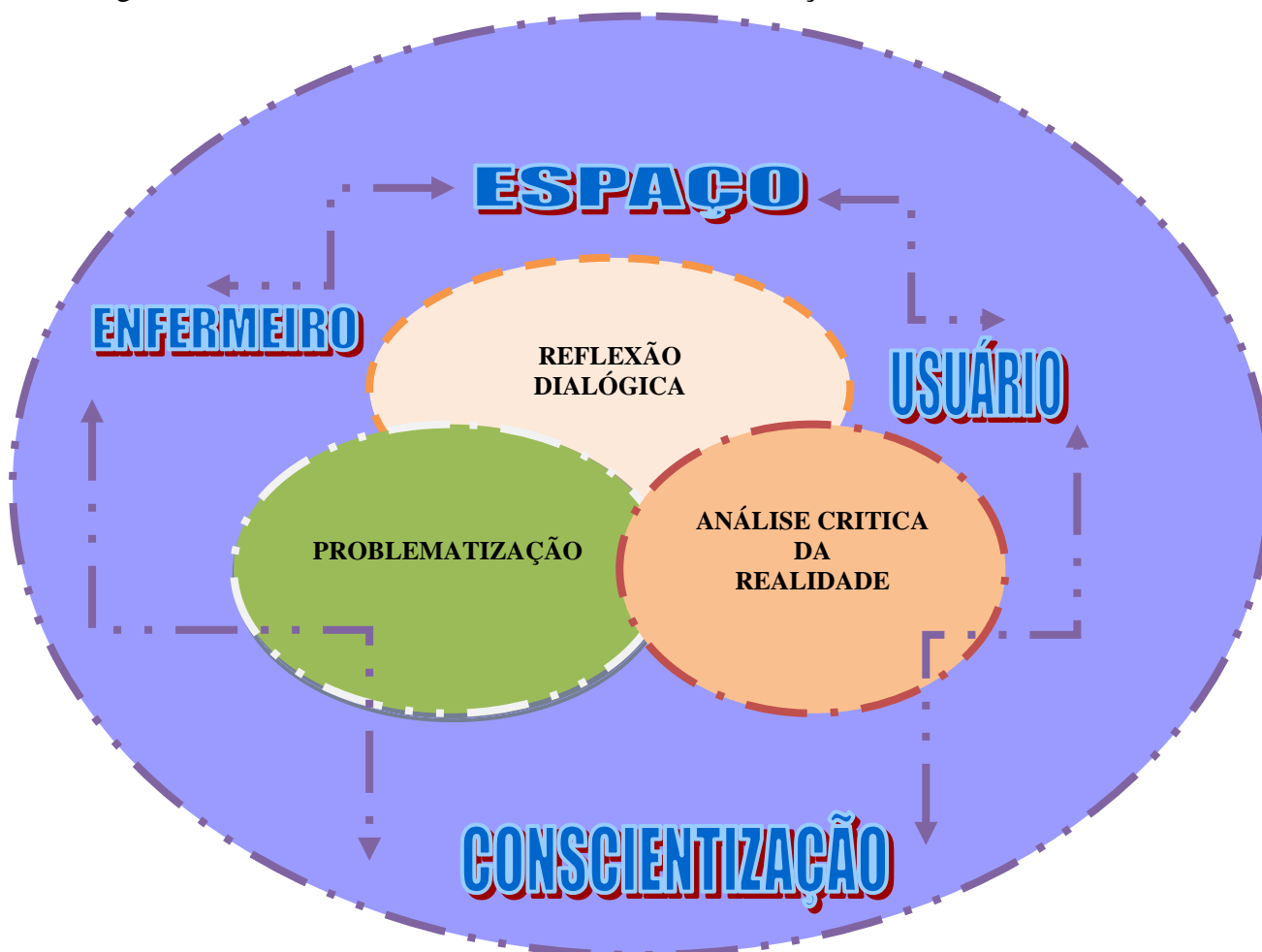
Para alcançar resultados positivos nas orientações é importante compreender que ensinar requer oportunizar que o indivíduo participe da própria construção do seu conhecimento¹⁷. Desse modo fica claro que a aprendizagem é uma constante troca dialógica de saberes entre orientador e orientando, no presente caso, por analogia, a troca se estabelece entre o enfermeiro e o usuário do serviço de saúde

Nessa nova perspectiva de promoção da saúde, o profissional enfermeiro precisa realizar a busca ativa dos usuários do serviço, trabalho este que despende tempo e dedicação para realizar o mapeamento da sua área de atuação. Após este processo deve-se dar início ao chamamento da comunidade para o serviço de saúde, por intermédio de atividades que despertem o interesse dos usuários para receber os conhecimentos relativos à promoção e preservação, ou seja, prevenção da saúde. Se faz necessária uma educação problematizadora, onde os seres humanos vão pensando de uma forma mais crítica, como estão e como se acham no mundo, e, assim, gerando uma ação de pensar de forma horizontal entre educadores e educandos¹⁷, ou seja, entre o enfermeiro e o usuário.

Um dos sentidos a ser explorada na educação é o sentido da escuta, porque, quando se escuta o outro, se ampliam as possibilidades de entender o contexto vivido por ele, e, assim, propor alternativas coerentes à sua realidade. O educador é aquele que entrega o seu saber aos educandos. Saber que deixa de ser experiência-feita, para ser experiência narrada ou construída¹⁷. Por analogia o enfermeiro que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes, necessário ao usuário do serviço de saúde, e consegue construir com

ele o que lhe convém no contexto em que vive, trabalha e se desenvolve. Esse modelo oportuniza a análise crítica da realidade/espço do usuário, problematizá-la dialogicamente e busca a sua participação no plano de promoção de cuidados de sua saúde (Figura 1)

Figura nº 1 - **PROCESSO EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**



Fonte: Elaborado a partir do referencial teórico de Freire (1979) e Collière (2000)

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A promoção da saúde consiste em ações educativas voltadas para evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças. O enfermeiro pode e necessita atuar como articulador do cuidado, auxiliando e desenvolvendo as ações de cunho educativo, capaz de despertar, nos usuários dos serviços de saúde, reflexões sobre a qualidade de vida e de saúde, dando-lhes oportunidade de colocar as suas idéias e necessidades.

Ao oportunizar ao outro a expressar a sua ideia, atribui-se valor e significado ao seu conhecimento e isso o faz sentir-se respeitado perante os demais. O diálogo é o veículo capaz

de mobilizar o desencadeamento do aprender, entretanto, torna-se necessário não esquecer os demais elementos indispensáveis nesse processo, pois o aprender se dá a partir da interação das pessoas, mas essas possuem história de vida com características próprias, crenças, valores e hábitos de vida e se encontram inseridos num espaço que precisa ser compreendido e respeitado. É de grande importância a construção do diálogo entre enfermeiro e usuários dos serviços de saúde, pois ele é capaz de desencadear a reflexão, auxiliando nas escolhas e no agir dos sujeitos.

Conforme evidenciado nesta pesquisa, a promoção em saúde é um tema a ser explorado como estratégia de trabalho dos profissionais da saúde, entre os quais se encontra o enfermeiro. Este pode desenvolver técnicas e métodos educativos capazes de auxiliar na forma de motivar e estimular as práticas de promoção em saúde, e, deste modo, participar na construção do conhecimento do usuário acerca das boas práticas de saúde que o conduzem a melhorar sua qualidade de vida.

O uso da mídia é percebido como uma ferramenta eficaz que auxilia o processo de educação em saúde. Portanto, ela pode ser utilizada pelos profissionais da saúde como mecanismo de informação e, desta forma, chegar aos usuários dos serviços de saúde, ou seja, usando a tecnologia da informação e comunicação (TIC) escrita, digitalizada ou televisiva como estrutura e forma de educar em saúde. É preciso utilizar as novas tecnologias para facilitar a divulgação dos conhecimentos em relação à promoção da saúde e alcançar maior êxito junto ao usuário.

Recomenda-se o uso da TIC escrita, digitalizada ou televisiva como mecanismo de educar em saúde. Ela possibilita sensibilizar, mais facilmente, o usuário dispondo-o a participar, ativamente, na construção do conhecimento e, assim, conscientizá-lo a cuidar da sua saúde.

Em relação à temática, reitera-se a necessidade de novas pesquisas com a finalidade de aprofundar o conhecimento, pois certamente, aspectos ainda não devidamente esclarecidos e outros sequer detectados, poderão ser elucidados e aprofundados.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção à saúde. Brasília, 2006
3. TAZIANA, F.B.S.; et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermeira. Enfermeria Global. Nº 32. Outubro de 2013. Pag. 260-269.
4. MACIEL, E. L. N., et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. Ciênc. saúde coletiva vol.15 nº. 2. Rio de Janeiro Mar. 2010.
5. MENESES, R.F.; RIBEIRO, J.P. Como ser saudável com uma doença crônica: Algumas palavras orientadoras da ação. Análise Psicológica (2000), 4 (XVIII): 523-528.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso: Doenças infecciosas parasitárias. 8ª Ed. Brasília, 2010.
7. CAPRA, F.A. Ponto de Mutação. 30ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.
8. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
7. SIQUEIRA, H. C. H. de 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.
8. SANTOS MC, SIQUEIRA HCH, SILVA JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. Rev. Gaúcha Enferm, 2009.30:437-44. 2009
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Pesquisa. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. LAUTENSCHLAEGER, D.; JUDGAR, P.; MANI, F.E.D. Reflexão sobre a promoção da saúde na visão dos autores sociais do programa saúde da família. Sare – Sistema Anhanguera de Revista Eletrônica. Anuário de Produção Acadêmico Docente. Vol. III, Nº4, Ano 2009.

11. LEMOS, at al. Grupo De Promoção da Saúde para Portadores Do Vírus da Imunodeficiência Humana. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; 21(4):521-6.
12. MÁZARO, L. P.; BERNARDES, A. G.; COÊLHO, A. L. P. Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. Revista PolisePsique, n. 1, 2011.
13. BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973. Acesso em 20 junho de 2014.
14. GONÇALVEZ, E.H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Ciências e Saúde Coletiva 10 (1): 229-235, 2005.
15. SOUSA, L.B.de; at al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):55-60.
16. CRUZ, D. I, at al. O uso das mídias digitais na educação em saúde. Cadernos da FUCAMP, v.10, n.13, p.106-129/2011.
17. FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz Terra, 2009.
16. MÁZARO, L.P.; BERNARDES, A.G.; COÊLHO, A.E.L.; Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. Polise Psique , n . 1, 2011.

6. SÍNTESE REFLEXIVA

A promoção da saúde é uma ação que, se bem desenvolvida, pode se tornar uma estratégia fundamental capaz de gerar qualidade de vida aos seres humanos. O enfermeiro, como um dos profissionais que compõem a EM de saúde pode desenvolver atividades de promoção, de cunho educativo, junto aos usuários dos serviços, como forma de promover a vida saudável e de prevenir os agravos causados por as patologias.

Com o intuito de conhecer qual a participação do enfermeiro no atendimento dos portadores de doenças crônicas transmissíveis (HIV, Hepatites B e C) nas Unidades Básicas de Saúde este trabalho buscou compreender o conhecimento dos usuários quanto ao conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças transmissíveis, atendimento recebido, bem como, que profissional o realizou.

A pesquisa foi realizada com pacientes, usuários do serviço de saúde das UBS, que, no momento da coleta de dados desta pesquisa, se encontravam internados ou frequentavam os serviços de saúde do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior da cidade do Rio Grande/RS. Sendo delimitado as unidades de Clínica Médica; Centro Integrado Regional de Gastroenterologia (Ala Verde), referência para atendimento aos portadores de Hepatites e no Hospital Dia Aids, onde são realizados os atendimentos a complicações decorrentes da infecção pelo vírus do HIV. Essas unidades forma escolhidas por contemplar o atendimento dos usuários portadores das patologias crônicas e infecciosas.

A revisão de literatura permitiu aprofundar e compreender com maior clareza a temática abordada, sustentando a questão de pesquisa, bem como demonstrou aderência com os pressupostos e objetivos. Além disso, possibilitou conduzir satisfatoriamente a análise e interpretação dos dados, coletados no âmbito hospitalar com os sujeitos integrantes do estudo.

O estudo permitiu identificar algumas fragilidades com relação à assistência prestada nas UBS, em especial, quanto as funções privativas do enfermeiro e o

desenvolvimento de medidas de promoção e prevenção de saúde ao usuário. Neste sentido o ponto de maior destaque é a ausência da prática da Consulta de Enfermagem, a pouco ou nenhuma orientação educativa de promoção da saúde e prevenção da doença desenvolvida pelo enfermeiro das UBS em estudo. A consulta de enfermagem, é um dos instrumentos que permite ao enfermeiro realizar um atendimento mais eficaz junto ao usuário do serviço, e desenvolver com autonomia o saber e o fazer em enfermagem. Entretanto, no âmbito deste estudo, o médico é o profissional da saúde que realiza a consulta clínica e fornece explicações restritas ao diagnóstico e tratamento.

Outro ponto que merece discussão é a forma de identificação do enfermeiro pelos usuários portadores de doenças transmissíveis. Ele é identificado, pelos entrevistados, como o profissional que realiza a triagem no serviço de saúde, e, em alguns casos, a sua imagem está associada a cor do uniforme e aos serviços burocráticos. Os dados obtidos nessa pesquisa, evidenciam lacunas nas atividades do profissional enfermeiro, tanto em relação às ações educativas de promoção da saúde como da prevenção da transmissão das doenças crônicas transmissíveis. Portanto, é possível inferir que o enfermeiro não se encontra interagindo com os usuários desenvolvendo atividades, legalmente reconhecidas como privativas de sua competência, e que são de grande importância para assistência junto aos usuário.

Constatou-se ainda que as orientações dos portadores de doenças transmissíveis são obtidas, principalmente, por intermédio de informações conseguidas por meio de palestras, distribuição de folders e participação em grupos como as ONGs. Nenhum mencionou as UBS, ainda que frequentadores desse espaço, como sendo a instituição que orienta e promove a saúde, elas continuam sendo procuradas quando já existe algum agravo que precisa de tratamento. Os entrevistados, ainda que participando de atividades esporádicas sobre saúde, fora das UBS apresentaram dificuldade em conceituar o significado da promoção e prevenção da saúde, bem como a importância destas no seu cotidiano.

Em relação à prevenção das doenças transmissíveis Aids e Hepatite B e C, alguns entrevistados demonstraram ter um conhecimento técnico com relação aos riscos de transmissão das patologias, bem como a forma de contágio. Contudo, um fato que se destaca como negativo nesse trabalho em relação à transmissão dessas patologias é que mesmo tendo conhecimento acerca das formas de

transmissão e contágio, os entrevistados não se empoderaram do que conheciam para evitar o contágio da doença. Diante disto questiona-se: O que leva o indivíduo se expor a um risco que trará agravos a sua saúde? Será que é uma questão de escolhas frente ao momento vivido ou a informação/orientação recebida não foi eficaz? Ou ainda se pode pensar em questões culturais, de gênero, ética, valores... Será que o cuidar-se por meios de medidas preventivas em uma relação sexual poderia representar um ato de desconfiança do outro?

Como profissional da saúde, as reflexões alavancaram uma ampla conscientização de que o enfermeiro necessita colocar em prática os conhecimentos específicos da profissão para realizar ações de cunho promocional e preventivo junto aos usuários dos serviços de saúde. Outro fator importante é que o enfermeiro necessita ultrapassar a barreira de somente dispensar assistência curativista aos portadores de doenças e investir em atividades de educação em saúde para que a população tenha melhores condições de fazer escolhas que conduzam a um viver saudável e, no contexto deste trabalho, evitem uma contaminação indesejada.

Ao desenvolver essa pesquisa registra-se que a mesma serviu para o pesquisador ampliar o seu conhecimento em relação a temática, conscientizando-se sobre os princípios da promoção da saúde e prevenção das doenças, fortalecendo o entendimento sobre a importância do constante processo educativo que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro com os usuários dos serviços de saúde. Esse despertar da consciência, a respeito desses pontos importantes da profissão, levaram-no a ratificar as atitudes do pesquisador, tanto como pessoa, como profissional em relação as funções privativas do enfermeiro, entre as quais, a consulta de enfermagem, a ser utilizada como caminho da educação em saúde junto a população, especialmente, a que se encontra vulnerável e acometida de Aids e Hepatite B e C. Pontua-se, neste sentido, o compromisso ético, social e moral assumido como participante da sociedade e, em especial, pela profissão abraçada.

Ao concluir essa pesquisa destaca-se a importância para continuar a pesquisar sobre esse tema para ampliar e aprofundar o conhecimento em relação a essa temática, especialmente, nos aspectos que envolvem o profissional enfermeiro.

. Salienta-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, no entanto, há necessidade de novas pesquisas com a finalidade de aprofundar o conhecimento, pois certamente existem aspectos que ainda não foram devidamente esclarecidos e outros sequer detectados, que poderão ser elucidados e aprofundados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas de Saúde. In: AGUIAR, Z.N. (org.) *Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 1ª Ed. São Paulo. Martinari, 2011.

ARANHA, M.L.de A. *Filosofia da educação*. São Paulo: Moderna, 2006.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z. M. de V. *Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde 2006; 19 (3): 182-187.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 5ª Ed. São Paulo: Ática, 2011.

BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 11ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2ª Ed. Brasília 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Seção II da Saúde. Disponível para visualização em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html. Acesso em 30 de março de 2013.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências*. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973. Acesso em 20 de dezembro de 2012.

BRASIL. Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Conselho Nacional de Saúde (CONAS). Disponível para visualização em:

http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 10 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 20 de Outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Pesquisa. *Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos* (Res. CNS 466/12) Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento. *Unidade Básica de Saúde*. Disponível para visualização em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em 14 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de bolso: Doenças infecciosas parasitárias*. 8ª Ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção à saúde*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Atenção à Saúde*. – Brasília Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. *Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências*. Disponível para visualização em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2922.htm>. Acesso em 08 de janeiro de 2013.

BRASIL. Resolução nº 287 de 08/10/1988. *Conselho Nacional de Saúde*. Disponível para visualização em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/241/resol_cns_287_1998_pdf_91145.pdf. Acesso em: 12 de janeiro de 2013.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*.5 (1): 163-177, 200

CAPRA, F.A. *Ponto de Mutação*. 30ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CASARIN, S.T Planejamento familiar: ações de serviços de enfermagem/saúde. Rio Grande, FURG 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade federal do Rio Grande, 2010.

CECAGNO, D. Dissertação - *Serviço de educação continuada na enfermagem nas instituições de saúde do município do Rio Grande*. Rio Grande: FURG, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade federal do Rio Grande, 2003.

CHANLAT, J.F. *O individuo na organização dimensões esquecidas*. 3ª Ed. Volume I. São Paulo: Atlas, 2007.

COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida*. Lisboa: Edições Técnicas, 2000.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no BrasilCad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup1: S7-S27, 2008..

Convivendo com o Interferon e a Ribavirina. Disponível para visualização em: http://hepato.com/p_convivendo/o_interferon.html. Acesso em 31 de julho 2012.

CORRÊA, A.L, at.al. Aspectos históricos e filosóficos do conceito de vida: contribuições para o ensino da biologia. *Filosofia e História da Biologia*, v. 3, p. 21-40, 2008.

CZERESNIA, D. *O conceito de saúde e as diferenças entre prevenção e promoção*. In: Czeresnia, D.&F, REITAS, C.M.F. (org.) *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DENZIN N.K.; LINCOLN Y.S. *Handbookofqualitativeresearch*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.

FARIAS, L.M.; SELLITO,M.A. Uso da energia ao longo da história: evolução e perspectivas futuras. *Revista Liberato*, Novo Hamburgo, v. 12, n. 17, p. 01-106, jan./jun. 2011.

FERREIRA, P.R.A. Pesquisa mostra que a hepatite C já está matando mais que a AIDS.*Revista Caras*. Editora Abril. Ed. 958. Ano: 18. De 15 de março de 2012.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz Terra, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz Terra, 2011.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. MIGUEL RIET CORRÊA JR. Disponível para acesso em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hmigu.pdf>. Acesso em: 29 de abril de 2013.

- GADOTTI, M. *Perspectivas atuais da educação*. São Paulo. Artmed, 2000.
- GADOTTI, M.; GUIMARÃES, S.; FREIRE, P. *Pedagogia: diálogo e conflito*. São Paulo: Cortez, 4ª Ed.1995.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2010.
- GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. Métodos e técnicas de pesquisa: amethodologia em questão. In: GAIO, R. (org.). *Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento*. Petrópolis, Vozes, 2008.
- GONÇALVES, S.M.de S. *Papel do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde: assistência à saúde ou gerência de ações?* Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- LAKATOS E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2007.
- LEAVELL H; CLARK E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo. Mc- Graw-Hill Inc., 1976.
- LEBEL J. Health – an ecosystem approach. Ottawa: International Development Research Centre. 2003.
- LEITE, M.M.J.; PRADO, C. PERES, H.H.C. São Caetano do Sul/SP: Difusão, 2010.
- LIBÂNIO, J.C. In ARANHA, M. L. de A. *Filosofia da educação*. São Paulo: Moderna, 2006.
- MACIEL, E. L. N., et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciênc. saúde coletiva vol.15 nº. 2*. Rio de Janeiro Mar. 2010.
- MAIOR, S.M. *O Homem e o Tempo*. Recife. Comunicação Editora, 1995.
- MÁZARO, L. P.; BERNARDES, A. G.; COELHO, A. L. P. Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. *Revista Polise e Psique*, n. 1, 2011.
- MENESES, R.F.; RIBEIRRO, J.P. *Como ser saudável com uma doença crônica: Algumas palavras orientadoras da ação*. Análise Psicológica (2000), 4 (XVIII): 523-528.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MITRE, S.M.; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva v.13 supl.2* Rio de Janeiro dez. 2008.

NETTINA, S. M. *Prática de enfermagem*. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil: in *Epidemiologia e Saúde*. ROUQUAYROL M.Z; Almeida Filho, N. 6ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35 n.01. São Paulo, 2001.

PERRENOUD, P. *10 Novas Competências para Ensinar*. São Paulo. Artmed, 200.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentos de enfermagem*. São Paulo: Elsevier, 2005.

POLIGNANO, M.V.; *Historia das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível para visualização em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em 08 de agosto de 2012.

RODRIGUES, C.R.F. *Do programa de Saúde da Família Estratégia Saúde da Família*. . In: AGUIAR, Z.N. (org.) *Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 1ª Ed. São Paulo. Martinari, 2011.

ROLIM, M.M. *História da evolução do consumo de energia pelo homem. Uma pequena contextualização*. Seminário de História - FAFOPA. 13 de Junho de 2012. Disponível para visualização em: http://araripesolarsustentavel.files.wordpress.com/2012/06/semhisto_2012_06_13.pdf. Acesso em 18 de abril de 2014.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. *Epidemiologia, História natural e prevenção das doenças*. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N. de A. (org) *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, W.dos. *Dicionário jurídico brasileiro*. Belo Horizonte : Del Rey, 2001. Disponível para acesso: http://www.facape.br/anderson/ied/Dicionario_Juridico.pdf. Acesso em 31 de março de 2013.

SANTOS MC, SIQUEIRA HCH, SILVA JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2009.30:437-44.

SILVA, J.R. de S. *Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento inter-relações - um olhar de enfermagem*. Rio Grande, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade federal do Rio Grande, 2006.

SILVA, E.L M.; MENEZES, M.E. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. Ed. *Rev. Anual*. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, P. C.; ARAÚJO, M.S de; RODRIGUES, A. G. *Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.Ciênc. saúde coletiva* vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009.

SIQUEIRA, H. C. H. de *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.

SIQUEIRA, H.C.H. de; CECAGNO, D.; GALLO, C.M.C.; SILVA, J.R.S.de. *O ser humano e o trabalho na equipe multiprofissional de saúde*. In: SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q.L. C (org). *Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas*. Pelotas/RS: Editora e Gráfica Universitária, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 10ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: 2008.

TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.37-46, jan-abr 2004

TESSER, C.D.; et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *R. Saúde Públ. Santa Cat.*, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F.O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. de S.; MINAYO, M.C. de S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D. e CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de Saúde coletiva*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009.

ZERO HORA 28/11/2011. *RS é o Estado com maior índice de casos de AIDS por habitante, aponta ministério*. Disponível para visualização: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2011/11/rs-e-o-estado-com-maior-indice-de-casos-de-aids-por-habitante-aponta-ministerio-3577270.html>. Acesso em 31 de julho 2012.

APÉNDICE

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

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Rio Grande, _____ de 2013

Exmo. Sr. (a)

Ao cumprimentá-lo (a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar a V.S.^a permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa intitulado: **ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE: participação do enfermeiro**. Orientado pela Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa tem como objetivo geral:

Averiguar junto aos usuários, o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, medidas de promoção e prevenção aos portadores de DCT (HIV e hepatites B e C), e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades.

A relevância do tema se justifica pelas contribuições que a pesquisa busca apresentar com a finalidade de oferecer subsídios capazes de auxiliar na forma de prevenir e promover a saúde dos usuários dos serviços de saúde. Acredita-se que no momento em que as equipes interdisciplinares, em saúde, coloquem em prática o atendimento aos portadores de doenças crônicas infecciosas, desenvolvendo educação como forma de promoção e prevenção em saúde estarão contribuindo para usuários mais conscientes e orientados, a respeito da forma de transmissão das doenças e, assim, no futuro se tenha uma diminuição no número de pessoas infectadas pelas doenças crônicas transmissíveis.

Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V.S.^a, nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Flávio Peraça Vieira
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: enfovieira@gmail.com
Exmo. Sr. (a)

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

APÊNDICE B

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

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

Prezada Presidente:

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V. S^a. apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada **ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE: participação do enfermeiro** que tem como objetivo geral:

Averiguar junto aos usuários, o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, medidas de promoção e prevenção aos portadores de DCT (HIV e hepatites B e C), e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades.

A pesquisa será orientada pela Prof.^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

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 produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos na área da saúde. Conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os sujeitos selecionados, só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será entregue ao participante e a outra permanecerá com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos sujeitos 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

Flávio Peraça Vieira
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: enfovieira@gmail.com

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

Sr^a. Presidente _____
Comitê de Ética em pesquisa da área da Saúde – CEPAS/ FURG

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

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA- ROTEIRO DA ENTREVISTA

Número da entrevista:
Unidade de internação e ou serviço:
Patologia: Hb(); Hc (...); H (...)
Codínome:
Idade:
Sexo:
Estado Civil:
Grau de Instrução:
Profissão:
Trabalha: sim (); não(); em benefício () Por quê?

Questões orientadoras da entrevista
--

- 01) No transcorrer da sua vida você já utilizou alguma vez os serviços da Unidade Básica de Saúde (Posto de saúde)? Teve as suas necessidades atendidas?
- 02) Você ao ser atendido no Serviço de Saúde conseguiu identificar o enfermeiro no momento do seu atendimento? Ele esteve presente e deu atendimento? Explique:
- 03) Alguma vez você realizou consulta sobre a sua saúde com o enfermeiro? Recebeu orientações do enfermeiro a respeito da sua saúde? Se sim, quais as orientações?
- 04) Você conhece o que significa promoção da saúde e prevenção de doenças transmissíveis? Explique com suas palavras.
- 05) Você algum dia já recebeu orientações sobre a promoção e prevenção do HIV e das Hepatites B e C? Se positivo. Relate como ocorreram essas orientações. Onde, como e por quem foram realizadas?
- 06) Antes da confirmação da sua doença você já conhecia a forma como ela passa para a pessoa? Explique a sua contaminação.
- 07) Atualmente, você participa de algum grupo, que orienta sobre os cuidados em relação a sua doença e como pode melhorar a sua qualidade de vida? Se positivo: Fale sobre o mesmo. Como funciona? Onde são os encontros e quem é o responsável?

Rio Grande, agosto de 2013.

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

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA
--

Prezado (a) Sr.(a),

Vimos respeitosamente através deste, convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE: participação do enfermeiro** que tem como objetivo geral: Averiguar junto aos usuários, o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, medidas de promoção e prevenção aos portadores de DCT (HIV e hepatites B e C), e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades.

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na Dissertação de Mestrado em Enfermagem/Saúde de Flávio Peraça Vieira mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira e outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos e salientamos que sua participação, neste trabalho, é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.
Atenciosamente

Rio Grande, _____ de 2013.

Flávio Peraça Vieira
Mestrando em Enfermagem FURG
E-mail: enfovieira@gmail.com

Prof^aDr^aHediCrecenciaHeckler de Siqueira
Orientadora
hedihs@terra.com.br

APÊNDICE E**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O mestrando do curso de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande, Flávio Peraça Vieira, está desenvolvendo a presente pesquisa sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

A pesquisa tem como objetivo geral: Averiguar junto aos usuários, o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, medidas de promoção e prevenção aos portadores de DCI (HIV e hepatites B e C), e verificar a participação do enfermeiro nessas atividades.

Justifica-se a pesquisa porque o aprofundamento do conhecimento nessa área poderá criar subsídios capazes de auxiliar na avaliação da eficácia das ferramentas educativas, utilizadas pelo enfermeiro como forma de auxiliar na prevenção da doença crônica transmissível, e na promoção da saúde dos usuários dos serviços de saúde.

. As informações coletadas serão utilizadas para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial, uma vez que o conhecimento que se busca, não pode ser alcançado por outro meio. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Não possui despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Com essa pesquisa se busca contribuir para a melhoria da enfermagem como profissão, enfocando o cuidado integral e humanizado do profissional e do usuário.

Você concorda em participar desse estudo e aceita de ser entrevistado (a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido (a) pelo mestrando Flávio Peraça Vieira) em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada como:

ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NAS UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE: participação do enfermeiro.

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, bem como proteção de minha imagem; e a não exposição da mesma e, em caso de danos decorrentes da pesquisa, indenização;

- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim, como a garantia de esclarecimentos antes e durante a realização da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo, entre eles, as medidas a serem utilizadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições prejudiciais que possam causar danos ao entrevistado;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, aprovo a minha participação na presente pesquisa. Autorizo o autor da pesquisa e sua orientadora o direito de divulgar as informações contidas na mesma, para publicação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante: _____ CI nº: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contatos:

Flávio P. Vieira. (COREN-RS 267753) E-mail: enfovieira@gmail.com Fone (53) 81 35 70 35.

Hedi C. H. de Siqueira. E-mail: hedihs@terra.com.br. Fone (53) 3278 40 18.

CEPAS:

Rua Visconde de Paranaguá, 102. Hospital Universitário 3º andar – Campos Cidade. Rio Grande – RS. CEP 96021-900. Brasil. Fone (53) 32 33 02 35.

ANEXO

ANEXO A - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
 - IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
 - VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
 - VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.
- Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.